# ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.1 January - February 2024

# วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567

ISSN : 2672-9717

**ECH JOURNAL**

**วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน**

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

**ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567 VOL. 9 NO. 1 January – February 2024**

**สารบัญ**

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากขบวนการผลิตคอมเพรสเซอร์ในโรงงานอุตสาหกรรม** ..... 1
อลงกต สุตคุณสันติการ ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช ,มงคล รัชชะ ,โกวิท สุวรรณหงษ์ และสิรวัลภ์ เรืองช่วย ตู้ประกาย

**การปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการบรรจุสินค้าเพื่อลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของพนักงาน กรณีศึกษาบริษัทกระจายสินค้าแห่งหนึ่ง** ..... 10
ธมนภัทร นิยม ,มงคล รัชชะ ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,นันท์นภัสร อินยิ้ม ,สิรวัลภ์ เรืองช่วย ตู้ประกาย และพรนิภา บริบูรณ์สุขศรี

**การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน : กรณีศึกษา 2 รายเปรียบเทียบ** ..... 17
พิไลลักษณ์ นักพิณพาทย์ ,รัชนี หลงสวาสดิ์

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ:กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 27
เครือวัลย์ โควินทะสุด

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา** ..... 37
ปิยอร รัตนจันทร์

**การพัฒนาเครื่องฉายรังสี UV-C ในคลินิกแพทย์แผนไทยสำหรับลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในวัตถุดิบพืชสมุนไพรที่ใช้ทำยา กรณีศึกษา ขมิ้นชัน** ..... 46
จักรกฤษณ์ คณารีย์ ,วนิษา ปันฟ้า ,พรพรรณ มณีวรรณ์ ,ศราวุฒิ ทับช่วยขวา ,ทวีศักดิ์ หลีแก้วสาย

**การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม** ..... 58
นวลฉวี พะโน

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม** ..... 68
ศิตา พลีจันทร์

**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี ในการชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม** ..... 79
อมรรัตน์ มณีนิล

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม** ..... 90
ปัทมาวดี แก้วมาตย์

**ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจรในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์** ..... 99
วิชญนนท์ เหล่าอุดม

**การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน; กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 107
ศิริขวัญ พันมะลี

**รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร** ..... 113
สุภาพ จองกัลยา

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง** ..... 124
ชุรยานี บือซา ,ชูรียานี สาเมาะ ,เบ็ญจวัน ขำเกื้อ ,บุญเรือง ขาวนวล ,ชไมพร ทองเพชร

**การพัฒนาระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร** ..... 134
กติยา นิธรรม

**ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด** ..... 144
จุลลดา เหมโส

**การพัฒนารูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน** ..... 153
นัชชา เพิ่มสุภัคกุล ,เสาวณีย์ กรุณา

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567 VOL. 9 NO. 1 January – February 2024

สารบัญ

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ** ..... 161
สิริลักษณ์ รัตนพันธ์

**การพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะโลหิตจางในโรงพยาบาลสกลนคร : กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 172
นลินี การุญ

**ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพัฒนาระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า** ..... 182
นันทพร พืชพิสุทธิ์ ,รัชนี หลงสวาสดิ์

**การพัฒนาระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี**..... 190
ผจงวรรณ อดุลยศักดิ์ ,ณัฐศิกา ใคร่ครวญ ,สุภาภรณ์ ประยูรมหิศร

**การพัฒนาระบบคัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพผู้ประกันตน โรงพยาบาลหนองคาย** ..... 201
รพิพรรณ โสภาเวทย์

**ผลของการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ ในยุคชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)** ..... 208
จินดา จันภักดี

**การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) : กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 214
ณัฐพร ทองดี

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบติดเชื้อร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว ชนิดเต้นเร็ว** ..... 222
อนงค์ สง่าเนตร

**การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม: กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 231
ศุภราภรณ์ สิริวาสการ

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลเสลภูมิ** .. 241
นันทิยา นนทภา ,สุพรรณี แน่นอุดร

**ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อความเข้มแข็งในการมองโลกและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี** ..... 248
ชัยณรงค์ สีแหล้ ,นิยม จันทร์นวล

**การพยาบาลกรณีศึกษาที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 258
สุพัตรา ศรศักดา

**บทบาทเจ้าพนักงานสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองต่อการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายเพื่อระงับเหตุรำคาญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** ..... 267
อารี ควรเนตร

**ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานห้องตรวจคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย** ..... 278
ไคลศรี บาดาล , พัทยา นิลเกตุ

**การศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ เครือข่ายจังหวัดหนองคาย** ... 287
สายใจ สุวรรณศรี

**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร** ..... 298
ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์ ,ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ ,เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น ,พนัดดา นักดนตรี

**ปัจจัยที่มีผลต่อการขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม** . 308
ขวัญชัย ประเสริฐยิ่ง และธงชัย อามาตยบัณฑิต

**ECH JOURNAL**

**วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน**

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

**ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567 VOL. 9 NO. 1 January – February 2024**

**สารบัญ**

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลัง และเชื่อมกระดูกโดยใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสันหลังร่วมกับซ่อมแซมเยื่อหุ้มไขสันหลังขั้นดูรา** ..... 321
ศุภกร ภุมเรศน์

**การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง** ..... 331
นงลักษณ์ จิตตานนท์

**การประเมินการสัมผัสเสียงดังของพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้ากรณีศึกษา: โรงไฟฟ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง** .... 340
สมบูรณ์ ใจประการ ,ชนกานต์ สกุลแถว และมงคล รัชชะ

**การพยาบาลมารดาหลังคลอดครรภ์เสี่ยงสูงที่ติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง : กรณีศึกษา** ..... 346
อรอนงค์ โสมพลกรัง

**การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย** ..... 354
เจตนา พรมทอง

**ปัญหาสุขภาพคนทำงานสูงวัยกับมาตรฐาน กฎหมายและการตรวจประเมินที่ทำงานที่เหมาะสม** ..... 360
สุพัฒท์ มณีโชติ ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,มงคล รัชชะ ,ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย

**การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ : กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 371
ระเบียบ วัฒนตรีภพ

**การพยาบาลมารดาครรภ์แฝดหลังผ่าตัดคลอดที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง: กรณีศึกษา** ..... 379
อรพิน ตันมงคล

**การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี** ..... 390
ปิยะรัตน์ จันทร์ส่อง

**การพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด** ..... 397
เกษา นาสวน ,สมปอง ใจกล้า ,กันตินันท์ สอดสุข

**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมโรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม** ..... 408
ณัชปภา กวานเหียน

**กรณีศึกษา: การพยาบาลหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง** ..... 417
ปรารถนา หัสนจันทร์

**ผลการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประชากรวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 7** ..... 427
วาสนา มงคลศิลป์

**การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน หน่วยบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 (หัวทะเล) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา** ..... 434
ผุสดี ด่านกุล

**ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันโรงพยาบาลหนองคาย** ..... 445
ระวิวรรณ์ โสชมภู ,นภาวรรณ มิ่งวงษ์ยาง

**การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล** ..... 453
คณิวรรณ ภูษา ,ณัชมนพรรณ ปลื้มรุ่งโรจน์

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Necrotizing Fasciitis)** ..... 463
สุรีรัตน์ สมคุณา ,รัศมี โพธินักขา

**ผลของแนวทางอบอุ่นร่างกายต่อภาวะหนาวสั่นในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในโรงพยาบาลหนองคาย** ..... 472
สายฝน กุลเนตร ,ประภัสสร คำเหลือง

**การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม** ..... 481
ปริญญา มาลัยเปีย ,มนัสศิริ ยิ้มถนอม

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567 VOL. 9 NO. 1 January – February 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย หน้า

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาพรม อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ..... 489
บุญเย็น ศรีกุล

การพยาบาลให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอชไอวีที่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาต้านไวรัส : กรณีศึกษา ..... 498
วาสนา ท้วมแสง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา ..... 504
ธัญพร เรือนนุช

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับในชุมชน : กรณีศึกษา ..... 513
บุษบา สุวรรณโชติ

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดระบบทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ : กรณีศึกษา ..... 524
ไฉไล กลิ่นอุ่น

การพยาบาลรูปแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกร่วมกับไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : กรณีศึกษา ..... 531
ทัศนีย์ ม่วงมี

ปัจจัยเสี่ยงของการพบมะเร็ง ในกรณีผลเซลล์วิทยาจากการเจาะดูดด้วยเข็มเล็กตรวจก้อนของต่อมไทรอยด์เป็นชนิด non-diagnostic ..... 542
ศศิมา ศรีอินทรา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองหลังได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพองและมีภาวะติดเชื้อที่ปอด: กรณีศึกษา ..... 550
นภาพร ชมสวัสดิ์

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตามแนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพแบบบูรณาการในชุมชน ..... 557
จารุมน ลัคนาวิวัฒน์ ,มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ ,ประภา จันทร์ประทีป ,ณัฐกฤตา สิทธิชัย

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ..... 566
ชูพงษ์ คงเกษม ,จินตนา เนียมคำ ,ณัฐพร ขำเปลี่ยน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชนกรณีศึกษา อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ ..... 576
นพดล พิมพ์จันทร์

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย 586
ชัญญา ศรีจันทร์ ,รัชนีกร แสงมะณี

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ..... 596
อภิญญา อุบลสะอาด

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ..... 606
วิลาวัลย์ พลเดช

เปรียบเทียบสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index : HPI) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 617
สุธิดา คณะมะ ,วิภาดา คงทรง

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในช่องอก ช่องท้อง : กรณีศึกษา ..... 630
วิชญา วราธนวินท์

การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของ จังหวัดอุตรดิตถ์ ..... 638
รณภพ เกตุทอง

**ECH**
**JOURNAL**

**วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม**
**และสุขภาพชุมชน**
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

**ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567 VOL. 9 NO. 1 January – February 2024**

**สารบัญ**

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง : กรณีศึกษา** ..... 650
ศศิพัชร บัวแย้ม

**การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว : กรณีศึกษา** ..... 657
วงเดือน นิลสาคู

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว: กรณีศึกษา** ..... 664
ศรันญา ไชยชาติ

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว: กรณีศึกษา** ..... 672
นุชนาจ เนตรบุตร

**อัตราการผ่าตัดคลอดของหญิงตั้งครรภ์ครบกำหนด จำแนกตาม The Robson 10 group classificationโรงพยาบาลลำพูน ระหว่างปี 2563-2565** ..... 680
สาธินี ชัยทนุวงศ์

**ผลของการพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** ..... 690
ฐาวรัตน์ ภู่ทัศนะ

**ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้แบบประเมิน RAMA-EGAT Heart Score และระดับไฟบริโนเจนในพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุง ในจังหวัดพะเยา** ..... 699
ศุภกัญญา ลาสม ,สุรสิทธิ์ สุวรรณสินธุ์ ,ปาจรีย์ มาน้อย ,ปิยะวรรณ เอมอิ่มอนันต์

**การพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกตามแนวทาง Smart Hospital โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์** ..... 707
ยุพิน รินทราช ,ดาววดี ลีลาวัฒนานนท์กุล ,ศรายุทธ นวะศรี

**การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาเสพสารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา** ..... 718
ชลธิรา ชุ่มมณี

**การพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์** ..... 726
ศศิธร กำทองดี ,อรรถวิทย์ เนินชัด ,จารึก ประคำ

**ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์** ..... 737
พรทิพย์ ดาเกลี้ยง

**การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน : บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน** ..... 748
พัตร์พิมล โต๊ะบุรินทร์

**การพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม** ..... 759
นภา วงค์จำปา ,ฉัตรชัย ไตรยราช ,พิมพ์ญดา เนียมแดง

**ประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี** ..... 769
สายสวรรค์ แสงบุตร

**ผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ** ..... 777
กันทิมา ทาหอม

**การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก** ..... 786
กนกนุช พิลากุล

**การใช้ยา Meropenem ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช** ..... 796
นลินวรรณ วงษ์สวัสดิ์

**วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม**
**และสุขภาพชุมชน**
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

**ECH**
**JOURNAL**

**ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567** VOL. 9 NO. 1 January – February 2024

**สารบัญ**

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**การพัฒนาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ภายใต้การจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม** ..... 805
บัณฑิต หวังสันติวงศา ,กาญจนา จันทะนุย ,บังอร ล้อมไธสง

**การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี** ..... 813
มารยาท รัตนประทีป ,วันดี ยิ้มย่อง

**อัตราการเสียชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์** ..... 824
วิชญนนท์ เหล่าอุดม

**การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด ตำบลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์** ..... 833
เกศสุดา สุริยะบุตร ,ชนะพล ศรีฤๅชา ,วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา

# บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ทีเกี่ยวข้องการการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 6 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – กุมภาพันธ์, มีนาคม – เมษายน, พฤษภาคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – สิงหาคม – กันยายน, ตุลาคม, พฤศจิกายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 25 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากขบวนการผลิตคอมเพรสเซอร์ การปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการบรรจุสินค้า ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ การพัฒนาเครื่องฉายรังสี UV-C การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน การวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี การเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะโลหิตจาง การพัฒนาระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต คัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพผู้ประกันตน แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบติดเชื้อร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก การมองโลกและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน การจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด การขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลัง ผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง การสัมผัสเสียงดังของพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้า มารดาหลังคลอดครรภ์เสี่ยงสูงที่ติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอด ปัญหาสุขภาพคนทำงานสูงวัยกับมาตรฐาน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ การพยาบาลมารดาครรภ์แฝดหลังผ่าตัดคลอดที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม การพยาบาลหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง การดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่อง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

# ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.1 January - February 2024

# วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567

ISSN : 2672-9717

PART I

**ECH JOURNAL**

**วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน**

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

**ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567** VOL. 9 NO. 1 January – February 2024 **Part 1**

**สารบัญ**

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากขบวนการผลิตคอมเพรสเซอร์ในโรงงานอุตสาหกรรม** ..... 1
อลงกต สุตคุณสันติการ ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช ,มงคล รัชชะ ,โกวิท สุวรรณหงษ์ และสิรวัลภ์ เรืองช่วย ตู้ประกาย

**การปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการบรรจุสินค้าเพื่อลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของพนักงาน กรณีศึกษาบริษัทกระจายสินค้าแห่งหนึ่ง** ..... 10
ธมนภัทร นิยม ,มงคล รัชชะ ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,นันท์นภัสร อินยิ้ม ,สิรวัลภ์ เรืองช่วย ตู้ประกาย และพรนิภา บริบูรณ์สุขศรี

**การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน : กรณีศึกษา 2 รายเปรียบเทียบ** ..... 17
พิไลลักษณ์ นักพิณพาทย์ ,รัชนี หลงสวาสดิ์

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ:กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 27
เครือวัลย์ โควินทะสุด

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา** ..... 37
ปิยอร รัตนจันทร์

**การพัฒนาเครื่องฉายรังสี UV-C ในคลินิกแพทย์แผนไทยสำหรับลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในวัตถุดิบพืชสมุนไพรที่ใช้ทำยา กรณีศึกษา ขมิ้นชัน** ..... 46
จักรกฤษณ์ คณารีย์ ,วนิษา ปันฟ้า ,พรพรรณ มณีวรรณ์ ,ศราวุฒิ ทับช่วยขวา ,ทวีศักดิ์ หลีแก้วสาย

**การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม** ..... 58
นวลฉวี พะโน

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม** ..... 68
ศิตา พลีจันทร์

**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี ในการชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม** ..... 79
อมรรัตน์ มณีนิล

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม** ..... 90
ปัทมาวดี แก้วมาตย์

**ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจรในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์** ..... 99
วิชญนนท์ เหล่าอุดม

**การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน; กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 107
ศิริขวัญ พันมะลี

**รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร** ..... 113
สุภาพ จองกัลยา

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง** ..... 124
ชุรยานี บือซา ,ชูรียานี สาเมาะ ,เบ็ญจวัน ขำเกื้อ ,บุญเรือง ขาวนวล ,ชไมพร ทองเพชร

**การพัฒนาระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร** ..... 134
กติยา นิธรรม

**ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด** ..... 144
จุลลดา เหมโส

**การพัฒนารูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน** ..... 153
นัชชา เพิ่มสุภัคกุล ,เสาวณีย์ กรุณา

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567 VOL. 9 NO. 1 January – February 2024 **Part 1**

สารบัญ

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ** ..... 161
สิริลักษณ์ รัตนพันธ์

**การพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะโลหิตจางในโรงพยาบาลสกลนคร : กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 172
นลินี การุญ

**ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพัฒนาระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า** ..... 182
นันทพร พืชพิสุทธิ์ ,รัชนี หลงสวาสดิ์

**การพัฒนาระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี**..... 190
ผจงวรรณ อดุลยศักดิ์ ,ณัฐศิกา ใคร่ครวญ ,สุภาภรณ์ ประยูรมหิศร

**การพัฒนาระบบคัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพผู้ประกันตน โรงพยาบาลหนองคาย** ..... 201
รพิพรรณ โสภาเวทย์

**ผลของการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ ในยุคชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)** ..... 208
จินดา จันภักดี

**การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) : กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 214
ณัฐพร ทองดี

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบติดเชื้อร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว ชนิดเต้นเร็ว** ..... 222
อนงค์ สง่าเนตร

**การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม: กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 231
ศุภราภรณ์ สิริวาสการ

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลเสลภูมิ** .. 241
นันทิยา นนทภา ,สุพรรณี แน่นอุดร

**ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อความเข้มแข็งในการมองโลกและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี** ..... 248
ชัยณรงค์ สีแหล้ ,นิยม จันทร์นวล

**การพยาบาลกรณีศึกษาที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 258
สุพัตรา ศรศักดา

**บทบาทเจ้าพนักงานสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองต่อการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายเพื่อระงับเหตุรำคาญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** ..... 267
อารี ควรเนตร

# บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ทีเกี่ยวข้องการการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 6 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – กุมภาพันธ์, มีนาคม – เมษายน, พฤษภาคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – สิงหาคม – กันยายน, ตุลาคม, พฤศจิกายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 25 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากขบวนการผลิตคอมเพรสเซอร์ การปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการบรรจุสินค้า ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ การพัฒนาเครื่องฉายรังสี UV-C การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน การวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี การเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะโลหิตจาง การพัฒนาระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต คัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพผู้ประกันตน แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบติดเชื้อร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก การมองโลกและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน การจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด การขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลัง ผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง การสัมผัสเสียงดังของพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้า มารดาหลังคลอดครรภ์เสี่ยงสูงที่ติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอด ปัญหาสุขภาพคนทำงานสูงวัยกับมาตรฐาน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ การพยาบาลมารดาครรภ์แฝดหลังผ่าตัดคลอดที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม การพยาบาลหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง การดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่อง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

# การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากขบวนการผลิตคอมเพรสเซอร์ในโรงงานอุตสาหกรรม
# Carbon footprint assessment of the compressor manufacturing process in industrial plants.

(Received: December 18,2023 ; Revised: December 29,2023 ; Accepted: January 2,2024)

**อลงกต สุตคุณสันติการ[1], เสรีย์ ตู้ประกาย[2*], ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช[3], มงคล รัชชะ[4], โกวิท สุวรรณหงษ์[5] และ สิรวัลภ์ เรืองช่วย ตู้ประกาย[6]**

**Alongod Suttakhunsantikan[1*], Seree Tuprakay[2*], Piyarat Premanoch[3], Mongkol Ratcha[4], Kowit Suwannahong[5] and Sirawan Ruangchuay Tuprakay[6]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยฉบับนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและใช้วิธีการประเมินตามวัฏจักรชีวิตแบบธุรกิจสู่ธุรกิจ (Business to Business: B2B) จากผลการศึกษาพบว่าการได้มาซึ่งวัตถุดิบของผลิตภัณฑ์คอมเพรสเซอร์ มีการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกสูงสุดมีค่าเท่ากับ 139 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า/เครื่อง หรือคิดเป็น 88% โดยมีสาเหตุหลักมาจากค่าสัมประสิทธิ์การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก(Emission Factor)ของวัตถุดิบนั้นมีสัดส่วนการปลดปล่อยที่สูงเมื่อเทียบกับกิจกรรมอื่นๆ โดยกระบวนการผลิตพบว่ามีการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกเท่ากับ 19 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า/เครื่อง หรือคิดเป็น 12% และเมื่อพิจารณาการผลิตคอมเพรสเซอร์ตลอดวัฏจักรแบบธุรกิจสู่ธุรกิจจะมีการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกเท่ากับ 158 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า/เครื่อง โดยมาตรการที่แนะนำเพื่อลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกได้แก่การพิจารณาการใช้วัสดุทดแทนที่มีประสิทธิภาพที่สูงกว่าและการอนุรักษ์พลังงานในการตรวจสอบและบำรุงรักษาเครื่องจักรและอุปกรณ์

**คำสำคัญ:** คาร์บอนฟุตพริ้นท์, ก๊าซเรือนกระจก, คอมเพรสเซอร์

**Abstract**

This research was survey research data analyzed by quantitative research and used a Business-to-business (B2B) life cycle assessment method. From the results of the study, it was found that the activity of raw material acquisition for compressor products had the highest greenhouse gas emissions resulting in 139 kgCO2e/unit, which was equivalent to 88% of the total activity. The primary cause of this was from the raw material that had a high green gas Emission Factor. While comparing to the production process found that the production activities had released greenhouse gas emissions equal to 19 kgCO2e/unit, which was equivalent to 12 % of the total activity. Considering the total activities of compressor production throughout the business-to-business cycle, the greenhouse gas emission was equal to 158 kgCO2e/unit. From the result, the recommended measure to decrease greenhouse gas emissions was to explore the use of alternative materials that have greater efficiency. and energy conservation in the inspection and maintenance of machinery and equipment activities.

**Keywords:** carbon footprint, greenhouse gases, Compressor

[1] นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาวิศวกรรมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[2*] วศ.ด.รองศาสตราจารย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[3] ปร.ด.รองศาสตราจารย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[4] ปร.ด. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Corresponding author Email: Mongkol.r@ru.ac.th

[5] วศ.ด.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[6] วท.ด. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

**บทนำ**

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภาวะโลกร้อนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบนิเวศทางธรรมชาติ[1] โดยในปี ค.ศ. 1994 คณะกรรมการระหว่างรัฐบาลว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ได้มีการยืนยันว่าการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของมนุษย์ได้ส่งผลกระทบต่อสภาพภูมิอากาศจริง หนึ่งในสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะโลกร้อนที่สำคัญมาจากการที่มนุษย์ มีการปล่อยปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ จากการเผาไหม้เชื้อเพลิงต่างๆ การขนส่ง และการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรม รวมถึงการปล่อยก๊าซกลุ่มไนตรัสออกไซด์ และคลอโรฟลูโรคาร์บอน (CFC) พร้อมๆกับการที่มีการตัดและทำลาย ป่าไม้จำนวนมากเพื่อ นำมาสร้างสิ่งอำนวยความสะดวก ทำให้กลไกในการดึงเอาก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกไปจากบรรยากาศถูกลดทอนประสิทธิภาพลง จนกระทั่งในช่วงทศวรรษที่ 1980 เป็นช่วงเกิดภาวะวิกฤตจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่รุนแรง ทำให้นานาประเทศตระหนักถึงผลกระทบของภาวะโลกร้อนจึงได้มีการจัดตั้งหน่วยงานสิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Environment Programme: UNEP ) และในปี ค.ศ. 1997 ได้มีการลงนามในกลุ่มประเทศที่พัฒนาต้องมีการลดปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่สำคัญ 6 ชนิด ในพิธีสารเกียวโต (Kyoto Protocol) ซึ่งส่งผลให้มีการควบคุมการผลิต การใช้งานและการกำจัด รวมถึงการเกิดการกีดกันทางค้ากับผลิตภัณฑ์ที่ไม่สามารถแสดงข้อมูลหรือการควบคุมคาร์บอนฟุตพริ้นท์[2]

ประเทศไทยได้มีการเข้าร่วมเป็นภาคีอนุสัญญา UNFCCC เมื่อปี ค.ศ. 1994 และในปี ค.ศ. 2002 ได้ให้สัตยาบันเข้าร่วมรับรองพิธีสารเกียวโต (Kyoto Protocol) ซึ่งเป็นข้อตกลงที่กำหนดพันธกรณีในการลดก๊าซเรือนกระจก ทั้งนี้ประเทศไทยได้มีมติจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม ค.ศ. 2007 เห็นชอบให้จัดตั้งองค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก เพื่อบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก และการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์การระหว่างประเทศ[3] ทั้งนี้ถึงแม้ว่าประเทศไทยได้มีการออกนโยบายต่างๆเพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติ แต่กฎหมายที่ใช้ในการบังคับใช้ยังไม่ครอบคลุม ทำให้การควบคุมและการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร[4]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในผลิตภัณฑ์คอมเพรสเซอร์ เพื่อหาแนวทางในการลดการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากการผลิต คอมเพรสเซอร์แบบลูกสูบ เพราะเนื่องจากในกระบวนการผลิตรวมถึงขั้นตอนการทดสอบยังคงมีการใช้สารน้ำยาในการทดสอบหาการรั่วของระบบซึ่งเป็นหนึ่งในกระบวนการที่อาจก่อให้เกิดการรั่วไหลของระบบ และสามารถทำลายชั้นบรรยากาศซึ่งทำให้เกิดภาวะโลกร้อนสูง

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

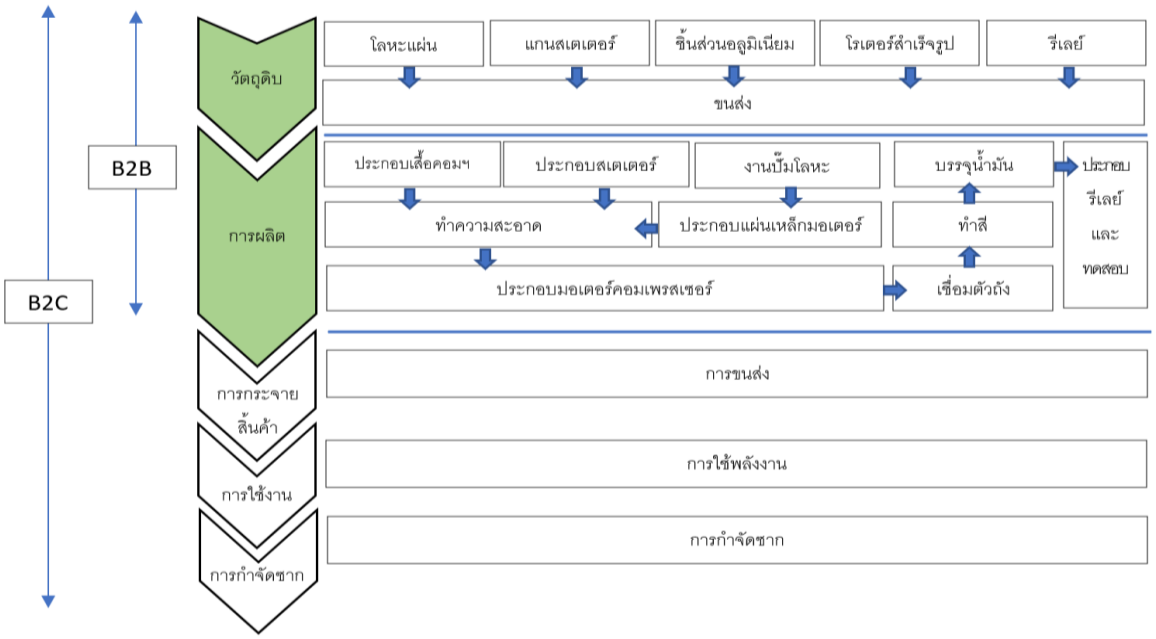
เพื่อศึกษาการวิเคราะห์หาคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์คอมเพรสเซอร์แบบลูกสูบ อีกทั้งเป็นข้อมูลในการวางแผนและแนวทางในการลดการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากการผลิตโดยเป็นไปตามหลักวิศวกรรมความปลอดภัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการวิจัย โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ โดยการสำรวจกระบวนการผลิต วัตถุดิบ เครื่องจักรและพลังงานที่ใช้ในกระบวนการ จากนั้นนำข้อมูลดังกล่าวมาคำนวณหาปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกและหาค่าปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดการปล่อยปริมาณก๊าซเรือนกระจกจากการผลิต และใช้พลังงานหรือทรัพยากรต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการช่วยลดต้นทุน และส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุด

โดยใช้รูปแบบการประเมินตามหลักการประเมินวัฏจักรชีวิต (LCA) แบบ Cradle to Gate หรือ B2B ที่เกิดจากการผลิตคอมเพรสเซอร์ของระบบทำความเย็น รุ่น AW55 ตั้งแต่ขั้นตอนการได้มา

ซึ่งวัตถุดิบจนจบกระบวนการผลิตเพื่อรอส่งออกไปยังบริษัทผู้ผลิตเครื่องทำความเย็นดังภาพที่ 1




**ภาพที่ 1** รูปแบบการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์คอมเพรสเซอร์

การศึกษาโดยการรวบรวมปริมาณการใช้วัตถุดิบ การได้มาซึ่งวัตถุดิบและการดำเนินกิจกรรมในการผลิต ในช่วงมกราคม – ธันวาคม พ.ศ. 2565

**การจัดทำบัญชีรายการ**

การจัดทำบัญชีรายการ คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องและจำเป็นที่ใช้ในการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปริมาณการใช้พลังงานไฟฟ้าและไอน้ำ ปริมาณวัตถุดิบ วัสดุ และทรัพยากร ปริมาณการใช้สารเคมี ปริมาณของเสียที่เกิดขึ้น

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ข้อมูลที่ต้องเก็บจะเริ่มตั้งแต่กระบวนการได้มาซึ่งวัตถุดิบ กระบวนการผลิต และรวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการผลิต โดยข้อมูลที่จัดเก็บจะมี 2 ส่วน คือ

- ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริษัทและผลิตภัณฑ์ที่ทำการประเมิน
- ข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณ คือ ข้อมูลด้านกิจกรรม (Activity data) และค่าสัมประสิทธิ์การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก

ข้อมูลจะอยู่ในรูปของปริมาณวัตถุดิบ สารเคมี และสาธารณูปโภค ที่ใช้ใน กระบวนการผลิตวัตถุดิบ โดยจะทำการเก็บข้อมูลเป็นหน่วยต่อการใช้งาน ข้อมูลที่กล่าวมาอาจจะเป็นข้อมูลที่ได้รับจากผู้จัดหาวัตถุดิบ โดยตรงในกรณีที่ผู้จัดหาวัตถุดิบมีข้อมูลการวิเคราะห์คาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ หรือได้จากการคำนวณโดยใช้ข้อมูลการผลิตของผู้จัดหาวัตถุดิบ ในกรณีที่ไม่สามารถ เข้าถึงข้อมูลได้ สามารถใช้เป็นข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากแหล่งอ้างอิงที่มีอยู่ได้ เช่น คู่มือการวิเคราะห์คาร์บอนฟุตพริ้นท์หรือเอกสารงานวิจัยที่สามารถยอมรับได้ เป็นต้น

การคำนวณหาค่าปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของคอมเพรสเซอร์ โดยการนำข้อมูลด้านปฐมภูมิและข้อด้านมูลทุติยภูมิมาคำนวณและแปลงออกมาให้อยู่ในรูปปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก โดยการคูณเข้ากับค่าสัมประสิทธิ์การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของประเภทวัตถุดิบ วัสดุ การใช้พลังงาน หรือของเสียกระบวนการนั้น ๆ และบันทึกในรูปปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกต่อหน่วยผลิตภัณฑ์ โดยสามารถคำนวณได้จากสมการนี้

$$CFP = \Sigma (A_i \times EF_i)$$

โดย CFP คือ ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์มีหน่วยเป็น กิโลกรัมคาร์บอนได - ออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยของผลิตภัณฑ์

$A_i$ = ปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกิจกรรม i มีหน่วยเป็น (หน่วยกิจกรรมต่อหน่วยผลิตภัณฑ์)

$EF_i$ = ค่าสัมประสิทธิ์การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของวัตถุดิบหรือกิจกรรมของ i โดยมีหน่วยเป็น กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วย

การคำนวณการขนส่งวัตถุดิบ ขั้นตอนการขนส่งวัตถุดิบที่ใช้ในการคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ คือ การขนส่งผลิตภัณฑ์โดยวิธีการใดก็ตาม ทั้งเครื่องบิน รถยนต์ รถบรรทุกหรือรถไฟ โดยพิจารณาตั้งแต่แหล่งกำเนิดของวัตถุดิบมายังโรงงานผลิตคอมเพรสเซอร์ ทั้งต่างประเทศและในประเทศ ซึ่งจะคิดทั้งการขนส่งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ข้อมูลที่จัดเก็บจะประกอบไปด้วย

1) ข้อมูลเชื้อเพลิงที่ใช้จริง โดยเก็บจากใบเสร็จค่าน้ำมันหรืออื่นๆ โดยครอบคลุมทุกรายการวัตถุดิบที่ขนส่งมาจากภายนอกโรงงาน และครอบคลุมทั้งเที่ยวที่ขนวัตถุดิบเข้าโรงงานและเที่ยวที่วิ่งออกจากโรงงาน คำนวณได้จาก

ET = ปริมาณน้ำมันเชื้อเพลิงที่ใช้(liter) x EF ตามประเภทของน้ำมันเชื้อเพลิง

โดย ET คือ ปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการขนส่ง ($kgCO_2e$) และEF คือ ค่าสัมประสิทธิ์การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก

2) หากไม่มีการจัดเก็บเชื้อเพลิงที่ใช้จริง หรือมีแต่ไม่ครอบคลุมทุกรายการวัตถุดิบหรือไม่ครอบคลุมเที่ยวที่ขนส่ง จะคำนวณปริมาณการใช้เชื้อเพลิง โดยอาศัยข้อมูลของประเภทยานพาหนะ รวมกับข้อมูลระยะการขนส่งและอัตราบรรทุก คำนวณได้จาก

ET = (ระยะทาง/อัตราการสิ้นเปลืองเชื้อเพลิง) x EF ตามประเภทของน้ำมันเชื้อเพลิง

โดย ET คือ ปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการขนส่ง (kgCO2e) และ EF คือ ค่าสัมประสิทธิ์การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก (kgCO2e/ton-km)

อัตราการสิ้นเปลืองเชื้อเพลิง คือ อัตราที่แสดงถึงอัตราการใช้เชื้อเพลิงแต่ละยานพาหนะเป็นจำนวนเท่าไหร่ (km/liter)

การปันส่วน ในกรณีที่ไม่สามารถแบ่งแยกกระบวนการผลิตที่ทับซ้อนออกจากการกันได้ สามารถใช้วิธีการปันส่วนทางกายภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การปันส่วนตามลักษณะทางกายภาพ

| ผลิตภัณฑ์ | ปริมาณ (กิโลกรัม) | % การปันส่วน |
|---|---|---|
| ผลิตภัณฑ์หลัก | A | [A/(A+B)]*100 |
| ผลิตภัณฑ์ร่วม | B | [B/(A+B)]*100 |

ที่มา : วิถีชีวิตตามแนวคิดเศรษฐกิจหมุนเวียนในศตวรรษที่ 21, 2021

หรือความสัมพันธ์ด้านอื่นมาเป็นใช้พิจารณาการปันส่วน เช่น การปันส่วนตามมูลค่าทางเศรษฐกิจของผลิตภัณฑ์ ดังตารางที่2

ตารางที่ 2 การปันส่วนตามมูลค่าทางเศรษฐกิจ

| ผลิตภัณฑ์ | ปริมาณผลิตภัณฑ์ที่ผลิต | มูลค่าของผลิตภัณฑ์ที่จำหน่าย | % การปันส่วน |
|---|---|---|---|
| 1 | A | C | [AC/(AC+BD)]*100 |
| 2 | B | D | [BD/(AC+BD)]*100 |

ที่มาดัดแปลงจาก : วิถีชีวิตตามแนวคิดเศรษฐกิจหมุนเวียนในศตวรรษที่ 21, 2021

## ผลการศึกษาและวิจารณ์ผล

### 1. การกำหนดขอบเขตของการประเมิน

ตารางที่ 3 ขอบเขตของการประเมิน

| ขอบเขตการประเมิน | รายละเอียด |
|---|---|
| ผลิตภัณฑ์ที่ทำการประเมิน | คอมเพรสเซอร์สำหรับระบบทำความเย็น รุ่น AW55 |
| ขอบเขตการประเมิน | B2B หรือ Cradle to Gate |
| หน่วยที่ใช้ประเมิน | 1 เครื่อง |
| วัตถุดิบหลักที่ใช้ | ซิลิกอนและเหล็ก |
| ช่วงเวลาในการรวบรวมข้อมูล | มกราคม – ธันวาคม พ.ศ. 2565 |
| รูปภาพของผลิตภัณฑ์ |  |

การรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการประเมินสามารถจัดเก็บข้อมูลได้ 2 แหล่ง คือ ข้อมูลปฐมภูมิ และข้อมูลทุติยภูมิ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แหล่งของข้อมูล

| รายการ | ข้อมูลปฐมภูมิ | ข้อมูลทุติยภูมิ |
|---|---|---|
| ข้อมูลการได้มาซึ่งวัตถุดิบ ข้อมูลการผลิต | ข้อมูลกระบวนการผลิตย้อนหลัง 12 เดือน ตั้งแต่ ม.ค. - ธ.ค. 65 | |
| ข้อมูลการขนส่งระยะทาง น้ำหนักบรรทุก | ข้อมูลการขนส่งย้อนหลัง 12 เดือน ตั้งแต่ ม.ค. - ธ.ค. 65 | https://google.co.th.maps/ องค์การบริหารก๊าซเรือนกระจก |

โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการผลิตคอมเพรสเซอร์ ดังตารางที่ 5 และ ผลประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของคอมเพรสเซอร์ จากกิจกรรมในการได้มาซึ่งวัตถุดิบ การผลิตและการขนส่งของวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิต ดังตารางที่ 6, ตารางที่ 7และ ภาพที่ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 รายละเอียดขั้นตอนการผลิตคอมเพรสเซอร์

| ขั้นตอน | กิจกรรม |
|---|---|
| 1. ปั๊มขึ้นส่วนขึ้นรูปฝาบนและฝาล่าง (Housing) | ปั๊มขึ้นรูป, ตัดขอบ, รีดขอบ, กดรอบบุ่ม, เจาะรู |
| 2. ประกอบชุด Housing | ล้างคราบน้ำมัน, เชื่อมท่อขาเข้าและขาออก, Spot ชิ้นส่วนอุปกรณ์ |
| 3. ประกอบชุดปั๊ม | - เลือกขนาดความเหมาะสมของเพลาข้อเหวี่ยงและก้านสูบและประกอบเข้าด้วยกัน<br>- ประกอบเพลาข้อเหวี่ยงเข้ากับก้านสูบและเสื้อสูบ,ประกอบชุดวาล์ว<br>- เช็ค Air Gap, ปรับ Balance Motor Pump และ Stamp Code |
| 4. ประกอบชุด STATOR | - จัดขนาด Stack และ stamp รุ่น<br>- พันขดลวดและ Sleeve Insulation Insert<br>- เป่าลมร้อน และ นำ Stator เข้าเครื่องDip<br>- Test ค่าไฟ , เก็บสายไฟ และประกอบOVERLOAD เข้ากับ STATOR |
| 5. ประกอบรวมชุดคอมเพรสเซอร์ | - ประกอบ STATOR เข้ากับ PUMP KIT<br>- ประกอบMOTOR PUMP เข้ากับLOWER HOUSING<br>- เชื่อมSHOVK LOOP เข้ากับท่อDISCHARGE TUBE<br>- CHECK CLEARNCE และทดสอบรั่ว<br>- ทำสี, อบคอมเพรสเซอร์ไล่ความชื้น, ฉีดสเปรย์ซิลิโคน, เติมไนโตรเจน<br>- บรรจุน้ำมัน, ทดสอบระบบ Flash, Magger และแรงดันลิ้นวาล์ว |

**ตารางที่ 6** ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการได้มาซึ่งวัตถุดิบ

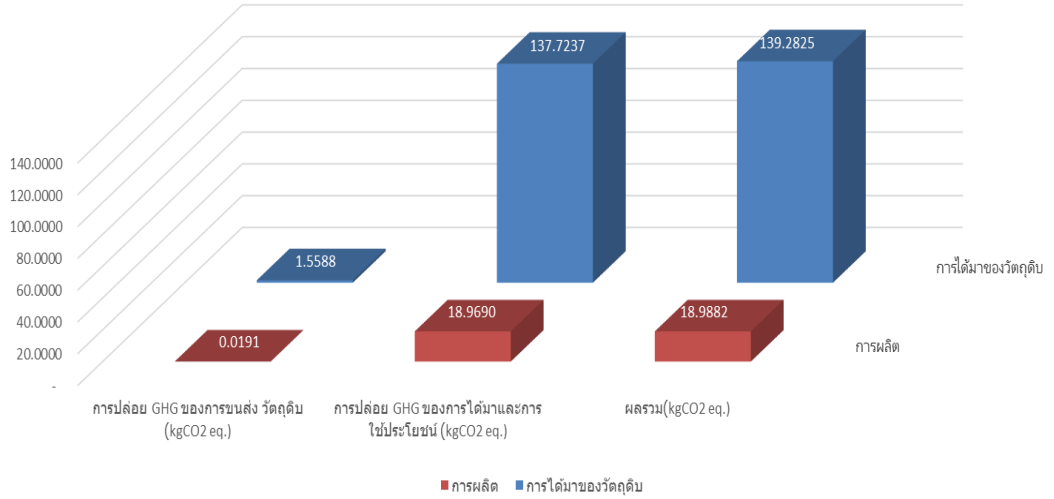
| | **รายการ** | **ปริมาณก๊าซเรือนกระจกต่อหน่วยผลิตภัณฑ์ ($kgCO_2eq/Kg$)** | **สัดส่วนปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (%)** |
|---|---|---|---|
| 1) | ซิลิกอน | 93.21 | 67.68 |
| 2) | เหล็กแผ่น | 22.55 | 16.37 |
| 3) | เสื้อสูบ | 7.31 | 5.31 |
| 4) | เพลาข้อเหวี่ยง | 6.97 | 5.06 |
| 5) | ทองแดง | 3.21 | 2.33 |
| 6) | อลูมิเนียม | 1.62 | 1.18 |
| 7) | ฝาสูบ | 1.56 | 1.13 |
| 8) | OBB | 0.62 | 0.45 |
| 9) | ก้านสูบ | 0.49 | 0.36 |
| 10) | วาล์ว | 0.08 | 0.06 |
| 11) | ลูกสูบ | 0.05 | 0.04 |
| 12) | สลักลูกสูบ | 0.04 | 0.03 |
| 13) | เงิน | 0.00 | 0.00 |
| | ผลรวม | 137.72 | 100.00 |

จากตารางที่ 6 แสดงการประเมินคาร์บอนฟรุตพริ้นท์จากการได้มาซึ่งวัตถุดิบ พบว่า มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกทั้งกระบวนการ การได้มาซึ่งวัตถุดิบตามขอบเขตการศึกษา เท่ากับ 137.72 $kgCO_2e$ โดยการได้มาของวัตถุดิบซิลิกอน มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.68 ของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการได้มาซึ่งวัตถุดิบทั้งหมด รองลงมาเป็นเหล็กแผ่น คิดเป็นร้อยละ 16.37 และเสื้อสูบ ร้อยละ 5.31 ตามลำดับ

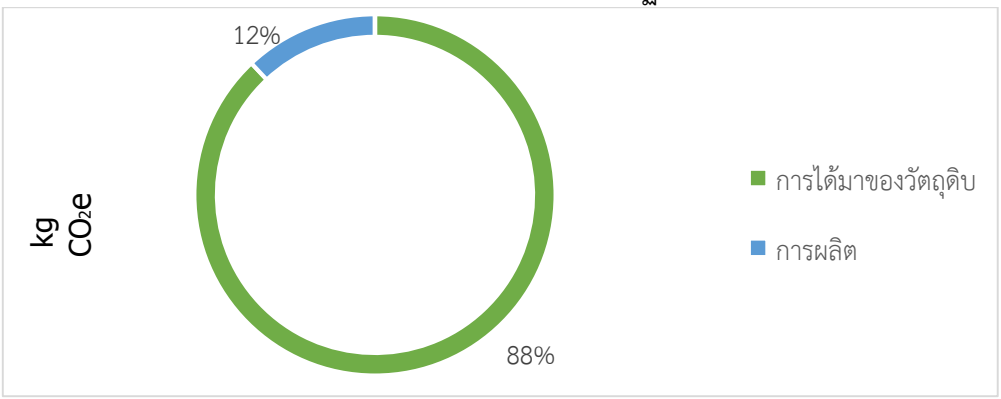
**ตารางที่ 7** ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการผลิต

| | รายการ | ปริมาณก๊าซเรือนกระจกต่อหน่วยผลิตภัณฑ์ $kgCO_2eq/Kg$ | สัดส่วนปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (%) |
|---|---|---|---|
| 1) | พลังงานไฟฟ้าในการผลิต | 12.60 | 66.35 |
| 2) | ก๊าซธรรมชาติ | 2.37 | 12.47 |
| 3) | ไอน้ำ | 1.70 | 8.97 |
| 4) | NITROGEN | 1.00 | 5.26 |
| 5) | ลวดเชื่อม | 0.88 | 4.63 |
| 6) | Lubricant | 0.22 | 1.16 |
| 7) | THINNER | 0.06 | 0.30 |
| 8) | Stamping oil | 0.04 | 0.21 |
| 9) | Varnish | 0.03 | 0.15 |
| 10) | Flux | 0.02 | 0.09 |
| 11) | Cleaner A | 0.04 | 0.07 |
| 12) | สีพ่น | 0.01 | 0.06 |
| 13) | Coolant | 0.01 | 0.03 |
| 14) | Oil FN | 0.01 | 0.03 |
| 15) | Cleaner B | 0.01 | 0.02 |
| 16) | Cleaner C | 0.00 | 0.00 |
| 17) | น้ำจากกระบวนการผลิต/ล้างวัตถุดิบ | 0.00 | 0.00 |
| 18) | บำบัดน้ำเสียจากกระบวนการผลิต | 0.00 | 0.00 |
| | ผลรวม | 18.97 | 100.00 |

จากตารางที่ 7 แสดงการประเมินคาร์บอนฟรุตพริ้นท์จากขั้นตอนการผลิต พบว่า มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกทั้งกระบวนการผลิตตามขอบเขตการศึกษา เท่ากับ 18.99 $kgCO_2e$ โดยการใช้พลังงานไฟฟ้าในการผลิต มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.35 ของปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการผลิตทั้งหมด รองลงมาเป็นก๊าซธรรมชาติ คิดเป็นร้อยละ 12.47 และไอน้ำ ร้อยละ 8.97 ตามลำดับ




**ภาพที่ 2** แสดงปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในแต่ละวัฏจักรของผลิตภัณฑ์คอมเพรสเซอร์




**ภาพที่ 3** แสดงปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในแต่ละวัฏจักรของผลิตภัณฑ์คอมเพรสเซอร์

จากภาพที่ 2 และภาพที่ 3 แสดงผลการประเมินคาร์บอนฟรุตพริ้นท์ตามวัฏจักรชีวิต พบว่าช่วงการได้มาซึ่งวัตถุดิบมีการปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ เท่ากับ 137.72 $kgCO_2e$ และการขนส่งในช่วงของการได้มาซึ่งวัตถุดิบ มีการปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ เท่ากับ 1.56 $kgCO_2e$ ดังนั้นในช่วงของการได้มาซึ่งวัตถุดิบมีการปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์เท่ากับ 139.28 $kgCO_2e$ หรือคิดเป็น 88% ของวัฏชีวิตของผลิตภัณฑ์คอมเพรสเซอร์ในการประเมินแบบ B2B และในช่วงวัฏจักรชีวิตของการผลิตคอมเพรสเซอร์มีการปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ เท่ากับ 18.97 $kgCO_2e$ และการขนส่งในช่วงของการผลิตมีการปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ เท่ากับ 0.02 $kgCO_2e$ ดังนั้นในช่วงของการผลิตมีการปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์เท่ากับ 18.99 $kgCO_2e$ หรือคิดเป็น 12% ของวัฏชีวิตของผลิตภัณฑ์คอมเพรสเซอร์ในการประเมินแบบ B2B และเมื่อรวมปริมาณการปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของทั้ง 2 ช่วงวัฏจักรชีวิต จะมีปริมาณการปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในการผลิตคอมเพรสเซอร์เท่ากับ 158 KgCO2e

## อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าการปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ผลิตภัณฑ์คอมเพรสเซอร์ มีแหล่งการปล่อยมาจากการได้มาซึ่งวัตถุดิบเป็นหลักซึ่งจากการประเมินพบว่าค่าสัมประสิทธิ์การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก(Emission Factor) ที่ติดมากับวัตถุดิบนั้นมีสัดส่วนการปลดปล่อยที่สูงเมื่อเทียบกับการใช้พลังงาน การขนส่งและระบบบำบัดน้ำเสีย การใช้พลังงานในการผลิตเป็นปัจจัย

ที่รองลงมา ซึ่งปัจจัยทางด้านการขนส่งมีผลกระทบที่น้อยมากหรือเป็นเพียง 1% ของการปล่อยปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าของผลิตภัณฑ์ เนื่องจากแหล่งวัตถุดิบส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกับโรงงานผลิตคอมเพรสเซอร์ จึงทำให้ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากการขนส่งมีผลกระทบเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ทั้งนี้ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงความสอดคล้องของงานวิจัย

| ผู้วิจัย | เรื่อง | วัตถุประสงค์การวิจัย | ผลลัพธ์ | ประเด็นความสอดคล้อง |
|---|---|---|---|---|
| พรรณทิพย์ แตงอ่อน (2557)[5] | การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ยางแผ่นรมควัน: กรณีศึกษาโรงงานสหกรณ์กองทุนสวนยาง จ.สงขลา | เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและลดผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อมให้ได้มากที่สุด | การได้มาซึ่งวัตถุดิบเป็นส่วนสำคัญในการปลดปล่อยปริมาณก๊าซเรือนกระจกถึง 87% | การได้มาซึ่งวัตถุดิบเป็นส่วนสำคัญในการปลดปล่อยปริมาณก๊าซเรือนกระจก |
| สุพรรณี มีสุข และ ดร.สุพรรณนิกา วัฒนะ(2565)[6] | การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์เบียร์ | เพื่อนำเสนอแนวทางในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกระบวนการผลิตเบียร์ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและลดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมของกระบวนการผลิตเบียร์ | กระบวนการได้มาซึ่งวัตถุดิบมีค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด เป็นผลมาจาก การใช้วัตถุดิบในการบรรจุภัณฑ์ที่หลากหลายและเป็นวัสดุที่มีค่าสัมประสิทธิ์การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกสูง | การได้มาซึ่งวัตถุดิบเป็นส่วนสำคัญในการปลดปล่อยปริมาณก๊าซเรือนกระจกและค่าสัมประสิทธิ์การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก(Emission Factor)ของวัตถุดิบนั้นมีสัดส่วนการปลดปล่อยที่สูง |
| กุลภรณ์ บุญชู และคณะ(2565)[7] | การปรับปรุงเส้นทางการเดินรถ เพื่อสนับสนุนแนวคิด Green Logistics: กรณีศึกษา บริษัท ABC จำกัด | เพื่อปรับปรุงการจัดเส้นทางการขนส่งที่สามารถลดค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ | การทำให้กิจกรรมการขนส่งมีระยะทางที่สั้นที่สุดภายใต้เงื่อนไขต่างๆ ทำให้มีการใช้น้ำมันดีเซลลดลงตามระยะทางที่ลดลงไปด้วย | ระยะทางที่สั้นส่งผลให้ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกลดลง |

**ข้อเสนอแนะ**

**1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษา**

จากการผลการศึกษาพบว่ากระบวนการที่ปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุดเป็นกระบวนการ การได้มาซึ่งวัตถุดิบดังนั้นจึงเสนอแนะนำให้มีการพิจารณาตั้งแต่การออกแบบ การเลือกใช้สสารที่มีประสิทธิภาพที่สูงกว่าหรือค่าการนำความร้อนที่ดีกว่า เช่น Gallium nitride (GaN) หรือกราฟีน(Graphene) ฯลฯ มาเป็นวัสดุทดแทนเพื่อลดปริมาณการใช้ซิลิกอนในการผลิต เช่น แนวทางเลือกในงานวิจัยของคุณแมนมนัส ศรีแก้ว และสายันต์ แสงสุวรรณ (2563)[8] วัสดุมหัศจรรย์แกรฟีน : กลยุทธ์การสังเคราะห์ สมบัติ การพัฒนาการพิสูจน์เอกลักษณ์ และการประยุกต์ใช้ ได้กล่าวถึงวิธีการสังเคราะห์ในรูปแบบต่างๆจนถึงการนำไปประยุกต์ใช้ ซึ่งจากคุณสมบัติของแกรฟีนที่กล่าวในเอกสารจะสามารถใช้แทนซิลิกอน และมีข้อดีที่เหนือกว่าทั้งในด้านความเร็ว การเกิดความร้อนต่ำ การระบายความร้อนที่ดีกว่าและยังกินไฟน้อยกว่า นอกจากนั้นแล้วการลดการใช้พลังงานยังคงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยลดการปล่อยปริมาณก๊าซเรือนกระจกได้ โดยการใช้มาตรการในการตรวจสอบและบำรุงรักษา เป็นอีกแนวทางเลือกที่ไม่ต้องใช้เงินลงทุนในการดำเนินการอนุรักษ์พลังงาน แต่สามารถลดอัตราส่วนค่าพลังงานไฟฟ้าต่อหน่วยการผลิต และค่าความต้องการพลังไฟฟ้าสูงสุดลงได้[9]

**2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป**

เนื่องจากงานวิจัยนี้ไม่ได้ครอบคลุมไปถึงการขนส่งผลิตคอมเพรสเซอร์ไปยังโรงงานผู้ผลิตเครื่องทำความเย็น การใช้งาน และวิธีการกำจัดซากที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถต่อยอดการวิจัยเพื่อให้เป็นข้อมูลจนครบวงจรชีวิต (LCA) และการเปรียบปริมาณการปล่อยปริมาณก๊าซเรือนกระจกกับโปรแกรมที่ช่วยในการคำนวณ เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์แก่ผู้ที่สนใจ

## เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานวิเคราะห์และพัฒนากลไก สำนักงานประสานการจัดการการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.(2558).บทสรุปรายงาน IPCC ฉบับที่ 5 สำหรับผู้กำหนดนโยบาย. บริษัท ไทภูมิ พับลิชชิ่ง จำกัด: นนทบุรี.
2. อนุธิดา ประเสริฐศักดิ์. (2556). ภาษีคาร์บอน : ความรับผิดชอบของธุรกิจต่อการลดภาวะโลกร้อน.วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 19(1): 16-29
3. อรุณลักษณ์ จิรธนภิญโญ. (2562). การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศกับบทบาทการลดก๊าซเรือนกระจกในภาคผลิตไฟฟ้าของไทย. วารสาร สิ่งแวดล้อม, ปีที่ 23 (1).
4. สุปวีณ์ กรดเสือ. (2562). มาตรการทางกฎหมายในการส่งเสริมการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากโรงไฟฟ้าพลังความร้อน.วารสารนิติ รัฐกิจ และสังคมศาสตร์. 3(1): 1-16
5. พรรณทิพย์ แตงอ่อน. (2557). การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ยางแผ่นรมควัน : กรณีศึกษาโรงงานสหกรณ์กองทุนสวนยาง จ.สงขลา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
6. สุพรรณี มีสุขและดร.สุพรรณนิกา วัฒนะ. (2565). การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์เบียร์. ในการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 23 25 มีนาคม 2565. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น. 213-225.
7. กุลภรณ์ บุญชู, ชนกกานต์ พึ่งชาติ, ฐปนก วงศ์ศิริและณัฐฐา นาคศิริ. (2565).การปรับปรุงเส้นทางการเดินรถเพื่อสนับสนุนแนวคิด Green Logistics: กรณีศึกษา บริษัท ABC จำกัด.วารสารวิชาการวิทยาการจัดการ Journal of Management Sciences มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 1(1): 22-40
8. แมนมนัส ศรีแก้ว และสายันต์ แสงสุวรรณ. (2563). วัสดุมหัศจรรย์แกรฟีน : กลยุทธ์การสังเคราะห์ สมบัติ การพัฒนา.วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 22(2): 39-49
9. สุธน พิทักษ์. (2550). การอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าในโรงงานอุตสาหกรรม กรณีศึกษา บริษัท อีพีอี แพคเกจจิ้ง (ประเทศไทย) จำกัด. ปริญญานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

# การปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการบรรจุสินค้าเพื่อลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของพนักงาน กรณีศึกษาบริษัทกระจายสินค้าแห่งหนึ่ง

# Improving work stations and packing postures to reduce ergonomic risks of workers case study: a distribution company.

(Received: December 18,2023 ; Revised: January 2,2024 ; Accepted: January 4,2024)

**ธมนภัทร นิยม[1], มงคล รัชชะ[2], เสรีย์ ตู้ประกาย[3], นันท์นภัสร อินยิ้ม[4], สิรวัลภ์ เรืองช่วย ตู้ประกาย[5] และพรนิภา บริบูรณ์สุขศรี[6]**

**Thamonpat Niyom[1], Mongkol Ratcha[2], Seree Tuprakay[3], Nannapasorn Inyim[4], Sirawan Ruangchuay Tuprakay[5] and Phonnipha Boriboonsuksri[6]**

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของพนักงานบรรจุสินค้าออนไลน์ก่อนและหลังการปรับปรุงสถานีงานและเพื่อออกแบบปรับปรุงสถานีงานให้ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ โดยทำการศึกษากับพนักงานบรรจุสินค้าออนไลน์ของบริษัทกระจายสินค้าแห่งหนึ่งจำนวน 4 คน และประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยวิธี REBA (Rapid Entire Body Assessment) วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติ Paired Samples T-Test

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของพนักงานบรรจุสินค้าออนไลน์ก่อนปรับปรุงสถานีงานมีความเสี่ยงสูงมาก (ค่าเฉลี่ย 12.25±1.71) จึงทำการปรับปรุงสถานีงานโดยการติดตั้งตัวปรับระดับความสูงของโต๊ะที่สามารถปรับระดับได้และปรับปรุงท่าทางการทำงานให้เป็นไปตามหลักการยศาสตร์ ผลการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ภายหลังการปรับปรุงดังกล่าว มีความเสี่ยงปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 5.25±0.50) แสดงให้เห็นว่า ระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของพนักงานบรรจุสินค้าภายหลังการปรับปรุงสถานีงานร่วมกับการปรับปรุงท่าทางการทำงานมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p-value<0.05)

**คำสำคัญ:** การปรับปรุงสถานีงาน, ท่าทางการทำงาน, การยศาสตร์

**Abstract**

This study was quasi experiment aimed to assess ergonomic risk levels of product packing workers before and after work station renovation and to design ergonomic work station improvement. The participants for the study were 4 online product packing employees from a distribution company, and the ergonomics risk assessment was performed by REBA (Rapid Entire Body Assessment). Descriptive statistical data was analyzed using Mean and standard deviation and inferential statistics using Paired Samples T-Test statistics.

In the findings, before improving their work stations, the average ergonomic risk of the online product packing employees was very high risk (12.25±1.71). Therefore, the improvement of their work stations was conducted by installing table height adjusters which can be adjusted and improve the working posture according to ergonomic principles. After the improvement, the average ergonomics risk was medium risk (5.25±0.50). The results showed

[1] นักศึกษาหลักสูตรวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Corresponding author Email: mongkol.r@ru.ac.th

[3] รองศาสตราจารย์ ประจำคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[4] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[5] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

[6] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์

that the ergonomic risks of the product packing workers after improving their work stations and working postures had a significant reduction. (p-value<0.05)

**Keywords:** Improving work station, Work posture, Ergonomics

**บทนำ**

อุตสาหกรรมซื้อมาขายไป (Trading and Distribution) เป็นหนึ่งในธุรกิจที่สำคัญในประเทศไทย โดยเฉพาะคลังสินค้าที่พบได้ทั่วไปทุกภูมิภาค ซึ่งลักษณะงานทั่วไปของพนักงานทำหน้าที่ในการยกเคลื่อนย้ายสินค้าจากรถขนส่งเข้าไปจัดเก็บและตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นจะทำการบรรจุตามคำสั่งซื้อผ่านช่องทางออนไลน์ อย่างไรก็ตามพบว่าลักษณะท่าทางการทำงานมีความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในระดับสูงที่พบได้แก่ กลุ่มพนักงานบรรจุสินค้าออนไลน์ ผลกระทบสุขภาพจากการทำงานพบว่าพนักงานมีอาการปวดหัวเข่า หลังส่วนล่าง สะโพกและต้นขา[1]

ประเทศไทยพบโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานสูงสุดเป็นอันดับแรก โดยเฉลี่ยปี 2561–2565 คิดเป็นร้อยละ 1.13 ต่อปี[2] และในการศึกษาของต่างประเทศพบว่า งานในคลังสินค้า มีลักษณะงานที่ต้องใช้การยกการดึง หรือการผลักซึ่งจะทำให้เกิดท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมและเป็นสาเหตุของการเกิดความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก[3] การเคลื่อนไหว ทั้งการนั่ง เดิน ยืน หรือนอน กระดูกสันหลังที่เป็นแกนกลางของร่างกายทำหน้าที่รับน้ำหนักอยู่ตลอดเวลา ซึ่งท่าทางการทำงานแบบยืนก้มตัวและยกของทำให้กระดูกสันหลังจะต้องรับน้ำหนักถึง 220% โดยท่าทางที่ไม่ถูกต้อง กระดูกสันหลังจะทำงานหนักมากขึ้น จนอาจก่อให้เกิดอาการปวดหลังตามมา[4]

ดังนั้น หากหลักการของการยศาสตร์ไม่ได้รับความสำคัญจากองค์กรหรือสถานที่ทำงาน อาจส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการนั้นเกิดความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เรียกว่า MSDs (Musculoskeletal Disorders) ที่ส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่ออ่อน (กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และเส้นประสาท) และข้อต่อ และถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดโรคเรื้อรัง จนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันได้[5] ซึ่งกลุ่มอาการของโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานที่พบบ่อยในวัยทำงาน คือ อาการปวดหลังระดับล่าง (Low back pain) การอักเสบของเส้นเอ็นกล้ามเนื้อ (Tendinitis) และ กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด (Myofascial pain syndrome)[6] การบาดเจ็บโครงร่างกล้ามเนื้อที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงานทำให้แรงงานมีอาการเจ็บปวด ความสามารถในการทำงานลดลงและต้องหยุดงานในที่สุด ส่งผลกระทบต่อองค์กรทำให้สูญเสียกำลังการผลิต สูญเสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการจัดหาพนักงานทดแทน[7]

ในงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย การจัดการเกี่ยวกับปัญหาด้านการยศาสตร์เริ่มต้นจากการการชี้บ่งอันตรายและประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ โดยผลการประเมินความเสี่ยงที่ชัดเจนจะต้องเลือกใช้เครื่องมือการประเมินด้านการยศาสตร์ที่เหมาะสมเพื่อหาแนวทางในการลดความเสี่ยง[8] ขั้นตอนต่อมาคือการหาวิธีในการจัดการลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์โดยทั่วไปคือการปรับปรุงสถานีงาน เช่น การออกแบบโต๊ะทำงานในกลุ่มแรงงานทำไม้กวาดดอกหญ้าที่ต้องนั่งทำงานกับพื้นทำให้ต้องมีการเอนตัวไปข้างหน้า การก้มคอ การหมุนบิดข้อมือ เมื่อมีการปรับปรุงสถานีงานใหม่โดยจัดให้มีเก้าอี้และโต๊ะที่เหมาะสมทำให้ลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ลงได้[9] และการปรับปรุงท่าการทำงานให้เหมาะสม เช่น การปรับปรุงท่าทางการทำงานของพนักงานซ่อมชิ้นส่วนรถยนต์[10] เป็นต้น

การลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของพนักงานทำได้โดยการปรับปรุงโต๊ะทำงานให้มีความสูงในระดับความสูงของข้อศอกเฉลี่ยของพนักงานที่ยืนทำงานเพื่อลดการก้ม เงย และลดการออกแรงยกด้วยมือ[11,12]

อุตสาหกรรมการบรรจุสินค้าเป็นหนึ่งในบริษัทที่พบพนักงานมีความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในระดับสูงและพนักงานมีปัญหาด้านสุขภาพด้านระบบ

กล้ามเนื้อและกระดูก(MSDs) ที่เกิดจากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม[1]

ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับพนักงาน จึงมีความสนใจในการศึกษาเรื่องของการเคลื่อนไหวของร่างกายขณะยกหรือการเคลื่อนย้ายสิ่งของ เพื่อประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ด้วยเทคนิค REBA[13] รวมทั้งปรับปรุงสถานีงานที่มีความเสี่ยงทางการยศาสตร์เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บของโครงสร้างกระดูกและระบบกล้ามเนื้อของพนักงานได้

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ก่อนและหลังการปรับปรุงสถานีงาน
2. เพื่อปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงานให้ถูกตามหลักการยศาสตร์

**รูปแบบงานวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของพนักงานบรรจุสินค้าออนไลน์ก่อนและหลังการปรับปรุงสถานีงานและเพื่อออกแบบปรับปรุงสถานีงานให้ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์

**การพิทักษ์สิทธิ์**

โครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง เลขที่โครงการ อว 0601.24/1479 วันที่ 17 ตุลาคม 2566

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ พนักงานบรรจุสินค้าออนไลน์ จำนวน 9 คน เป็นกลุ่มประชากรทั้งหมดในแผนก โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือรับการรักษาอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

แบบประเมินการยศาตร์ด้วยวิธี REBA (Rapid Entire Body Assessment)[13] มีการประเมินเป็น 2 กลุ่มหลักคือ กลุ่ม A ประกอบด้วย การประเมินคอ ลำตัว และขา และกลุ่ม B ประกอบด้วยการประเมินส่วนแขนและข้อมือ โดยทำการประเมินทั้งหมด 6 ขั้นตอน ขั้นตอนการประเมินด้วยเทคนิค REBA ในส่วนขั้นตอนที่ 6 ขั้นตอนสุดท้ายนั้นจะเป็นการนำค่าคะแนนความรุนแรงรวมทั้งหมดจากขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 5 มาประเมินความเสี่ยง โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และแปลผลความเสี่ยงเป็น 5 ความเสี่ยงตามคะแนนรวม คือ

คะแนน 1 หมายถึง ความเสี่ยงน้อยมาก

คะแนน 2-3 หมายถึง ความเสี่ยงน้อย ยังต้องมีการปรับปรุง

คะแนน 4-7 หมายถึง ความเสี่ยงปานกลาง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและควรได้รับการปรับปรุง

คะแนน 8-10 หมายถึง ความเสี่ยงสูง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและควรรีบปรับปรุง

คะแนน >11 หมายถึง ความเสี่ยงสูงมาก ควรรีบปรับปรุงทันที

**วิธีดำเนินการวิจัย**

1. ประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์โดยใช้วิธีการประเมินทั้งร่างกายแบบรวดเร็ว (REBA) ก่อนปรับปรุงสถานีงาน[13]
2. การออกแบบปรับปรุงสถานีงานโดยเลือกจากงานที่มีความเสี่ยงทางการยศาสตร์สูงสุด[1] ติดตั้งตัวปรับระดับความสูงของโต๊ะ เพื่อปรับให้เข้ากับสรีระของพนักงานที่ปฏิบัติงาน
3. การอบรมด้านการยศาสตร์ในการทำงานเพื่อปรับปรุงท่าทางการทำงานของพนักงานและติดตามผล สังเกตลักษณะท่าทางการทำงานของพนักงานเป็นระยะเวลา 3 เดือน
4. ประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์โดยใช้วิธีการประเมินทั้งร่างกายแบบรวดเร็ว (REBA) หลังปรับปรุงสถานีงาน[13]

5. เปรียบเทียบผลก่อนและหลังในการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์โดยใช้วิธีการประเมินทั้งร่างกายแบบรวดเร็ว (REBA)

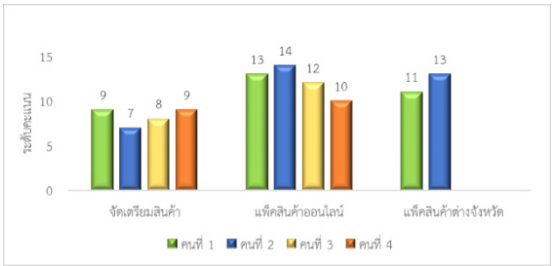
**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive statistics) โดยใช้ค่าสถิติร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย(Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Paired Samples T-Test

**ผลการศึกษา**

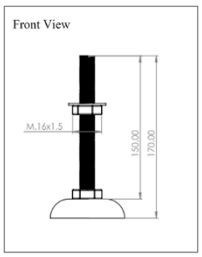
**ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ (ก่อนปรับปรุงสถานีงาน)** ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ (ก่อนปรับปรุงสถานีงาน) ผลการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยวิธี REBA (ก่อนปรับปรุงสถานีงาน) พบว่า ระดับความเสี่ยงของพนักงาน ร้อยละ 50 มีค่ามากกว่า 11 แสดงว่า มีความเสี่ยงสูงมาก เมื่อพิจารณารายบุคคล พบว่า มีค่าคะแนนตั้งแต่ 7 – 14 คะแนน และเมื่อพิจารณาแต่ละสถานีงาน พบว่า สถานีงานบรรจุสินค้าออนไลน์ มีระดับความเสี่ยงสูงสุด ค่าเฉลี่ย 12.50±1.71 คะแนน รองลงมา คือ สถานีงานจัดเตรียมสินค้า ค่าเฉลี่ย 12.00±1.41 คะแนน และสถานีงานบรรจุสินค้าต่างจังหวัด ค่าเฉลี่ย 8.25±0.96 คะแนน ตามลำดับ ดังภาพประกอบ 1



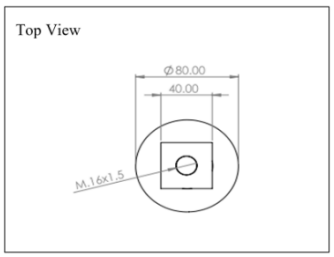

ภาพประกอบ 1 ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ก่อนการปรับปรุงสถานีงาน

**การปรับปรุงสถานีงาน**

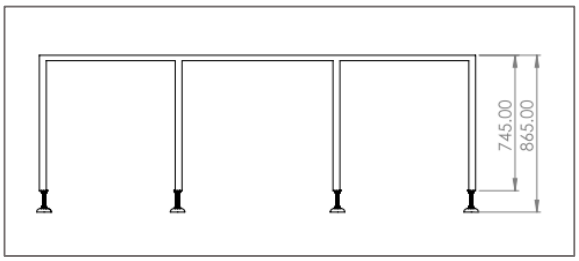
จากผลการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยวิธี REBA ผู้วิจัยพบว่าควรมีการปรับปรุงการทำงานของสถานีงานบรรจุสินค้าออนไลน์ เนื่องจากมีระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์สูงสุด เพื่อให้เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ โดยการติดตั้งตัวปรับระดับความสูงของโต๊ะ ที่สามารถปรับระดับความสูงได้สูงสุด 17 เซนติเมตร โดยพนักงานเลือกใช้ระดับความสูงของโต๊ะที่ 86.5 เซนติเมตรจากเดิม 74.5 เซนติเมตร เพื่อให้เข้ากับสรีระของพนักงานที่ปฏิบัติงานและสามารถทำงานได้อย่างสะดวกสบาย ดังภาพประกอบ 2 และ 3 [11,12]




ภาพประกอบ 2A Front View




ภาพประกอบ 2B Top View




ภาพประกอบ 2 การปรับปรุงสถานีงาน



ภาพประกอบ 3A ก่อนปรับปรุง



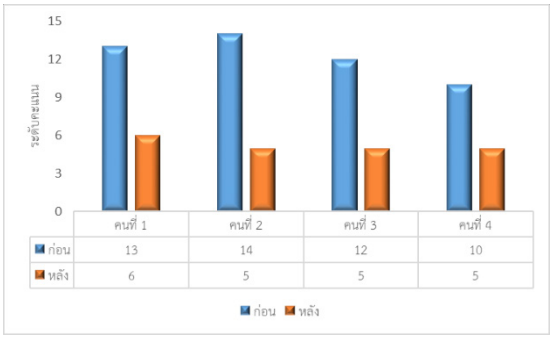
ภาพประกอบ 3B หลังปรับปรุง

ภาพประกอบ 3 สถานีการทำงานก่อนและหลังปรับปรุง

**ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ (หลังปรับปรุงสถานีงาน)**

ผลการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยวิธี REBA หลังปรับปรุงสถานีงาน พบว่า สถานีงานบรรจุสินค้าออนไลน์ มีระดับความเสี่ยงปานกลาง ค่าเฉลี่ย 5.25±0.50 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ก่อนปรับปรุงสถานี

งานและท่าทางการทำงานซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก ดังภาพประกอบ 4




ภาพประกอบ 4 ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ก่อนและหลังปรับปรุงสถานีงาน

**ความแตกต่างของระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ก่อนและหลังปรับปรุงสถานีงาน**

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังปรับปรุงสถานีงาน พบว่า ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ก่อนปรับปรุงสถานีงาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.25±1.708 หลังปรับปรุงสถานีงาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.25±0.5 ซึ่งระดับความเสี่ยงหลังการปรับปรุงสถานีงานมีระดับความเสี่ยงลดลงและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ก่อนและหลังการปรับปรุงสถานีงาน

| ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ | Mean | S.D. | t | df | P-value | 95% CI | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | lower | upper |
| ก่อนปรับปรุงสถานีงาน | 12.25 | 1.708 | 8.573 | 3 | 0.003* | 4.401 | 9.598 |
| หลังปรับปรุงสถานีงาน | 5.25 | 0.5 | | | | | |

หมายเหตุ: P-value มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**สรุปและอภิปรายผล**

จากผลการวิจัยพบว่า การปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงานมีผลทำให้ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังต่อไปนี้

**การปรับปรุงสถานีงาน**

พบว่า ลักษณะของโต๊ะที่พนักงานปฏิบัติงานมีความสูงที่ไม่เหมาะสมกับสรีระร่างกายของพนักงาน ทำให้พนักงานต้องมีการก้ม และการเอี้ยว/เอื้อมตัว ก่อให้เกิดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ที่สูง สอดคล้องกับงานวิจัยของรัชนี จูมจี และคณะ พบว่า ความสูงของโต๊ะที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดความเสี่ยงทางการยศาสตร์[14] หลักการออกแบบโต๊ะทำงาน คือ ติดตั้งตัวปรับระดับความสูงของโต๊ะให้สามารถปรับระดับสูงหรือต่ำได้ เพื่อให้เหมาะสมกับระดับความสูงของพนักงาน ดังนั้นโต๊ะทำงานที่ปรับปรุงใหม่ทำให้ลดความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ ดังนี้ โต๊ะทำงานที่สามารถปรับระดับได้ ทำให้พนักงานลดการก้ม การเอี้ยว/เอื้อมตัว ส่งผลให้ลดความเสี่ยงของโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อคอ นอกจากนั้นยังส่งผลในการลดความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของกล้ามเนื้อแขนส่วนบนและส่วนล่าง เนื่องจากความสูงของโต๊ะทำให้ลดการยกสิ่งของในผู้ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณลักษณ์ แสงโสดา และคณะ พบว่า การปรับปรุงสถานีงานที่เหมาะสมจะทำให้ความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ลดลง[15] อย่างไรก็ตาม แรงที่ใช้ในการยกและการจับยึดวัตถุสิ่งของที่บรรจุสินค้ายังคงเดิม ทำให้ระดับความเสี่ยงลดลงในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดในการออกแบบโต๊ะทำงาน ได้แก่ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านงบประมาณ และด้านเทคโนโลยีที่ใช้ในการออกแบบ

**การปรับปรุงท่าทางการทำงาน**

ก่อนการปรับปรุงท่าทางการทำงาน พบว่าพนักงานปฏิบัติงานด้วยท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ที่สูง ได้แก่ การยืนทำงานเป็นระยะเวลานาน การยืนโดยทิ้งน้ำหนักไปที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง การก้มมากกว่า

20 องศา การเอี้ยว/เอื้อมตัวแบบฝืนธรรมชาติที่มากกว่า 60 องศา และการงอของข้อมือที่มากกว่า 15 องศา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Meisam Moradi et al พบว่า ท่าทางการทำงานที่ฝืนธรรมชาติเหล่านี้ก่อให้เกิดการเมื่อยล้าและการบาดเจ็บของโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ[16] ดังนั้น จึงต้องปรับปรุงท่าทางการทำงานของพนักงานบรรจุสินค้าออนไลน์ ได้แก่ เพิ่มช่วงเวลาการพัก จากเดิมทำงาน 4 ชม. พัก 1 ครั้ง เปลี่ยนเป็นทำงาน 2 ชม. พัก 1 ครั้ง เพื่อลดความเมื่อยล้าของพนักงานจากการยืนเป็นระยะเวลานาน ปรับท่าทางการยืนทำงานให้ขาอยู่ในระนาบเดียวกันและสมดุล เพื่อลดการรับน้ำหนักของขาข้างใดข้างหนึ่ง ทำการอบรม ชี้แจงพนักงานให้รับทราบเรื่องการก้ม การเอี้ยว/เอื้อมตัวและการใช้ข้อมือแบบฝืนธรรมชาติ จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนคอ ส่วนหลังและส่วนข้อมือ เพื่อให้พนักงานหลีกเลี่ยงการกระทำสิ่งเหล่านี้ในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภลักษณ์ สุวรรณ และสุรชัย สานติสุขรัตน์ พบว่า การปรับปรุงท่าทางการทำงานส่งผลให้ลดระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์[17]

**ข้อเสนอแนะ**

**1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษา**

การประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์นี้เป็นเพียงตัวแทนของกลุ่มพนักงานบรรจุสินค้าออนไลน์ ซึ่งถือเป็นการประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นจากการสังเกตท่าทางการทำงานของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา อื่น ๆ สามารถนำข้อมูลไปปรับปรุง หรือประยุกต์ใช้กับลักษณะงานอื่นได้

การออกแบบสถานีงานเพื่อลดปัญหาด้านการยศาสตร์ของพนักงานบรรจุสินค้าออนไลน์นี้ ควรมีการจัดอุปกรณ์ในการช่วยยก และจัดหาเก้าอี้สำหรับให้พนักงานนั่งพักให้พนักงานเพิ่มเติม เพื่อเป็นการช่วยลดการเมื่อยล้าของพนักงาน

**2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป**

ควรมีการวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยการติดตามผลความเมื่อยล้าและอาการบาดเจ็บของโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ

ควรมีการศึกษาเชิงลึกเพิ่มเติม ในการประเมินระดับอาการบาดเจ็บและความเมื่อยล้าโดยใช้เครื่องมือในการประเมิน เช่น เครื่องวัดคลื่นกล้ามเนื้อและกระแสประสาทด้วยไฟฟ้า EMG

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณอาสาสมัคร อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท สาขาวิชาวิศวกรรมความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

**เอกสารอ้างอิง**

1.ธมนภัทร นิยม, เสรีย์ ตู้ประกาย, นันท์นภัสร อินยิ้ม, มงคล รัชชะ, สิรวัลภ์ เรืองช่วย ตู้ประกาย และพรนิภา บริบูรณ์สุขศรี. การประเมินความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพด้านการยศาสตร์ในกลุ่มพนักงานบรรจุหลอดไฟฟ้า. ใน การประชุมวิชาการระดับชาติราชมงคลสุรินทร์ ครั้งที่ 14 หัวข้อ “วิจัยและนวัตกรรมเพื่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน”; วันที่ 23-24 พฤศจิกายน 2566; มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสุรินทร์; สุรินทร์: มหาวิทยาลัย; 2566. B14-B23.

2.สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. รายงานสถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี 2561 – 2565. [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ 26 พ.ค. 66] เข้าถึงจาก: https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/db6f8f6abcb97a58d67a0d14f2d14a73.pdf.

3.Basahel AM. Investigation of work-related Musculoskeletal Disorders (MSDs) in warehouse workers in Saudi Arabia. Procedia Manufacturing 2015; 3:4643–4649

4.โรงพยาบาลเฉพาะทางกระดูกและข้อ. กระดูกสันหลัง. [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 25 พ.ย. 66] เข้าถึงจาก: https://kdmshospital.com/article/backache/

5.ศรุดา จิรัฐกุลธนา. การยศาสตร์และปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ที่ทำให้เกิด Musculoskeletal Disorders. [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 ธ.ค. 66] เข้าถึงจาก: https://www.ohswa.or.th/17805876/ergonomics-and-workstation-design-series-ep1

6.สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. โรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน.[อินเตอร์เน็ต].2561 [สืบค้นเมื่อ1 ธ.ค. 66] เข้าถึงจาก: https://inenvocc.ddc.moph.go.th/envoccsmart/app/knowledge/detail/3

7.วิทยา อยู่สุข. อาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2552.

8.Ratcha M, Kittijaruwattana J, Tuprakay S, Surach A. A Systematic Review: Using Trends of Ergonomic Risk Assessment Tools. Health Sci J Thai 2023; 5(4):49-58.

9.ขนิษฐา มีวาสนา, พัณณิตา กลมกลาง, กุลภัทร กำแพงใหญ่, วริศรา งิ้วเรือง, ชลนิดา ดุงสูงเนิน, ศิริรัตน์ มีใบลา, อรวรรณ ล้ำเลิศ, ณัฐพิชญ์ รัตนโชติเรืองสุข และเฉลิมสิริ เทพพิทักษ์. การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์และปรับปรุงสถานีงานสำหรับกลุ่มแรงงานทำไม้กวาดดอกหญ้า ตำบลบิง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการยศาสตร์ไทย 2563; 3(2):23-31

10.ศิริพงษ์ หมูคำ, ศรชัย ปอนตา, สุเทพ มหัคคตจิตต์ และ พงศกร สุรินทร์. การประเมินท่าทางการทำงานของผู้ปฏิบัติงานด้านการซ่อม ชิ้นส่วนรถจักรยานยนต์. วิศวกรรมสารเกษมบัณฑิต 2558; 5(1):13-29.

11.Scott Openshaw and Erin Taylor. Ergonomics and Design A Reference Guide. Lowa: Allsteel Inc.; 2006.

12.International Labour Organization. Your health and safety at work ergonomics [Internet]. 2012[cited 2023 May 26]:1-31. Available from; https://www.indevagroup.com/wp-content/uploads/2014/02/Basic_Ergonomics_Principles.pdf

13.Hignett S. and McAtamney L. Rapid entire body assessment (REBA). Applied Ergonomics 2000; 31: 201-205.

14.รัชชี จูมจี, พชร วารินสิทธิกุล, กุลวรรณ โสรัจจ์, ธีรวรรณ บุญโทแสง, อนุวัฒน์ ยินดีสุข, ศศิธร อดิศรเมธากุล และพัฒนศักดิ์ ปทุมวัน. การออกแบบสถานีงานเพื่อลดปัญหาด้านการยศาสตร์สำหรับพนักงานรื้อถอนชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์: กรณีศึกษา บ้านกอก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการยศาสตร์ไทย 2566; 6(1):13-24.

15.วรรณลักษณ์ แสงโสดา, สุดารัตน์ วงศ์วีระเกียรติ และเลิศชัย ระตะนะอาพร. การปรับปรุงสถานีงานเพื่อลดความเมื่อยล้าและการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อสำหรับพนักงานประกอบในอุตสาหกรรมผลิตกล้องวงจรปิด. ใน การประชุมวิชาการระดับชาติมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ครั้งที่ 14: ตามรอยพระยุคลบาท เกษตรศาสตร์กำแพงแสน; วันที่ 7-8 ธันวาคม 2560; นครปฐม: มหาวิทยาลัย; 2560. 612-623.

16.Meisam Moradi, Mohsen Poursadeghiyan, Alireza Khammar, Mahsa Hami, Afshin Darsnj and Hamed Yarmohammadi. (2017). REBA method for the ergonomic risk assessment of auto mechanics postural stress caused by working conditions in Kermanshah (Iran). Annals of Tropical Medicine and Public Health 2017; 10(3):589-594.

17.ศุภลักษณ์ สุวรรณ และสุรชัย สานติสุขรัตน์. การปรับปรุงท่าทางการทำงานของการผลิตโคมล้านนา โดยใช้หลักการยศาสตร์ กรณีศึกษา: กลุ่มสตรีผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.) 2566; 12(1):25-36.

# การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน : กรณีศึกษา 2 ราย เปรียบเทียบ

# nursing care for sepsis patients in the emergency room : comparison of two cases.

(Received: January 2,2024 ; Revised: January 21,2024 ; Accepted: January 25,2024)

**พิไลลักษณ์ นักพิณพาทย์[1] รัชนี หลงสวาสดิ์[1]**
**Pilailak Nakpinpart[1] Ratchanee Longsaward[1]**

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระเลือด โดยทบทวนข้อมูลผู้ป่วยภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม โดย เลือกศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในปี 2566 โดยเป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อการรักษา 1 ราย และผู้ป่วยที่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาล อีก 1 ราย และค้นคว้าความรู้เอกสารทางวิชาการ นำมาวางแผนการดูแลตามกระบวนการพยาบาล และเปรียบเทียบกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ผลการศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 มาตรวจที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการสำคัญ คือ ไข้สูง ไม่พูด ซึมลง และมีแผลกดทับที่ก้นกบ หลัง และแขนข้างขวา แพทย์วินิจฉัย Alteration of Conscious, Pneumonia, Infected Bedsore, R/O Sepsis /AKI ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มาตรวจที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการสำคัญ คือ มีไข้สูง อ่อนเพลีย ซึม กินไม่ได้ มีถ่ายดำ และพบก้อนที่คอ แพทย์วินิจฉัย Sepsis UTI, CA Lymph node ทั้ง 2 รายได้รับการรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษาที่ 1 มีปัญหาคุกคามชีวิตเรื่องสัญญาณชีพและระบบการหายใจล้มเหลว ต้องได้รับยา Vasopressor และใส่ท่อช่วยหายใจ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีปัญหา เรื่อง ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ กินไม่ได้ ซีด เสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ปัญหาทั้ง 2 กรณีศึกษานี้ พยาบาลประเมินและคัดกรองผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ในระยะแรกได้อย่างรวดเร็วให้การรักษาพยาบาลแบบมุ่งเป้าหมายอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงแรก และดูแลเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยจึงปลอดภัยจากภาวะช็อค และภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดอัตรายถึงแก่ชีวิต กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับส่งต่อการรักษาไปโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ภายใน 3 ชั่วโมง กรณีศึกษาที่ 2 พักรักษาในหอผู้ป่วยใน 5 วัน จำหน่ายกลับบ้านได้

**คำสำคัญ:** การพยาบาล, ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This study was case study aimed to compare the nursing care of patients facing a sepsis shock situation. Two patients with a sepsis shock situation and being treated at Amphawa Hospital, Samutsongkram, during the year 2023 were selected for the analysis. One of them is a referral patient and another one is a direct admission patient. The nursing care practice was based on the research, which was being searched and specifically planned for the treatment of each patient.

The result revealed that case 1 was admitted to the emergency unit with fever, lethargy, and bedsores on the coccyx, back, and right arm. The doctor diagnosed case 1 as the Alteration of Conscious, Pneumonia, Infected Bedsore, R/O Sepsis /AKI. Meanwhile, case 2, was admitted with fever, lethargy, unpalatable, melena, and a neck tumor was noticed. The doctor diagnosed case 2 as Sepsis UTI, CA Lymph node. Both cases were treated by the nursing care practice for a sepsis patient. However, case 1 faced life-threatening vital signs and breath failure, hence, the vasopressor drug and endotracheal tube were needed. Case 2 faced a urinary tract infection, unpalatable, paleness, loss of water and mineral balance, with acute kidney failure. These problems from both cases were immediately evaluated by the nurses and treated within an hour, followed by intensive care until the patient was safe from the sepsis and

[1] โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

complications. Case 1 was referred to Somdetpraputhalertla Hospital within 3 hours, and Case 2 was admitted to Amphawa Hospital for 5 days before returning home.

**Keywords: Nursing care, Sepsis shock**

**บทนำ**

การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตมาก ถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั่วโลก สถิติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิต 1 ใน 5 อันดับโรคของปี พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 โดยเสียชีวิตร้อยละ 43.38, 37.47 และ 37 ตามลำดับ[1] จากสถิติของโรงพยาบาลอัมพวา พบผู้ป่วยมาด้วยการติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2562 – 2566 จำนวน 36, 18, 37
33 และ35 ราย ตามลำดับ และมีการเสียชีวิตด้วยการติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2562 – 2566 จำนวนร้อยละ 11.11, 16.67, 5.41, 3.03 และ 5.71 ตามลำดับ[2]

การติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งตามระดับความรุนแรงเพื่อให้ง่ายต่อการประเมินและการรักษา เป็น 4 ระยะ ได้แก่ (1) systemic inflammatory response syndrome (SIRS) เป็นกระบวนการอักเสบ (systemic inflammation) ที่ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อ ต้องมีอาการทางคลินิกอย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ 1) อุณหภูมิร่างกาย > 38°C หรือ < 36°C 2) อัตราการเต้นของหัวใจ > 90 ครั้ง/นาที 3) อัตราการหายใจ > 20 ครั้ง/นาที หรือ PaCO2 < 32 mmHg และ 4) เม็ดเลือดขาว > 12,000 หรือ < 4,000 cell/mm3 หรือมี immature form > ร้อยละ 10 (2) Sepsis คือ ภาวะ SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปร่วมกับมี อาการหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย (3) Severe sepsis คือ ผู้ป่วย sepsis ที่เกิดภาวะ hypo perfusion หรือ organs dysfunction โดยที่มีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ และ (4) Septic shock ภาวะ sepsis ที่มี systolic blood pressure < 90 mmHg หรือลดลง > 40 mmHg จากค่าเดิม หรือ Mean Arterial Pressure (MAP) < 70 mmHg2 โดยที่ได้รับการรักษา ด้วยการให้สารน้ำอย่างเพียงพอแล้ว[3] ผู้ป่วย Sepsis ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย และการรักษาอย่างรวดเร็ว จะทำให้เข้าสู่ภาวะ Septic shock และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30 เนื่องจาก Toxin ของ Bacteria ที่เข้าสู่กระแสเลือด จะทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ ถึงแม้จะให้สารน้ำอย่างเพียงพอ จึงต้องให้ยากลุ่ม Vasopressure เพิ่ม เช่น Norepinephrine ความดันโลหิตที่ต่ำลง ทำให้เกิดการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ (tissue hypoxia) จากภาวะ Hypoperfusion เนื้อเยื่อจะปรับตัวโดยพยายาม ดึงเอาออกซิเจนจากเลือดซึ่งมีน้อยอยู่แล้วออกจากฮีโมโกลบินและพลาสมาให้มากขึ้น หากยังไม่เพียงพอ ร่างกายจะปรับตัวโดยเปลี่ยนไปใช้ anaerobic metabolism แทน ทำให้ระดับของสาร lactate ในเลือดสูงขึ้น นอกจากนั้น Toxin ของ Bacteria ยังทำให้เกิดลิ่มเลือดขนาดเล็กกระจายทั่วไปในหลอดเลือด (DIC) ทำให้เกิด Organ dysfunction เกิดการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว หากอวัยวะล้มเหลวพร้อม ๆ กัน หลายระบบ (Multiple Organ Failure) จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว [3,4]

จากความรู้ที่มีการพัฒนาต่อเนื่อง พบว่า วิธีลดอัตราตาย และภาวะแทรกซ้อน คือ การดูแลระบบไหลเวียนเลือดเพื่อให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอร่วมกับการได้รับยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้ออย่างเหมาะสมและรวดเร็ว หลังเก็บตัวอย่างเลือดส่งเพาะเชื้อ รวมถึงการกำจัดแหล่งติดเชื้อ และการประคับประคอง การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ[3] ซึ่งเวลาเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด[4] ในการคัดกรองวินิจฉัยและการดูแลรักษาเพื่อไม่ให้อวัยวะสำคัญต่างๆ ของร่างกายล้มเหลว (Organ dysfunction) แม้ว่าโรงพยาบาลอัมพวา ได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis ประกอบด้วย 1) การคัดกรองโดยใช้ SOS score 2) การรักอาการติดเชื้อ การกำจัดแหล่งติดเชื้อ และการฟื้นฟูระบบไหลเวียนเลือดอย่างรวดเร็ว 3) การเฝ้า ติดตามการประเมินการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย และการรักษา

ประคับประคองการทำงาน ของอวัยวะต่างๆ และนำสู่การปฏิบัติ แต่ก็ยังคงพบ อัตราตายสูง จากสถิติโรงพยาบาลอัมพวา ข้อมูลการเสียชีวิตด้วยการติดเชื้อในกระแสเลือดปี 2562 – 2566 จำนวนร้อยละ 11.11, 16.67, 5.41, 3.03 และ 5.71 ตามลำดับ[2] จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่า เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ทักษะ ในการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตสู่การปฏิบัติ และพบว่าประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจถึงความรุนแรงของโรค ทำให้มารับการรักษาล่าช้า แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีการพัฒนางานมีช่องทางเร่งด่วน (Sepsis Fast Track) ร่วมกับโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า กำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ขั้นตอนดังนี้ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนเลือดอย่างรวดเร็วร่วมกับการรักษาประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ และ 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การประสานงาน และการเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่อง[5] การกำกับให้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติครบถ้วน ทันเวลา สามารถช่วยให้อัตราตายลดลง พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ในการคัดกรองประเมิน ดูแล เฝ้าระวังต่อเนื่อง ไม่ให้เข้าสู่ภาวะวิกฤติ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการคัดกรอง การประเมิน และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และทันเวลา[6] ผู้ศึกษา เป็นพยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลอำเภอ ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจึงได้เลือกกรณีศึกษา เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเลือกผู้ป่วย 2 รายมาทำกรณีศึกษาเปรียบเทียบเรียนรู้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำมาใช้ปรับปรุงกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งจะส่งผลให้ลดอัตราตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ใน โรงพยาบาลอัมพวาต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระเลือด กรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อเสนอแนวทางการในการดูแลผู้ป่วยภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระเลือด

**วิธีดำเนินการวิจัย:**

1. ทบทวนเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วยภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระเลือด ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลอัมพวา โดยเลือกกรณีศึกษา 2 ราย
2. ศึกษาค้นคว้าภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จากตำรา เอกสารวิชาการ และ งานวิจัย
3. วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยร่วมกับความรู้จากการค้นคว้า นำมาวางแผนตามกระบวนการพยาบาล เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

ผู้ศึกษาได้อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการศึกษา รายละเอียดในการศึกษา ประโยชน์ที่ได้รับของการศึกษา ความสมัครใจของกรณีศึกษาซึ่งสามารถปฏิเสธในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาและการพยาบาลตามปกติและได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

**ผลการศึกษา**

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 81 ปี อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล คือ ไข้สูง ไม่พูด ซึมลง 1 ชั่วโมง จึงมาโรงพยาบาล แรกรับ T 38.1℃, P 103 /min, RR 16 /min, BP 78/48 mmHg, $O_2$ sat 90% ผู้ป่วยเรียกไม่ค่อยรู้ตัว ประเมิน GCS = 7 ($E_1V_2M_4$) pupil 3 min BE RTL On ET Tube No 7 | ผู้ป่วยหญิงไทยวัยชรา อายุ 85 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ มีไข้สูงอ่อนเพลีย ซึมมาก 1 ช.ม.ประวัติการเจ็บป่วย 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล. กินไม่ได้ เรียกไม่ตอบ ถ่ายดำวันละ 1 ครั้ง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง วันนี้มีไข้ และซึมมาก ญาติจึงพามา โรงพยาบาล มีโรคประจำตัว HT, DLP และ CA Neck |

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| mark 21, SOS=8 แพทย์ตรวจร่างกาย พบ แผลกดทับที่ก้นกบ หลัง และ แขนซ้าย เกรด 3 ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4.3 และ2 cms. Breath sound wheezing, CXR No infiltration Dx. Alteration of Conscious, Pneumonia, Infected Bedsore, R/O Sepsis /AKI มีโรคประจำตัว เป็น Thyroid และHT Lactate = 5.4 ATK neg, On IV,0.9% Nacl 1000 cc. IV load 500 cc then drip 80cc/hr. เจาะเลือด H/C 2 specimens, CBC, BUN/Cr., Elyte ให้ยา Ceftriaxone 2 gm Start Levophed (4:250) V 5cc/hr. titrate ทีละ 3cc/hr. Keep mAP≥ 65 mmHg, Retained NG tube, Retained F/C ไม่มีปัสสาวะออก ผล Lab แรกรับที่ผิดปกติ คือ Hemoglobin 4.2 g/dL Hct. 12.2% PLT 69,000 cell/mm3 Neu. 84 cell/mm3 RBC Morphology abnormal, BUN 33.4 mg/dl, Cr 1.35 mg/dl, K 2.22 mmol/L เพิ่มการรักษา คือ KCL 30 cc NG feeding ทำ EKG 12 Lead Tachycardia หลังรับไว้ 2 ชั่วโมง GCS = 7T ($E_3V_TM_4$) pupil 3 min BE RTL On ET BP 104/50 mmHg/ 94 /min RR 24 /min. $O_2$ sat 99% ผู้ป่วยยังซึมหลับเรียกพยายามลืมตา ได้ 0.9% Nacl IV ครบ 1000 cc then 80 cc/hr. Levophed (4:250) V 5cc/hr. เริ่มมี Urine from Foley cath. สีเหลืองเข้มมีตะกอน ประมาณ 10 cc. รับไว้ 3 ชั่วโมง ส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า RR 18 /min P 76 /min BP 116/77 mmHg, O2 sat 99% Dx. Infected bedsore / Septic shock / AKI<br>**การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจแรกรับ**<br>ลักษณะทั่วไป หญิงไทยวัยชรา อายุ 81 ปี ผิวขาวเหลือง รูปร่างเล็ก ซึมหลับ สัญญาณชีพ T 38.1°C, P 124 /min, RR 14 /min, BP 78/48 mmHg, $O_2$ sat 90% On $O_2$ mask with bag 10 ลิตร $O_2$ sat 92% DTX 107 mg% On ET Tube No 7 mark 21 Retained F/C ไม่มีปัสสาวะออก ตรวจ Lactate = 5.4 และ ATK neg, On IV,0.9% Nacl 1000 cc. IV load 500 cc then drip 80cc/hr. Levophed (4:250) V 5cc/hr. titrate ทีละ 3cc/hr. Keep mAP≥ 65 mmHg, Retained NG tube, ประเมิน SOS score ได้ 8 คะแนน monitor EKG sinus tachycardia มีโรคประจำตัว คือ Thyroid และHT ปฏิเสธการแพ้ยา หรือสารต่างๆ มีแผลกดทับที่ก้นกบ หลัง และแขนซ้าย เกรด 3 ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4. 3 และ2 cms. Refer โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบ แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม และศัลยกรรม<br>**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจอื่น ๆ**<br>ผลการตรวจเลือด วันที่ 19 เมษายน 2566 พบ Hemoglobin 4.2 g/dL Hct. 12.2% PLT 69,000 cell/$mm^3$ Neu. 84 cell/$mm^3$ RBC Morphology abnormal, BUN 33.4, mg/dl, Cr 1.35 mg/dl, Potassium 2.22 mmol/L, Serum lactate 5.4 mmol/L, ผลการตรวจ Chest X ray ปกติ CXR No infiltration, DDx Pneumonia / Infected bed sore<br>**การวินิจฉัยโรค**<br>Infected bedsore / Septic shock / AKI<br>**การพยาบาล**<br>พบปัญหาผู้ป่วยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่สำคัญในภาวะวิกฤติดังนี้ | (ประวัติ คือ 3 เดือน คลำได้ก้อนที่คอ รักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า และ Plan ส่งตัว CMT+RT ที่ รพศ.ราชบุรี) แรกรับ T 38.7°C, P 128 /min, RR 20 /min, BP 80/60 mmHg, $O_2$ sat 97% ผู้ป่วยเรียกมองตามเสียง ไม่ค่อยพูด DTX=126mg% ประเมิน GCS = 15 ($E_4V_5M_6$) pupil 3 min BE RTL แพทย์ตรวจร่างกาย พบขนาดก้อนที่คอข้างขวา เส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 10 cms. บริเวณ angle of mandible ลงมาถึงคอ ลักษณะเป็น Multinodular mass คือ มีหลายๆ ก้อนรวมกัน ลำคอข้างซ้าย มีก้อนขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 cms. บริเวณ Lymph node Level 5A ลักษณะเป็น Multinodular Surface คือ เป็นก้อนรวมกันมีผิวขรุขระ ตรวจ EKG เป็น sinus tachycardia HR 111/min แพทย์ Dx. Sepsis Source ให้ Admit โรงพยาบาล (7 มิถุนายน 2566) On IV,0.9% Nacl 1000 cc. IV 100 cc/hr. X II เจาะเลือด H/C 2 specimens, Lactate =3.2 ATK neg. ให้ยา Ceftriaxone 2 gm V Stat เจาะเลือดตรวจ CBC, BUN/Cr., Elyte, UA Retained F/C การรักษา คือ ให้รับประทานอาหารอ่อน paracetamol (500) 1-tab oral prn ทุก 4 ชั่วโมง Ceftriaxone 2 gm V OD Simvastatin (20) 1 Tab oral hs, Vit B co 1 tab oral OD Hold ยา Amlodipine, Enalapril ผล Lab แรกรับที่ผิดปกติ คือ Hemoglobin 4.9 g/dL Hct. 15.6% PLT 136,000 cell/mm3 Neu. 75 cell/mm3 Lymphocyte 7 cell/mm3 Monocyte 14 cell/mm3, RBC Morphology abnormal, BUN 14.8, mg/dL, Cr 0.59 mg/dL, Na 134.6 mmol/L, K 2.84 mmol/L, eGFR 84mL/min ผล UA พบ Sp.gr 1.020 Urine protein 2+, Urine Blood4+, RBC 30-50 cell/HPF, WBC 5-10 cell/HPF ผู้ป่วยมี Blood gr. A แพทย์ให้จอง PRC 3 Unit ให้เลย 1 Unit ปรับ rate IV 60 cc/hr. ระหว่างให้เลือด ผู้ป่วยกินไม่ได้ On NG feed BD 300ccx4 feed ให้ยา E.KCL 30 ccx 3 feed มีปัญหาผื่นขึ้นที่หลัง ลำตัว (หลังรับเลือด) ไม่คันได้รับยา CPM 10 mg V Stat. อาการผื่นดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหา/ปรับเปลี่ยนแผนการรักษา พักรักษาในโรงพยาบาลได้ 5 วัน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ (12 มิถุนายน 2566) Dx. ก่อนจำหน่าย Anemia, UTI, CA Lymph node สัญญาณชีพก่อนจำหน่าย T 36°C, P 90 /min, RR 18 /min, BP 100/60 mmHg,<br>**การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจแรกรับ**<br>ผู้ป่วยหญิงไทยวัยชรา อายุ 85 ปี ลักษณะทั่วไป ผิวคล้ำ รูปร่างผอมมาก ซึมหลับ T 38.7°C, P 128 /min, RR 20 /min, BP 80/60 mmHg, $O_2$ sat 97% On O2 Cannula 3 LPM $O_2$ Sat 98% DTX 126 mg% Retained F/C มีปัสสาวะออกสีเหลืองเข้ม ออก 30 cc ตรวจ Lactate = 3.2 , ATK neg. On IV,0.9% Nacl 1000 cc. IV drip 100cc/hr. Retained NG tube, ประเมิน SOS score ได้ 3 คะแนน monitor EkG sinus tachycardia มีประวัติโรคประจำตัว HT DLP และ CA Neck ปฏิเสธการแพ้ยาหรือสารต่างๆ พบก้อนที่คอข้างขวาเส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 10 cms. คอข้างซ้ายมีก้อนขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 cms. ประเมิน PS= 3 คะแนน<br><br>**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจอื่น ๆ**<br>ผลการตรวจเลือด วันที่ 8 มิถุนายน 2566 พบ CBC Hemoglobin 4.9 g/dL Hct. 15.6% PLT 136,000 cell/mm3 Neu. 75 cell/mm3 Lymphocyte 7 cell/mm3 Monocyte 14 cell/mm3, RBC Morphology abnormal, |

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| **วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1**<br>มีภาวะช็อคเนื่องจากหลอดเลือดขยายตัว จากการติดเชื้อในกระแสเลือด<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยไม่ค่อยรู้ตัว ซึมหลับ อุณหภูมิของร่างกาย 38.1℃ หัวใจเต้นเร็ว พบ EKG tachycardia อัตราการเต้นของหัวใจ 124 ครั้ง/นาที RR 14 ครั้ง/นาที BP 78/48 mmHg, MAP 65 mmHg, SOS score 8, Venous lactate 5.4 mmol/L, WBC 7,170 cells/uL, Neutrophil 84 % มีแผลกดทับที่ก้นกบ หลัง และแขนซ้าย เกรด 3 ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4. 3 และ2 cms. แผลมี Slough รอผลเพาะเชื้อจากเลือด 2 ขวด<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค และมีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างเพียงพอ<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>MAP > 65 mmHg, Urine > 0.5 ml/kg/hr., Serum lactate < 2.0 mmol/L ระดับการรู้สึกตัว ปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที EKG sinus rhythm ไข้ลดลง อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส WBC 5,000 - 10,000 cells/uL, Neutrophil 40 - 70 % Capillary refill ไม่เกิน 2 วินาที<br>$O_2$ Sat 96-100% แผลกดทับที่ก้นกบ หลัง และแขนซ้าย ได้รับการดูแลแผลแดงดี ไม่มีเนื้อตาย<br>**กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. วัดความดันโลหิตทุก 15 - 30 นาที monitoring Respiratory EKG $O_2$ saturation อย่างต่อเนื่อง ประเมิน SOS score ทุก 2 - 4 ชั่วโมง ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 1-2 ชั่วโมง ประเมิน Capillary refill เพื่อประเมินผลการรักษา และเฝ้าติดตามภาวะช็อค<br>2. จัดท่าผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ศีรษะต่ำ ยกปลายเท้าสูง เพื่อให้การไหลเวียนเลือดกลับจากอวัยวะส่วนปลายดีขึ้น<br>3. ควบคุมดูแลให้สารน้ำ 0.9 %NSS IV load 500 ml. ใน 30 นาที และ 1,000 ml. ใน 1 ชั่วโมง ต่อด้วย 0.9%NSS 1,000 ml. IV drip 100 ml./hr. เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในหลอดเลือด เพิ่ม Preload ทำให้การบีบตัวของหัวใจดีขึ้น ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีเพิ่มขึ้น<br>4. ให้ยา Levophed 4 mg. ผสมใน 5%D/W 250 ml. IV. Drip 5 ml/hr. โดยปรับเพิ่ม/ลด ครั้งละ 3 ml. Keep MAP ≥ 65 mmHg. เฝ้าระวังอาการแสดงยารั่วออกนอกเส้นเลือด โดยยา Levophed จะมีผล เพิ่ม cardiac out put ถ้ายารั่วออกนอกเส้นเลือดผิวหนังที่ให้จะขาดเลือดมาเลี้ยง มีอาการซีดเย็น เขียวคล้ำ และจะเกิดเนื้อเยื่อตาย<br>5. ประเมิน adequate tissue perfusion บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินผลการรักษาพยาบาล เฝ้าติดตามระวังภาวะแทรกซ้อน ภาวะไตวาย และภาวะน้ำเกิน<br>6. เจาะเลือด และเก็บสิ่งส่งตรวจ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ติดตามรายงานผล เพื่อประเมินผลการรักษา ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในช่วงระหว่าง 144 – 180 mg%<br>7. Wet Dressing แผลกดทับที่ก้นกบ หลัง และแขนซ้าย ด้วย NSS pack ด้วย Silveral cream เพื่อ | BUN 14.8, mg/dL, Cr 0.59 mg/dL, Na 134.6 mmol/L, K 2.84 mmol/L, eGFR 84mL/min/1.7 Lactate = 3.2, ATK neg. ผล UA พบ Sp.gr 1.020 Urine protein 2+, Urine Blood4+, RBC 30-50 cell/HPF, WBC 5-10 cell/HPF Dx. Sepsis Source, (UTI) Repeat ผลการตรวจเลือดอีกครั้งวันที่ 10 มิถุนายน 2566 พบ CBC Hemoglobin 9.8 g/dL Hct 28% PLT 95,000 cell/mm3 Neu. 76 cell/mm3 Lymphocyte 8 cell/mm3 Monocyte 11 cell/mm3, RBC Morphology abnormal, BUN 8.4, mg/dL, Cr 0.45 mg/dL, Na 123 mmol/L, K 3.74 mmol/L ผล UA พบ Sp.gr 1.008 Urine Urine Blood1+, RBC 10-20 cell/HPF, WBC 2-3 cell/HPF<br><br>**การวินิจฉัยโรค**<br>Anemia, Sepsis UTI, CA Lymph node<br>**การพยาบาล**<br>พบปัญหาผู้ป่วยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่สำคัญในภาวะวิกฤติดังนี้<br>**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1**<br>มีภาวะช็อคเนื่องจากหลอดเลือดขยายตัว จากการติดเชื้อในกระแสเลือด<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยมีไข้สูง อ่อนเพลียไม่มีแรง ซึม T 38.7℃, P 128 /min, RR 20 /min, BP 80/60 mmHg, $O_2$ sat 97% SOS score= 3 ตรวจ EKG เป็น sinus tachycardia, Retained F/C มีปัสสาวะสีเหลืองเข้ม มีขุ่นตะกอน ผล UA พบ Sp.gr 1.020 Urine protein 2+, Urine Blood4+, RBC 30-50 cell/HPF, WBC 5-10 cell/HPF (เก็บ UA หลังได้รับยา Ceftriaxone 2 gm V 1 Dose) รอผลเพาะเชื้อจากเลือด 2 ขวด<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค และมีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างเพียงพอ<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ระดับการรู้สึกตัวปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที BP≥120/80 mmHg EKG sinus rhythm ไข้ลดลง T 36.5 - 37.5 ℃ WBC 5,000 - 10,000 cells/uL, Neutrophil 40 - 70 % $O_2$ saturation 96-100% Urine > 0.5 ml/kg/hr., ผลการตรวจ UA ปกติ<br>**กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. วัดความดันโลหิตทุก 2 - 4 นาที monitoring Respiratory ECG $O_2$ saturation อย่างต่อเนื่อง ประเมิน SOS score ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินผลการรักษา และเฝ้าติดตามภาวะช็อค<br>2. จัดท่าให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ศีรษะต่ำ ยกปลายเท้าสูง เพื่อให้การไหลเวียนเลือดกลับจากอวัยวะส่วนปลายดีขึ้น<br>3. ควบคุมดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,000 ml. IV drip 100 ml./hr. เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในหลอดเลือด เพิ่ม Preload ทำให้การบีบตัวของหัวใจดีขึ้น ปริมาณเลือดออกจาก หัวใจต่อนาทีเพิ่มขึ้น<br>4. ประเมิน adequate tissue perfusion บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินผลการรักษาพยาบาล และเฝ้าติดตามระวังภาวะแทรกซ้อน ภาวะไตวาย ภาวะน้ำเกิน |

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| ให้ความชุ่มชื้นกับแผล ป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียเพิ่มขึ้นในบริเวณแผลกดทับ<br>8. ให้ยา Ceftriaxone 2 gm. ผสมใน 0.9 % NSS 100 ml. ทางหลอดเลือดดำทุก 24 ชั่วโมง โดยยา Ceftriaxone จะมีผลให้แบคทีเรียถูกกำจัด มีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการข้างเคียง ผื่นคัน ท้องร่วง หรือคลื่นไส้อาเจียนเล็กน้อยได้<br>**ประเมินผลการพยาบาล**<br>หลังรับไว้ 2 ชั่วโมง BP 104/50 mmHg/ 94 /min RR 24 /min. O2 sat 99% ผู้ป่วยยังซึมหลับเรียกพยายามลืมตา ได้ 0.9% Nacl IV ครบ 1000 cc then 80 cc/hr. Drip Levophed (4:250) IV drip 5cc/hr. เริ่มมี Urine from Foley cath. สีเหลืองเข้มมีตะกอน ประมาณ 10 cc. เวลา 12.00 น.ประสานส่งต่อรักษา Dx. Infected bedsore / Septic shock / AKI เวลา 13.50 น. (19 เมษายน 2566) จำหน่าย Refer โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ผู้ป่วยเรียกลืมตา On ET tube No 7 mark 21 Ambu bag with $O_2$ 10 LPM $O_2$ sat 99% P 76 /min BP 116/77 mmHg, ขณะได้ 0.9% Nacl IV 80 cc/hr. Drip Levophed (4:250) IV drip 5cc/hr.<br>**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2**<br>มีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการไหลเวียนกลับของเลือดลดลง และการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ จากการติดเชื้อทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือด<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยดูอ่อนเพลีย หายใจ 10-14 ครั้ง/นาที มี Shortness of Breath $O_2$ Sat 90 % on oxygen mask with bag flow 10 LPM. Sat เพิ่มเป็น 93 % หัวใจเต้นเร็ว พบ EKG Tachycardia, P 124 ครั้ง/นาที RR 14 ครั้ง/นาที BP78/48 mmHg, ผล CBC พบ Hemoglobin 4.2 g/dL, Hct. 12.2%, K 2.22 mmol/L<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนเพียงพอ<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยตื่นรู้ตัวดี หายใจได้เอง อัตราการหายใจ 12 – 20 ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจปกติ $O_2$ Sat > 95 %, EKG sinus rhythm และ Capillary refill ไม่เกิน 2 นาที Hemoglobin 12-16 g/dL Hct.36-46 %, K 3.5-5.10 mmol/L<br>**กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ประเมินลักษณะการหายใจ ติดตามค่าความดันโลหิต อัตราการหายใจ EKG, $O_2$ saturation อย่างต่อเนื่อง ประเมิน Capillary refill เพื่อเฝ้าระวังภาวะ การหายใจล้มเหลว และติดตามผลการรักษา<br>2. ให้ข้อมูลผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อให้ความร่วมมือ เตรียมอุปกรณ์จัดท่าผู้ป่วยช่วยแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อประคองการหายใจ และลดงานของการหายใจของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ การไหลเวียนเลือด และการหายใจล้มเหลวจากภาวะช็อค<br>3. ฟังเสียงการหายใจ (Breath sound) เพื่อประเมินตำแหน่งที่ถูกต้องของท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยใส่ ET-Tube No 7 mark 21 ดูแลดูดเสมหะให้ | 5. ดูแลเจาะเลือด และเก็บสิ่งส่งตรวจ เจาะเลือด ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดติดตามรายงานผล เพื่อ ประเมินผลการรักษา ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วงระหว่าง 144 – 180 mg%<br>6. ให้ยา Ceftriaxone 2 gm. ผสมใน 0.9 % NSS 100 ml. ทางหลอดเลือดดำทุก 24 ชั่วโมง โดยยา Ceftriaxone จะมีผลให้แบคทีเรียถูกกำจัด มีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการข้างเคียง ผื่นคัน ท้องร่วง หรือคลื่นไส้อาเจียนเล็กน้อยได้<br>**ประเมินผลการพยาบาล**<br>หลังรับไว้นอนในโรงพยาบาล 8 ชั่วโมง T 36.6 ℃ BP 100/60 mmHg/ 96 /min RR 20 /min. $O_2$ sat 98% ผู้ป่วยรู้ตัว หลับปลุกตื่น ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง ได้ 0.9% Nacl IV ครบ 1000 cc เริ่มมี Urine from Foley cath. สีเหลืองเข้มมีตะกอน ประมาณ 70 cc.<br>**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2**<br>มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเสียสมดุลของเลือด และอิเล็กโทรไลต์<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผลการตรวจเลือด (8 มิถุนายน 66) พบว่า CBC มี Hemoglobin 4.9 g/dL, Hct. 15.6%, K 2.84 mmol/Lและ EKG พบ Tachycardia อัตราการเต้นของหัวใจ 100-120 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยมีก้อนที่คอ 2 ข้าง กินได้น้อย ผู้ป่วยมีน้ำหนัก 37 กิโลกรัม<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อให้เกิดความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ และปลอดภัยจากภาวะเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ผลการตรวจเลือดพบ Potassium 3.5-5.1 mmol/L ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไม่สมดุลของ อิเล็กโทรไลต์ และEKG sinus rhythm อัตราการเต้นของชีพจร 60-80 ครั้ง/นาที<br>**กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 2-4 ชั่วโมง monitoring EKG อย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินจังหวะการเต้นของหัวใจ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ<br>2. เฝ้าระวังอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย ตะคริว ท้องอืด และหัวใจเต้นผิดปกติ เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะ Potassium ต่ำ<br>3. ให้ยา Elixir KCL 30 ml. จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันทุก 6 ชั่วโมง และ feed BD 300ccx4 feed ทางสายยางให้อาหาร ตามแผนการรักษา โดยยา Elixir KCL จะถูกดูดซึมทำให้ระดับ Potassium ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น<br>4. บันทึกปริมาณน้ำเข้าออก ทุก 8 ชั่วโมง Record Urine output ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินการสูญเสีย Potassium ออกทางปัสสาวะ<br>**ประเมินผลการพยาบาล**<br>หลังรับไว้ 24 ชั่วโมง T 36.6℃ BP 90-60- 100/60 mmHg, P 76-100/min, RR 16-20 /min. $O_2$ Sat 98% ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง ได้ 0.9% Nacl IV 100 cc/hr, feed BD 300 ccx4 feed ทางสายยางให้อาหารรับได้ทุกมื้อ I=3,180 ml O=970 ml ผลตรวจเลือด (10 มิถุนายน 66) พบ K 3.74 mmol/L ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไม่สมดุลของ อิเล็กโทรไลต์<br>**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** |

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจโล่ง Ambu bag with $O_2$ 10 LPM Keep $O_2$ sat 95-100% เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน<br>6. Retained NG tube และfeed E.KCL 30 cc ตามแผนการรักษา monitor EkG ต่อเนื่อง<br>7. ประสานการส่งต่อรักษาโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า/ส่งเวรปัญหาที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่อง เช่น ภาวะพร่องเลือด โพแทสเซียมต่ำ และแผลกดทับ เป็นต้น<br>**ประเมินผลการพยาบาล**<br>หลังรับไว้ 2 ชั่วโมง BP 104/50 mmHg/ 94 /min RR 24 /min. $O_2$ sat 99% ผู้ป่วยยังซึมหลับเรียกพยายามลืมตา ได้ 0.9% Nacl IV ครบ 1000 cc then 80 cc/hr. Drip Levophed (4:250) IV drip 5cc/hr. ผู้ป่วยเรียกลืมตา On ET tube No 7 mark 21, เสหะสีขาวนวล จำนวนไม่มาก Breath sound Clear both lung, NG tube มี Content เป็นน้ำย่อยปกติ feed E.KCL 30 cc รับได้ไม่อาเจียน จำหน่าย Refer โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เวลา 13.50 น. (19 เมษายน 2566)<br>**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3**<br>มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเสียสมดุลของเลือด และอิเล็กโทรไลต์<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผลการตรวจเลือด พบว่า CBC มี Hemoglobin 4.2 g/dL, Hct. 12.2%, K 2.22 mmol/L<br>และ EKG พบ Tachycardia อัตราการเต้นของหัวใจ 120-130 ครั้ง/นาที<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อให้เกิดความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ และปลอดภัยจากภาวะเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ หลังการส่งต่อรักษาโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ได้รับการแก้ไขเรื่องการพร่องเลือด<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ผลการตรวจเลือดพบ Potassium 3.5-5.1 mmol/L ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไม่สมดุลของ อิเล็กโทรไลต์ และEKG sinus rhythm<br>**กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก ½- 1 ชั่วโมง monitoring EKG อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินจังหวะการเต้นของหัวใจ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ<br>2. เฝ้าระวังอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย ตะคริว ท้องอืด และหัวใจเต้นผิดปกติ เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะ Potassium ต่ำ<br>3. ให้ยา Elixir KCL 30 ml. ทางสายยางให้อาหาร ห่างกันกันทุก 3 ชั่วโมง 2 ครั้ง ตามแผนการรักษา โดยยา Elixir KCL จะถูกดูดซึมทำให้ระดับ Potassium ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น<br>4. ส่งเวรด้วยวาจา เขียนบันทึกทางการพยาบาล ผลการตรวจเลือด การรักษา/ยาที่ให้ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยรวมทั้งสัญญาณชีพปัจจุบัน ก่อน Refer เพื่อให้การดูแลรักษาต่อเนื่อง<br>5. บันทึกปริมาณน้ำเข้าออก ทุก 1-2 ชั่วโมง Record Urine output เพื่อประเมินการสูญเสีย Potassium ออกทางปัสสาวะ<br>**ประเมินผลการพยาบาล** | มีภาวะเสียสมดุลของเลือด และอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากการทำงานของไตบกพร่อง จากการกินอาหารและน้ำได้น้อย<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยสูงอายุ ผลการตรวจเลือด พบ Hemoglobin 4.9 g/dL Hct. 15.6% PLT 136,000 cell/mm3 Neu. 75 cell/mm3 Lymphocyte 7 cell/mm3 Monocyte 14 cell/mm3, RBC Morphology abnormal, BUN 14.8, mg/dL, Cr 0.59 mg/dL, Na 134.6 mmol/L, K 2.84 mmol/L, eGFR 84mL/min ผล UA พบ Sp.gr 1.020 Urine protein 2+, Urine Blood4+, RBC 30-50 cell/HPF, WBC 5-10 cell/HPF ปริมาณน้ำเข้า 3,180 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออก 970 มิลลิลิตร มีประวัติการถ่ายดำ และContent จาก NG Tube มี Coffee ground EKG พบ Tachycardia อัตราการเต้นของหัวใจ 100-120 ครั้ง/นาที<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อให้เกิดความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ และไตกลับมาทำงานตามปกติ<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ผลการตรวจเลือดปกติ พบ BUN 5-20 mg/dL และ Creatinine 0.55-1.02 mg/dL Hemoglobin 12-16 g/dL Hct. 36-45% ปัสสาวะออกมากกว่า 0.50 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ผล Chest X ray ปกติ EKG sinus rhythm และมีความสมดุลของน้ำเข้า และออกจากร่างกาย<br>**กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ให้สารน้ำ 0.9% Nacl Lode IV 100 cc/hr. เพื่อรักษาปริมาณสารน้ำในหลอดเลือด<br>2. จอง PRC 3 Unit ให้เลย 1 Unit then วันละ 1 Unit เพื่อรักษาปริมาณเลือดในระบบไหลเวียน<br>ระหว่างให้ PRC ลด rate IV 60 cc/hr.<br>3. ดูแลให้ยา Lasix 20 mg IV หลังได้รับเลือดหมด และบันทึกปัสสาวะออกใน 1 ชั่วโมง เพื่อประเมิน ปริมาณปัสสาวะออกหลังได้รับยาขับปัสสาวะโดยยา Lasix จะมีผลทำให้ปัสสาวะออกมากขึ้น<br>4. บันทึกจำนวนน้ำเข้า และออก ทุก 8 ชั่วโมง Record Urine Out-put ทุก 2-4 ชั่วโมง<br>5. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมิน Breath sound เพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน<br>6. สังเกตการตึงตัว ความยืดหยุ่น ของผิวหนัง อาการบวมของแขนขาเพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน<br>**ประเมินผลการพยาบาล**<br>หลังให้การพยาบาล 3 วัน การทำงานของไตยังดีขึ้น โดยมีปัสสาวะสีเหลืองใสออกมาจำนวนประมาณ 2,800 cc/24 hr. ปริมาณน้ำเข้า 3,282 มิลลิลิตร T 36 ℃ BP 110/60 mmHg, P 84 /min, RR 20 /min. $O_2$ sat 99% ผู้ป่วยรู้ตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง จำหน่ายกลับบ้านได้ เวลา 12.00 น. (12 มิถุนายน 2566)<br>**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4**<br>ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด และส่วนประกอบของเลือด<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคประจำตัวพบขนาดก้อนที่ลำคอข้างขวา เส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 10 cms. บริเวณ angle of mandible ลงมาถึงคอลักษณะเป็น Multinodular mass คือ มีหลายๆ ก้อนรวมกัน ลำคอข้างซ้ายมีก้อนขนาด |

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| หลังรับไว้ 2-3 ชั่วโมง ก่อนส่งต่อไปรักษา อุณหภูมิของร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส BP 102/60 mmHg/ 80 /min RR 16 /min. $O_2$ sat 98% ผู้ป่วยยังซึมหลับเรียกพยายามลืมตา ได้ 0.9% Nacl IV 80 cc/hr. Drip Levophed (4:250) IV drip 5cc/hr. เรียกลืมตา On ET tube No 7 mark 21 NG tube feed E.KCL 30 cc รับได้ไม่อาเจียน EkG sinus rhythm จำหน่าย Refer โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เวลา 13.50 น. (19 เมษายน 2566) | เส้นผ่าศูนย์กลาง 3 cms. ผลการตรวจเลือด พบ Hemoglobin 4.9 g/dL Hct. 15.6% ขณะได้รับเลือด มีปัญหาผื่นขึ้นที่หลัง และลำตัว ไม่คัน |
| **วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** | **วัตถุประสงค์** |
| มีภาวะเสียสมดุลของเลือด อิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการทำงานของไตบกพร่อง และการได้รับสารน้ำปริมาณมากในการ Resuscitation | ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด และส่วนประกอบของเลือด |
| **ข้อมูลสนับสนุน** | **เกณฑ์การประเมินผล** |
| ผู้ป่วยสูงอายุ ผลการตรวจเลือดพบ BUN 33.4 mg/dL และ Creatinine 1.35 mg/dL ปริมาณน้ำเข้า 2,450 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออก 180 มิลลิลิตร และ EkG พบ Tachycardia อัตราการเต้นของหัวใจ 120-130 ครั้ง/นาที | ผู้ป่วยได้รับเลือดอย่างตามชนิด และปริมาณและอัตราการไหล ตามแผนการรักษา ไม่มี<br>อาการหนาวสั่น ไข้สูง หน้าแดง หายใจขัด หายใจมีเสียงดัง หายใจลำบาก คลื่นไส้อาเจียน |
| **วัตถุประสงค์** | **กิจกรรมการพยาบาล** |
| เพื่อให้เกิดความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ และไตกลับมาทำงานตามปกติ | 1. ตรวจสอบชื่อ-นามสกุล ที่ป้ายข้อมือของผู้ป่วย ทั้งที่รู้สึกตัวดี และผู้ป่วยหมดสติ HN ผู้ป่วยให้ตรง |
| **เกณฑ์การประเมินผล** | กับ sticker ที่ติดหลอดเก็บเลือด แล้วลงชื่อผู้เจาะเลือด วันที่ และ เวลาเจาะที่หลอดเก็บตัวอย่างเลือด |
| ผลการตรวจเลือดพบ BUN 5-20 mg/dL และ Creatinine 0.55-1.02 mg/dL ปัสสาวะออกมากกว่า 0.50 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ผล Chest X ray ปกติ EkG sinus rhythm และมีความสมดุลของน้ำเข้าและออกจากร่างกาย | 2. เมื่อได้เลือดมาจากคลังเลือดพยาบาลตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN ชนิดของเลือด หมู่เลือด<br>ปริมาณเลือดที่ให้ Bag No. ของผู้ให้ และผู้รับให้ตรงกัน ทั้งใบคล้องถุงเลือด ฉลากหน้าถุงเลือด และคำสั่งการรักษาของแพทย์ |
| **กิจกรรมการพยาบาล** | 3. ลงบันทึกการจ่ายเลือดแต่ละชนิดโดยต้องมีพยาบาล 2 คน ตรวจสอบการลงบันทึกการจ่ายเลือดตามเวลาการจ่ายจริง ในแต่ละ Unit แล้วจึงนำเลือดไปให้ผู้ป่วย |
| 1. ให้สารน้ำ 0.9% Nacl Lode 500 cc then IV 80 cc/hr. เพื่อรักษาปริมาณสารน้ำในหลอดเลือด | 4. ถามชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยตอบเอง ตรวจสอบให้ตรงกับใบคล้องเลือด และป้ายข้อมือ<br>ให้ตรงกัน ก่อนให้เลือด ตรวจสอบสัญญาณชีพผู้ป่วย และบันทึก ไว้เป็น baseline |
| 2. บันทึกจำนวนน้ำเข้า และออกทุก 1-2 ชั่วโมง Record Urine Out-put ทุก 1-2 ชั่วโมง | 5. วัด และบันทึกสัญญาณชีพก่อนให้เลือด และหลังให้เลือด 15 นาทีแรก จากนั้น วัดสัญญาณชีพ<br>ทุก 2-4 ชั่วโมง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเมื่อเริ่มให้เลือด เช่น ผู้ป่วยกระสับกระส่าย เจ็บแน่นหน้าอก ปวดหลัง หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง<br>หยุดให้เลือดทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ |
| 3. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมิน Breath sound เพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน | |
| 4. สังเกตการตึงตัว ความยืดหยุ่น ของผิวหนัง อาการบวมของแขนขา เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน | |
| 5. ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ในการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI Bundle) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ | 6. พบผู้ป่วยได้รับเลือดหมด 1 Unit มีปัญหาผื่นขึ้นที่หลัง และลำตัว ไม่คัน รายงานแพทย์ทราบให้ ยา CPM 10 mg IV ตามแผนการรักษา อยู่กับผู้ป่วย ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าสามารถแก้ไขได้ เพื่อลดความกลัว และความวิตกกังวล |
| 6. ส่งเวรด้วยวาจา เขียนบันทึกทางการพยาบาล บันทึกผลการตรวจเลือด การรักษา/ยาที่ให้ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยรวมทั้งสัญญาณชีพปัจจุบัน ให้กับโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เพื่อให้การดูแลรักษาต่อเนื่อง | **ประเมินผลการพยาบาล** |
| **ประเมินผลการพยาบาล** | หลังเลือดหมด มีอาการแพ้เลือด T 37 °C BP 90/60 mmHg, P 84/min, RR 20/min. $O_2$ sat 96% ผู้ป่วยรู้ตัวดี หลังได้ยา CPM 10 mg IV ผื่นยุบลง T 36.7 °C BP 90/60 mmHg, P 78/min, RR 20/min. $O_2$ sat 96% หลังได้เลือด 2 Unit ผลการตรวจเลือด พบ Hemoglobin 9.8 g/dL Hct. 28 % |
| หลังให้การพยาบาล 1-2 ชั่วโมง ภาวะการทำงานของไตยังไม่ดีขึ้น โดยมีปัสสาวะสีเหลืองเข้มมีตะกอน | **วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** |
| ออกมาค้างสาย ประมาณ 20 cc On IV 0.9% Nacl IV 80 cc/hr. Drip Norepinephrine 4:250 IV drip 5cc/hr. อุณหภูมิของร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส BP 104/50 mmHg/ 94 /min RR 24 /min. O2 sat | ผู้ป่วย และญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่คอ ไม่ให้ความร่วมมือกับ |

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| 99% ผู้ป่วยเรียกพยายามลืมตา จำหน่าย Refer โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เวลา 13.50 น. (19 เมษายน 2566)<br>**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5**<br>ผู้ป่วย และญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้ เนื่องจากกลัวอันตรายรุนแรง และขาดข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วย<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วย และญาติวิตกกังวล บุตรสาว สอบถามอาการหลายครั้ง และสอบถามถึงความรุนแรงของโรค<br>วัตถุประสงค์<br>เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติได้รับทราบข้อมูล คลายความวิตกกังวล ได้รับความรู้ และร่วมมือในการรักษา<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ผู้ป่วย และญาติเข้าใจอาการ และแนวทางการรักษาพยาบาล สีหน้าคลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม<br>**กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติทราบถึงอาการ อาการเปลี่ยนแปลง แผนการรักษาพยาบาล ซึ่งจะทำให้เข้าใจอาการ อาการเปลี่ยนแปลง การดูแลรักษาพยาบาล และลดความวิตกกังวล<br>2. แนะนำความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ที่จะส่งผลให้การรักษาพยาบาลดีขึ้น ได้แก่ การไม่ดึง ท่อช่วยหายใจ และสายต่างๆ เช่น สายน้ำเกลือ สาย NG tube และF/C<br>3. ให้การพยาบาล และสัมผัสด้วยความนุ่มนวล พูดคุย ให้กำลังใจ<br>4. แจ้งอาการ อาการเปลี่ยนแปลง ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาเป็นระยะ และเหตุผลความจำเป็นในการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล<br>**ประเมินผลการพยาบาล**<br>ผู้ป่วย และญาติเข้าใจอาการ การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยพอรู้ตัว ร่วมมือในการทำกิจกรรม ญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลมากขึ้น | ผู้การรักษาเนื่องจากมีความเชื่อส่วนบุคคล และขาดข้อมูล/ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วย และญาติวิตกกังวล น้องชาย สอบถามอาการหลายครั้ง และสอบถามถึงความรุนแรงของโรค และให้ข้อมูลตามความเป็นจริงว่า ผู้ป่วยขาดนัดการรักษาโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่คอ (ตรวจพบว่าเป็น CA LN เดือน มีนาคม 2566 รักษาตามอาการในระยะแรกที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า และรพ.ศ ราชบุรี นัดให้การรักษา CMT+RT ในเดือน กันยายน 2566<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติได้รับทราบข้อมูล คลายความวิตกกังวล ได้รับความรู้ และร่วมมือในการรักษา<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอาการ และแนวทางการรักษาพยาบาล สีหน้าคลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม<br>**กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติทราบถึงอาการ อาการเปลี่ยนแปลง แผนการรักษาพยาบาล ซึ่งจะทำให้เข้าใจอาการ อาการเปลี่ยนแปลง การดูแลรักษาพยาบาล และลดความวิตกกังวล<br>2. แนะนำความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ที่จะส่งผลให้การรักษาพยาบาลดีขึ้น ได้แก่ การไปพบแพทย์ตามนัด และเข้าสู่กระบวนการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า และยินยอมให้ส่งตัวไป CMT+RT ที่ รพ.ศ.ราชบุรี ตามแพทย์นัด<br>3. ให้การพยาบาล และสัมผัสด้วยความนุ่มนวล พูดคุย ให้กำลังใจ<br>4. แจ้งอาการ อาการเปลี่ยนแปลง ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาเป็นระยะ และเหตุผลความจำเป็นในการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า และเข้าสู่กระบวนการรักษาที่ รพศ. ราชบุรี เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติลดความกลัว ความวิตกกังวล และร่วมมือกับการรักษา<br>**ประเมินผลการพยาบาล**<br>ผู้ป่วย และญาติยินดีรับฟังการให้ข้อมูลเข้าใจอาการ และแนวทางการรักษาพยาบาล ร่วมมือในการทำกิจกรรม ญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลมากขึ้น |

## อภิปรายผล

จะเห็นว่าทั้ง 2 กรณีศึกษา มีสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 เกิดจากการติดเชื้อแผลกดทับ กรณีศึกษาที่ 2 เกิดจากติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ทั้ง 2 กรณี มีข้อวินิจฉัย สรุปเปรียบเทียบ และอภิปรายผลการพยาบาลในระยะวิกฤติที่คล้ายกัน[6] คือ มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ภาวะพร่องเลือด และเสียสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วย และญาติมีความวิตกกังวลจากโรคที่เป็น แต่ระดับความรุนแรงจากติดเชื้อมีความแตกต่างกัน เนื่องจากทั้ง 2 กรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุ อายุมาก 80 ปีขึ้นไป และบริบทโรงพยาบาลอัมพวาเป็นโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษาที่ 1 สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงไปมาก อยู่ในภาวะคุกคาม ต้องใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต ทางเส้นเลือด ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ มีแผลกดทับซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อ จำเป็นต้องส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด จำเป็นต้องนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยหนักเพื่อใช้เครื่องช่วยหายใจ กรณีศึกษาที่ 2 มีข้อวินิจฉัยพยาบาลที่แตกต่างกัน

กรณีศึกษาที่ 1 คือมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ประวัติกินได้น้อย ถ่ายดำ มีภาวะซีดเรื้อรังจาปัญหามะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่คอ สัญญาณชีพไม่เปลี่ยนแปลงมาก ระดับความรู้สึกตัวดี หลังได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผลการตรวจปัสสาวะผิดปกติชัดเจน ได้ยา Ceftriaxone 2 gm IV OD ผลการตรวจปัสสาวะดีขึ้น แรกรับใส่ NG tube เพื่อให้อาหารทางสายยาง พบ Content เป็น Coffee ground มีภาวะซีด ได้เลือด PRC รวม 2 Unit Hct จาก 15% ขึ้นเป็น 28% feed อาหารทางสายยางรับได้ จำหน่ายกลับบ้านได้ภายใน 5 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยวัยชรา มาโรงพยาบาลด้วย ซึมมาก ไม่รู้ตัว ไข้สูง มีแผลกดทับ ที่ก้นกบ หลัง และแขนขวา Dx. Infected bedsore / Septic shock / AKI ใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับยา

Levophed (4:250) refer รพ.ท สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า วันที่ 19 เมษายน 2566 และจำหน่ายถึงแก่กรรม วันที่ 23 เมษายน 2566 ส่วน กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทยวัยชรา มาโรงพยาบาลด้วย มีไข้สูง อ่อนเพลีย ซึม กินไม่ได้ มีก้อนที่คอ 2 ข้าง Dx. Sepsis Source (UTI) Admitted โรงพยาบาลอัมพวา วันที่ 7 มิถุนายน 2566 จำหน่ายกลับบ้านได้ วันที่ 12 มิถุนายน 2566

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา พบจุดแข็ง คือ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis ครบถ้วน ประกอบด้วย 1. การคัดกรอง โดยใช้ SOS score 2. การใช้ช่องทางเร่งด่วน sepsis fast track 3. การเจาะเลือด และเก็บสิ่งส่งตรวจเพาะเชื้อ การให้ยาปฏิชีวนะที่จำเพาะกับผลเพาะเชื้อ 4. การให้สารน้ำเพื่อฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างเพียงพอ 5. การได้รับการดูแลรักษาได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างใกล้ชิด/การส่งต่อรักษาอย่างรวดเร็ว แต่บริบทโรงพยาบาลชุมชน พบจุดอ่อน คือ การที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว ไม่มีเครื่องช่วยหายใจ ต้องเสียกำลังคนในการบีบ Ambu bag with $O_2$ 10 LPMไม่สามารถทำหัตถการแทงเส้นเลือดดำใหญ่เพื่อให้สารน้ำ และยาบีบหลอดเลือด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงมากต่อภาวะหลอดเลือดอักเสบ เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกินเนื่องจากที่ไม่สามารถวัดประเมิน CVP ได้ ทำได้เพียงการประเมินหลังการให้สารน้ำโดยใช้การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจสัญญาณชีพ อย่างอื่นทดแทน และข้อจำกัดที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อ/ใช้เครื่องช่วยหายใจได้ ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม และศัลยกรรมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง[3]

## เอกสารอ้างอิง

1.สำนักตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุข. รายงานการตรวจราชการ ประจำปี 2562. [อินเตอร์เน็ต]. [2562]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก http://dmsic.moph.go.th/index/ detail/2779

2.ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลอัมพวา พ.ศ. 2562-2566

3.สุณีรัตน คงเสรีวงศ์. Resuscitation in Surgical Sepsis/Septic Shock Patient. ใน: ดุสิต สถาวร, ครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์, สหดล ปุญญถาวร, บรรณาธิการ. ICU Everywhere. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2561. หน้า 87-98

4.ชุติมา จิระนคร. Rapid Detection of Sepsis. ใน: ดุสิต สถาวร, ครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์, สหดล ปุญญถาวร, บรรณาธิการ. ICU Everywhere. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2561.หน้า115-25

5.รัฐภูมิ ชามพูนท. Sepsis Fast track. ใน:ดุสิต สถาวร, ครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์, สหดล ปุญญถาวร, บรรณาธิการ. ICU Everywhere. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2561. หน้า 128-37

6.นนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563; 7:319-29

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ:กรณีศึกษา 2 ราย

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

(Received: January 17,2024 ; Revised: January 29,2024 ; Accepted: February 2,2024)

**เครือวัลย์ โควินทะสุด**[1]
**Krueawan Kovintasud**[1]

**บทคัดย่อ**

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

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

**คำสำคัญ:** โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน, ระยะฟื้นฟูสภาพ, การพยาบาล

**Abstract**

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

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

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลซำสูง จังหวัดขอนแก่น

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

**Keywords:** Ischemic stroke, Rehabilitation, Nursing care

**บทนำ**

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

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

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

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

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

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟู

**รูปแบบและวิธีวิจัย/วิธีดำเนินการศึกษา**

เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย ที่เข้ามารับการรักษาโรงพยาบาลชำสูง ในปี พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟู 2 ราย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชำสูง ในระหว่างเดือน มกราคม - มิถุนายน 2566 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน จากผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทำการสรุป รวบรวม นำสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการ

พยาบาล การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ ทางการพยาบาล โดยเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

**ผลการศึกษา**

**กรณีศึกษาที่ 1** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 69 ปี สถานภาพ หม้าย รับย้ายจากโรงพยาบาลขอนแก่น วินิจฉัย Acute Ischemic stroke (Stroke fast track; S/P rt-PA) เพื่อมาฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน การรักษาที่ได้รับ Ceftriaxone 2 gm. Vien OD, Paracetamol 1 tab oral prn q 4-6 hrs., ASA (81 ( 1 tab oral pc OD, Atrovastatin) 40) 1 tab oral hs, Losec 1 tab oral ac OD, vit B Complex 1 tab oral pc bid, Hadol (0.5) 1 tab oral pc bid, Trazadone (50) 1 tab oral hs, Metformin (500) 1 tab oral pc tid, Glipizide)5 (1 tab oral ac OD, Manidipine (20) 1 tab oral pc OD, Donepezil (10) ½ tab oral hs ปัญหาที่พบคือ แขน ขาด้านซ้ายอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ทานอาหารได้น้อย ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ มีภาวะติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ หลังพักรักษาในโรงพยาบาลได้รับการรักษาและดูแลด้วยการให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่องร่วมกับการได้รับยารับประทาน การฟื้นฟูสภาพจากนักกายภาพบำบัด ร่วมกับแนะนำการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านให้กับญาติและผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยดีขึ้น จึงจำหน่ายกลับบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพต่อ

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

**ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ**

| ประเด็นเปรียบเทียบ | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 | การวิเคราะห์นำสู่การพยาบาล |
|---|---|---|---|
| 1. แบบแผนสุขภาพ | หญิงไทย อายุ 69 ปี ชืมลงแขนขาด้านซ้ายอ่อนแรงเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง | ชายไทยอายุ 79 ปี อ่อนแรงด้านขวา ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1วัน | กรณีศึกษาทั้ง2ราย พบว่ามีอาการของโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน กรณีศึกษาที่1 มาด้วยอาการชืมลง อ่อนแรงด้านซ้าย กรณีศึกษาที่2 แขนขาด้านขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ทั้ง2 รายมีภาวะโรคร่วมกรณีศึกษาที่1 คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัลไซเมอร์ พบปัญหาการหลงลืมในการรับประทานยากรณีศึกษาที่2 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบปัญหาขาดการรับประทานยาต่อเนื่อง |
| 2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง | ผู้ป่วย GCS E3V4M6 pupil 2 mm react to light both eyes, motor power left arm grade 3, left leg grade 3, right arm grade4, right | ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 2 mm react to light both eyes, motor power right arm grade 0, right leg grade 0, left arm grade 4, left leg | กรณีศึกษาทั้ง2ราย พบว่ามีอาการมีพยาธิสภาพต่างกัน<br>กรณีศึกษาที่1 มีอาการชืมลง อ่อนแรงเนื่องจากหลอดเลือดสมองบริเวณ Middle cerebral artery (MCA) ขาดเลือด ซึ่งหลอดเลือดดังกล่าวเป็นหลอด |

**ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ**

| ประเด็นเปรียบเทียบ | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 | การวิเคราะห์นำสู่การพยาบาล |
|---|---|---|---|
| | leg grade 4,สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7°c ชีพจร78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/87มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation=98% | grade 4, dysarthria, right facial palsy, สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียสชีพจร 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/56 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation=98% | เลือดขนาดใหญ่ที่ไปเลี้ยงสมองหลายส่วน ได้แก่ส่วนลึกของเนื้อสมอง บางส่วนของสมอง frontal, parietal และ temporal เมื่อสมองส่วนดังกล่าวขาดเลือดจึงทำให้ในระยะเฉียบพลัน(acute stage) ผู้ป่วยรายที่1มีอาการรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยกรณีที่ 2 ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 มีอาการอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เนื่องจากหลอดเลือดสมองบริเวณ antero superiorpart of left external เป็นหลอดเลือดขนาดเล็ก เมื่อขาดเลือดไปเลี้ยงจึงทำให้การทำหน้าที่ในการเชื่อมต่อเปลือกสมองกับบริเวณเยื่อหุ้มสมองส่วนอื่นๆลดลงโดยเปลือกสมอง ทำหน้าที่ในการควบคุมการเคลื่อนไหว เชื่อมโยงความรู้สึก เมื่อมีการตีบตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงในบริเวณดังกล่าวจึงทำให้การส่งสัญญาณประสาทไป motor cortex,sensory cortex ลดลง ส่งผลต่อการเคลื่อไหวและการพูดลำบาก[5]โดยผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของแขนขาด้านขวา การพูดไม่ชัดในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พยาบาลได้ดูแล ป้องกันและฟื้นฟูอย่างใกล้ชิดซึ่งการดูแลดังกล่าวต้องมีความรู้ และมีทักษะในการประเมินอาการทางระบบประสาทหากมีอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทลดล 1-2 ต้องรีบรายงานแพทย์และเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดรวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น |
| 3. แผนการรักษา | CT Brain: right Middle cerebral artery (MCA) infarction and moderate brain atrophy<br><br>**ยาต่อเนื่อง**<br>-Ceftriaxone 2 gm. Vien OD,<br>-Paracetamol 1 tab oral prnq 4-6 hrs.<br>-ASA (81 (1tab oral pc OD<br>-Atrovastatin) 40) 1 tab oral hs<br>-Losec 1 tab oral ac OD<br>-vit B Complex 1 tab oral pc bid,<br>-Hadol (0.5) 1 tab oral p.c. Bid<br>-Trazadone (50) 1 tab oral hs<br>-Metformin (500) 1 tab oral p.c. tid | CT Brain: small old Infarction at anterosuperior part of left external capsule and moderate brain atrophy<br>**ยาต่อเนื่อง**<br>-ASA (325 (1 tab oral p.c. OD<br>-Atrovastatin) 40) 1 tab oral hs<br>-vit B Complex 1 tab oral p.c. OD<br>-Folic 1 tab oral p.c. OD | กรณีศึกษาทั้ง2 รายมีภาวะสมองขาดเลือดตำแหน่งของสมองแตกต่างกันจึงทำให้มีพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงแต่งกัน<br>**แผนการรักษา**<br>กรณีศึกษาที่1 มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองจึงได้รับยากลุ่มต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือดและยาลดระดับไขมันในเลือด มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจึงได้รับยาฆ่าเชื้อ ผู้ป่วยมีโรคร่วมคือโรคเบาหวาน มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงบางช่วงจึงได้รับยาลดระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงจึงได้รับยาลดความดันนอกจากนี้ผู้ป่วยมีโรคอัลไซเมอร์จึงได้รับยาช่วยป้องกันการทำลายของสารสื่อประสาทในสมอง<br>กรณีศึกษาที่2 มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองจึงได้รับยากลุ่มต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือดและยาลดระดับไขมันในเลือด<br>ซึ่งจากการดูแลพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ช่วงแรกมีปัญหาที่ซับซ้อนมากกว่ากรณีศึกษารายที่ 2 อาจเกิดจากหลายปัจจัยทั้งพยาธิสภาพของโรคโรคร่วม เมื่อให้การดูแลและฟื้นฟูพบว่าผู้ป่วยมี |

**ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ**

| ประเด็นเปรียบเทียบ | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 | การวิเคราะห์นำสู่การพยาบาล |
|---|---|---|---|
| | -Glipizide )5(1tab oral a.c. OD<br>-Manidipine (20) 1 tab oral p.c. OD<br>-Donepezil (10) ½ tab oral hs | | อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ตอบสนองมากขึ้นและสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น |
| 4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล | 1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากสมองขาดเลือด<br>2.มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ<br>3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากระดับโพแทสเซียมในร่างกายต่ำ<br>4.เสี่ยงต่อการภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เนื่องจาก การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ ข้อติด ข้อไหล่เคลื่อน<br>5.เสี่ยงต่อร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย<br>6.เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากมีอาการอ่อนแรงด้านขวาและช่วยเหลือตนเองได้น้อย<br>7.ความทนในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง<br>8. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรลดลง เนื่องจากแขนขาด้านขวาอ่อนแรง<br>9.แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม<br>10.ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้<br>11.เสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากขาดความรู้และขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัว | 1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากสมองขาดเลือด<br>2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากระดับโพแทสเซียมในร่างกายต่ำ<br>3. เสี่ยงต่อการสำลักอาหารเนื่องจากกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืนอ่อนแรงลงจากภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ<br>4. มีภาวะท้องผูกเนื่องจากมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงร่วมกับการได้รับอาหารที่มีกากใยน้อย<br>5. เสี่ยงต่อการภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เนื่องจาก การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ ข้อติด ข้อไหล่เคลื่อน<br>6. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากมีอาการอ่อนแรงด้านขวาและช่วยเหลือตนเองได้น้อย<br>7.ความทนในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง<br>8. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรลดลง เนื่องจากแขนขาด้านขวาอ่อนแรง<br>9.การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากมีภาวะหูตึงและมีพยาธิสภาพที่สมองด้านเด่นที่ทำหน้าที่ควบคุมการพูดและการสื่อสาร<br>10.แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม<br>11.ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้<br>12.บทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากแขนขาด้านซ้ายอ่อนแรงจากหลอดเลือดสมองตีบ | ปัญหาที่พบในกรณีศึกษาทั้ง2ราย มีความแตกต่างกันเนื่องจากพยาธิของโรค ทำให้การดูแลต้องมีความเหมะสมเหมาะสมในแต่ละบุคคล ซึ่งจากการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่าปัญหาทางการพยาบาลได้รับการดูแลและแก้ไขโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนยังคงเหลือเฉพาะปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน เช่น 1.การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อ 1)ป้องกันการหกล้ม 2)การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) ป้องกันข้อติดแข็ง<br>2.การส่งเสริมการเคลื่อนไหว เพื่อ 1) ป้องกันการหกล้ม 2)การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) ป้องกันภาวะท้องผูก<br>3.การฝึกกล้ามเนื้อและการออกเสียงเพื่อส่งเสริมการพูดและการสื่อสาร<br>4. การฝึกการเคี้ยวกลืนเพื่อป้องกันการสำลัก เป็นต้น |

**ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ**

| ประเด็นเปรียบเทียบ | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 | การวิเคราะห์นำสู่การพยาบาล |
|---|---|---|---|
| | | 13.เสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากขาดความรู้และขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัว | |
| 5. ระยะฟื้นฟูสภาพ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง | ผู้ป่วยอาการดีขึ้นกลับบ้านได้ อาการทางระบบประสาทไม่ลดลงจากเดิม GCS E4V5M6 pupil 2 mm react to light both eyes, motor power left arm grade 3, left leg grade3, right arm grade4, rightleg grade 4, Modified Rankin Scale; MRS = 3 คะแนน ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติโดยยึดหลัก D-M-E-T-H-O-D ดังนี้<br>D = Disease : ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคอัลไซเมอร์<br>E = Environment and Economic : แนะนำเกี่ยวกับการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การฟื้นฟูร่างกาย การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเหมาะสมกับสภาวะเศรษฐกิจ ตลอดจนการเตรียมการด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาและดำรงชีวิต<br>T = Treatment :การให้ความรู้เรื่องการรักษาและการดูแลตนเอง เรื่องการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องการติดเชื้อทางเดินหายใจ การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การดูแลการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย<br>H = Health : แนะนำเกี่ยวกับการการดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การนอนหลับ การป้องกันภาวะท้องผูก การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธ์<br>O = Out Patient : แนะนำการมารับการตรวจรักษาตามกำหนดเวลา การดูแลต่อเนื่อง และแหล่งประโยชน์ที่จะให้การช่วยเหลือหากมี | ผู้ป่วยอาการดีขึ้นกลับบ้านได้ อาการทางระบบประสาทไม่ลดลงจากเดิม GCS E4V5M6 pupil 2 mm react to light both eyes,motor power right arm grade 0, right leg grade 0, left arm grade 4 Modified Rankin Scale; MRS = 4 คะแนน ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติโดยยึดหลัก D-M-E-T-H-O-D ดังนี้<br>D = Disease : ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด<br>E = Environment and Economic : แนะนำเกี่ยวกับการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การฟื้นฟูร่างกาย การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเหมาะสมกับสภาวะเศรษฐกิจ ตลอดจนการเตรียมการด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาและดำรงชีวิต<br>T = Treatment :การให้ความรู้เรื่องการรักษาและการดูแลตนเอง เรื่องการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องการติดเชื้อทางเดินหายใจการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การดูแลการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย<br>H = Health : แนะนำเกี่ยวกับการการดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การนอนหลับ การป้องกันภาวะท้องผูก การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธ์<br>O = Out Patient : แนะนำการมารับการตรวจรักษาตามกำหนดเวลา การดูแลต่อเนื่อง และแหล่งประโยชน์ที่จะให้การช่วยเหลือหากมีกรณีฉุกเฉิน เช่น ซึมลง อ่อนแรงมากขึ้น เป็นต้น ผู้ป่วยรายนี้มีนัดติดตาม | การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นมากที่สุดโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด และใกล้เคียงปกติมากที่สุด[1] ซึ่งการฟื้นตัวของแต่ละบุคคลแตกต่างกันโยในระยะเวลา 1-3 เดือนแรกหลังจากเกิดโรคเป็นระยะที่ร่างกายเป็นการฟื้นตัวของระบบประสาทสูงสุดและการฟื้นตัวของการทำหน้าที่เกิดขึ้นสูงสุดระยะนี้เรียกว่า Golden period [6] ดังนั้นผู้ป่วยทั้ง 2 รายจึงยังอาจพบอาการและอาการแสดงที่ที่เกิดจากสมองขาดเลือด เช่น อ่อนแรง พูดไม่ชัด ได้ ในการดูแลระยะนี้ผู้ศึกษาได้มีประเมิน วางแผน ดูแล เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของระบบประสาทและฟื้นฟูการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยยึดหลัก D-M-E-T-H-O-D และวางแผนติดตามเยี่ยมประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามอาการต่อในชุมชน |

**ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ**

| ประเด็นเปรียบเทียบ | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 | การวิเคราะห์นำสู่การพยาบาล |
|---|---|---|---|
| | กรณีฉุกเฉิน เช่น ซึมลง อ่อนแรงมากขึ้น เป็นต้น ผู้ป่วยรายนี้มีนัดติดตามอาการอีกครั้งวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566<br>D = Diet : แนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เหมาะสมกับสภาวะเศรษฐกิจ<br>หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ<br>ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามเยี่ยมอาการในชุมชน | อาการอีกครั้งวันที่ 14 สิงหาคม 2566<br>D = Diet : แนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เหมาะสมกับสภาวะเศรษฐกิจ หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามเยี่ยมอาการในชุมชน | |

**อภิปรายผล**

การศึกษาครั้งนี้มีการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน นำสู่การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โดยผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาที่พบตามพยาธิสภาพของสมองที่ขาดเลือด เช่นอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว กลืนลำบาก เป็นต้น การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งร่างกายอยู่ในระยะที่มีการฟื้นตัวของการทำหน้าที่โดยจะเกิดขึ้นมากที่สุดภายใน 1 เดือนแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และภายในระยะเวลา 1-3 เดือนแรกเป็นระยะที่ร่างกายมีการฟื้นตัวของระบบสูงที่สุด เหมาะสมในการฟื้นฟูสภาพ และส่งเสริมให้เกิดการฟื้นตัว เพื่อลดภาวะทุพพลภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[5] จากการศึกษาพบว่าการฟื้นตัวของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เกิดจากปัจจัยที่แตกต่างกัน โดยปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลายปัจจัย[11] ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุโดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อการฟื้นตัวของร่างกาย เพศ ดัชนีมวลกาย 2) ลักษณะทางคลินิก ได้แก่ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤติ ระยะเวลาของนอนโรงพยาบาล ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ 3) ด้านประวัติครอบครัว 4) ประวัติโรคประจำตัวที่ทำให้การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นสภาพเป็นไปได้ช้า ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 5) ปัจจัยภายนอก บทบาทของทีมสหสาขาวิชีพ พยาบาล ครอบครัว ผู้ดูแล สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและกิจกรรมและเทคโนโลยีที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพ[6] นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยคือ สถานภาพทางด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เคริ์กและคณะที่ศึกษาเกี่ยวกับเศรษฐานะที่ส่งผลเกี่ยวกับการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าเศรษฐานะถือเป็นพื้นฐานเบื้องต้นในการตัดสินใจของผู้ดูแลในการทำสิ่งต่างๆ เกี่ยวกับการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[9] โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การซื้ออาหาร ของใช้ที่จำเป็น ดังนั้นจึงถือว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ถือเป็นอีกปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ซึ่งพบว่ากรณีศึกษารายที่1 มีการฟื้นตัวได้เร็วเนื่องจากปัจจัยด้าน 1) อายุ โดยพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1มีอายุ 69 ปี น้อยกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งอายุ 79 ปี การทำหน้าที่ร่างกาย เช่น ความยืดหยุ่นของหลอดเลือด การไหลเวียนเลือด มีความเสื่อมน้อยกว่า

ผู้ป่วยรายที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Kakkad และRathod ที่ศึกษาพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง[11] 2) การเข้ารับรักษาของผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยราย 1 เมื่อมีอาการจึงรีบเข้ารับการรักษาภายใน 4.5 ชั่วโมงและได้รับยาละลายลิ่มเลือด โดยผู้ป่วยเข้าได้กับเกณฑ์การได้รับยาละลายลิ่มเลือดทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของระบบประสาทได้เร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ รักษ์พงษ์สิริ ที่กล่าวว่าการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในระยะเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมงจะช่วยให้ระบบประสาทมีการฟื้นตัวได้ดีขึ้น[4] กรณีศึกษาที่ 2 เข้ามารับการรักษาหลังมีอาการมากว่า 4.5 ชั่วโมง ดังที่กล่าวจะพบว่าการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย แต่สิ่งสำคัญคือพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในทุกระยะ ต้องมีความเข้าใจทั้งโรค ในแต่ละระยะเพื่อดูแลได้อย่างเหมาะสม การประสานงานกับทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล การประสานงานกับครอบครัวและวางแผนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการการดูแล การให้คำปรึกษา และ การให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะจะทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับดูแลในระยะการฟื้นฟู ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของความพิการ และเหมาะสมแต่ละบุคคล ซึ่งจะช่วยฟื้นตัวของระบบประสาท(Neurological recovery) ลดการเกิดภาวะทุพพลภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

**ข้อเสนอแนะ**

1. การให้ความรู้ในการฟื้นฟูเนื่องจากต้องมีการฟื้นฟูในหลายๆด้านตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยควรเพิ่มสื่อหรือช่องทางอื่นๆให้ผู้ป่วยและญาติได้ดูและจดจำ เช่น วิดิโอการการสอนการให้อาหารทางสายยาง การออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อเพิ่มความมั่นใจและญาติสำหรับผู้ป่วยระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลก่อนกลับบ้าน

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคทั้งผู้ป่วยรายใหม่และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยรายเดิมมีความสำคัญ ดังนั้นควรมีการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน รวมทั้งการรณรงค์การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันในกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

**เอกสารอ้างอิง**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

# The factors related to seeking treatment at the hospital in stroke patients at Uthai Hospital, Phra Nakhon Sri Ayuthaya.

(Received: January 29,2024 ; Revised: February 14,2024 ; Accepted: February 25,2024)

**ปิยอร รัตนจันทร์**[1]
**Piyaaorn Rattanachan**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 วันที่ 20 มกราคม 2567 เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ข้อมูลจากแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้ คือ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่า สถานภาพ อาชีพ ประวัติการเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วย และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับระยะเวลารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($p < .05$) ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติโรคประจำตัว และประวัติของบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันและการช่วยเหลือในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ การเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน และวิธีการเดินทางวิธีการเดินทาง ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ศึกษา

**คำสำคัญ** : โรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลารับการรักษา

**Abstract**

The research aimed to The factors related to seeking Treatment at a hospital in stroke patients. Thirty of acute, The samples group were comprised of 30 acute stroke patients that met the inclusion criteria. The study was conducted from 1st october 2023 to 20th January 2024. Data were collected by questionnaire. The data were analyses using percentage, mean, and standard deviation. The factors related to seeking Treatment at a hospital was Chi-square.

The results revealed the factors were marital status, occupation, history of stroke and perceived severity were found to be statistically significantly related to seeking treatment at the hospital for the acute stroke patients ($p < .05$). The factors were gender, age, level of education, history of underlying diseases, a family history of stroke and assistance in hospitalization, and perceived warning signs weren't related to seeking treatment at the hospital for the acute stroke patients

**Keywords** : Stroke, seeking Treatment at a hospital.

[1] โรงพยาบาลอุทัย อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

**บทนำ**

โรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคที่เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบตันหรือแตก ส่งผลให้สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงและมีเซลล์สมองตาย อาการแสดงที่พบได้บ่อยของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวได้ ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและองค์การอนามัยโลก[13]รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการจากการสำรวจในปี 2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน ในทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) มากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560 - 2563 พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ[2]

จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลอุทัย อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในปีงบประมาณ 2563, 2564 และ2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี จำนวน 93 คน , 78 คน และ 80 คน ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้ผู้ป่วยที่มารับการรักษาภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ และเข้า stroke fast track มีจำนวน 35 คน, 17 คน และ 20 คน รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 37.6, 22.0 และ 25.00 ตามลำดับ ซึ่งพบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาในระยะเวลา 3 ชั่วโมงมีแนวโน้มที่ลดลง[8]จากศึกษาข้อมูลความล่าช้าและการจัดการอาการของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าและการจัดการอาการในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลอุทัย พบว่าญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความตระหนักเกี่ยวกับอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยขณะที่พบอาการของโรคสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเช่น มุมปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาชาหรืออ่อนแรง ญาติไม่ตระหนักว่าอาการเหล่านี้เป็นอาการเตือนของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จึงรอดูอาการก่อนจนเมื่ออาการมีความรุนแรงมากขึ้นจึงพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ทำให้การนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเกิดความล่าช้า

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันมาโรงพยาบาล พบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจมาโรงพยาบาล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ [11] ประวัติโรคประจำตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน[4,7]และการจัดการอาการหรือการตอบสนองต่อโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน[5,12] นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2559 WSO ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยส่วนบุคคลโดยเน้นความตระหนักเกี่ยวกับอาการที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง[1]และในปี พ.ศ. 2561กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งให้ความสำคัญเกี่ยวกับการสร้างความตระหนักให้แก่บุคคล และชุมชนเช่นเดียวกัน (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ในส่วนของปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ วิธีการเดินทางมาโรงพยาบาล ระบบการรักษา และบริการรถฉุกเฉินของโรงพยาบาล[2]และที่มีความสำคัญที่สุด คือ ญาติ หรือบุคคลที่ใกล้ชิด ได้แก่ สามี ภรรยา คู่ครอง บุตร สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงาน เป็นบุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการ เป็นบุคคลสำคัญที่จะนำพาผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลได้ทันตามเวลาในการรักษา ด้วยยา rt-PA[3] จะเห็นได้ว่าทุกปัจจัยมีผลต่อ การตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาที่เร็ว และสถานที่เกิดอาการ ที่ทำงานนอกบ้าน มีผลให้มารับบริการเร็วกว่าอยู่บ้าน การใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service system (EMS)) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เร็วขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะรับผิดชอบงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาแนวทางในการลดปัญหาการมารับบริการล่าช้า พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยาและเพิ่มโอกาสผู้ป่วยในการได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rtPA)

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

**การดำเนินการวิจัย**

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**1. ประชากร** เป็นผู้ป่วยมีอาการโรคหลอดเลือดสมองที่รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือดหรืออุดตัน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

**2. กลุ่มตัวอย่างกลุ่ม** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันและมีระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลอุทัย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุทัย จำนวน 30 ราย ราย ในช่วง 1 ตุลาคม 2566 – 31 มีนาคม 2567 (กรณีจำนวนประชากรยังไม่ครบตามจำนวน 30 คน ผู้ทำวิจัยจะขยายเวลาในการเก็บข้อมูลให้ครบตามจำนวน) มีการเลือก กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีอาการโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน และมีระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลอุทัย
2. เป็นผู้ป่วยเพศชายหรือเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. ต้องมีบุคคลที่ช่วยเหลือผู้ป่วย โดยมีบทบาทในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล
4. ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล สามารถตอบคำถามสื่อสารภาษาไทยได้และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ครบถ้วน
5. ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ผู้วิจัยได้สร้างเองโดยทบทวนจากแบบวิจัย โดยแบ่งเป็นแบบสอบถามได้ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว และประวัติ การเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วย/บุคคลในครอบครัว จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน และการช่วยเหลือในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ลักษณะของอาการเริ่มต้น เวลาที่เกิดอาการ สถานที่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ และญาติหรือผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน ของผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล เป็นแบบประเมินการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog or Graphic rating scale) ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากพัสตราภรณ์ ปัญญาประชุม (2559) โดยมีข้อคำถาม 1 ข้อ ถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของอาการของโรคที่เกิดขึ้นระยะก่อนการมารับการรักษา ตามการรับรู้ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาวเท่ากับ 100 มิลลิเมตร ปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 และมีค่าเท่ากับไว้ว่าไม่รุนแรง ปลายด้านขวาสุด มีค่าคะแนนเท่ากับ100 คะแนน และมีค่าเท่ากับไว้ว่ารุนแรงมากที่สุด

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินการรับรู้การเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน ของผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล โดยประกอบด้วยข้อความจำนวน 8 ข้อ เป็นแบบคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ

**ส่วนที่ 5** แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับระบบเครือข่ายการส่งต่อของโรคหลอดเลือดสมอง ขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการจนเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล เช่น เวลาเริ่มเกิดอาการ/ เวลาที่พบผู้ป่วยปกติครั้งสุดท้าย ระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล ระยะเวลาพบแพทย์ และวิธีการเดินทางมาโรงพยาบาลเริ่มตั้งแต่สถานที่ขณะเกิดอาการครั้งแรกจนมาถึงโรงพยาบาล จำนวน 2 ข้อ เป็นแบบคำถามปลายเปิดให้ตอบคำถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่นำมาสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะ นำมาปรับปรุง แก้ไข เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และการใช้สำนวนภาษาที่ถูกต้อง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน 1 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและโครงสร้าง รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาและครอบคลุมตามเนื้อหาที่ต้องการ โดยพิจารณาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของแบบสอบถามที่ยอมรับได้ไม่น้อยกว่า 0.80 ขึ้นไป จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index : CVI) พบว่าค่าที่คำนวณได้มีค่า เท่ากับ 1 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน และการช่วยเหลือในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

**3.** ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยญาติหรือผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4.ข้อมูลการรับรู้การเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

5.ข้อมูลเกี่ยวกับระบบเครือข่ายการส่งต่อของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

**การพิทักษ์สิทธิ์**

ได้การรับรองผลการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (เอกสารรับรองลำดับที่ 22/2566)

**ผลการวิจัย**

ผลการวิจัย เรื่อง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน สรุปผลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.67 เป็นเพศหญิงจำนวน คิดเป็นร้อยละ 43.33 มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.67 และอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.67 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 40 และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.33 ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 13.33 อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 3.33 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 3.33 และ ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 16.67 เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 63.33 และประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 36.67 โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 23.33 รองลงมา คือ อาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานเอกชน คิดเป็นร้อยละ 3.33 อาชีพค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 3.33 อาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 3.33 และอาชีพอื่นๆ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 3.33 ส่วนใหญ่มีประวัติโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.33 และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 33.33 โรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 30 โรคหัวใจ ร้อยละ 10 และโรคอื่นๆ ที่พบ คือ โรคโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 6.67 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 90 และเคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 10 โดยแพทย์ได้วินิจฉัยครั้งก่อนว่าเป็นภาวะสมองขาดเลือดชั่วขณะและในประวัติไม่ได้การรักษา คิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 90 และมี บุตร หลาน เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 10

2. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างพบได้มากกว่า 1 อาการ ซึ่งอาการสำคัญส่วนใหญ่ที่พบมากที่สุด คือ อาการเวียนศีรษะหรือเดินเซ บ้านหมุนฉับพลัน คิดเป็นร้อยละ 93.33 รองลงมา คืออาการพูดไม่ชัดหรือพูดลำบาก พูดติดๆ ขัดๆ พูดไม่ได้แต่ฟังเข้าใจ, พูดได้แต่ฟังไม่เข้าใจ คิดเป็นร้อยละ 53.33 อาการตามัว / เห็นภาพซ้อน คิดเป็นร้อยละ 40 อาการขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง,ชา คิดเป็นร้อยละ 30 แขนข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง, ชา คิดเป็นร้อยละ 26.67 อาการปากเบี้ยว / มุมปากด้านใดด้านหนึ่งตก หลับตาไม่สนิท หน้าเบี้ยว คิดเป็นร้อยละ 23.33 ปวดศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 23.33 และอาการอื่นๆ ที่พบ ได้แก่ เป็นลม ซึมลง ชักเกร็งเคลื่อนไหวไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 16.67 โดยมีอาการเริ่มต้นส่วนใหญ่มีลักษณะอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป คิดเป็นร้อยละ 76.67 และมีลักษณะอาการแบบทันทีทันใด คิดเป็นร้อยละ 23.33 ช่วงเวลาที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองพบมากที่สุด คือ ตอนบ่าย (12.00-18.00 น.) คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมา คือ ตอนเช้า (6.00-12.00 น.) คิดเป็นร้อยละ 26.67 และตอนกลางคืน (24.00-6.00 น.) คิดเป็นร้อยละ 26.67 และอันดับสาม คือตอนเย็น (18.00-24.00 น.) คิดเป็นร้อยละ 13.33 ส่วนใหญ่เกิดอาการขณะอยู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 93.33 รองลงมา คือ เกิดอาการขณะอยู่ที่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ขณะเกิดอาการผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมา คือ อยู่กับบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 36.67 อยู่กับผู้ร่วม คิดเป็นร้อยละ 3.33 และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 3.33รองลงมา คือ เป็นบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 36.67 ผู้ร่วมงานครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 3.33 และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 3.33 ส่วนใหญ่ขณะเกิดอาการผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาลอุทัยด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 3.33 มีผู้นำส่งขณะเกิดอาการ คิดเป็นร้อยละ 96.67 โดยส่วนใหญ่บุตรเป็นผู้นำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมา คือ ญาติในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 16.67 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 16.67 ภรรยา/สามี คิดเป็นร้อยละ 16.67 และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 3.33

3. ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ช่วยเหลือมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน เฉลี่ย 21.00 (S.D.=19.00) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันในระดับน้อย (0-50 คะแนน) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.33 รองลงมา คือ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองชนิด ขาดเลือดเฉียบพลันระดับมาก (51-100 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 6.67

4. ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ช่วยเหลือมีการรับรู้การเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน เฉลี่ย 5.63 (S.D.=1.38) ส่วนใหญ่มีการรับรู้การเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 73.33 รองลงมา คือ มีการรับรู้การเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองชนิด ขาดเลือดเฉียบพลันระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 26.67

5. ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่า ตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการจนเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลอุทัยเพื่อมารับการรักษาใช้เวลาเฉลี่ย 18 ชั่วโมง (S.D.=13.35) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้า (มากว่า 4.5 ชั่วโมง) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.33 รองลงมา คือ การมารับการรักษาที่ไม่ล่าช้า (0-3 ชั่วโมง) คิดเป็นร้อยละ 6.67 โดยมีการส่งต่อโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเพื่อทำการรักษา คิดเป็นร้อยละ 6.67 โดยผู้ป่วย ส่วนใหญ่เดินทางด้วยรถส่วนตัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.67 รองลงมาคือ รถฉุกเฉินหรือรถพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 20 และอื่นๆ คือ รถมูลนิธิร่วมกตัญญู คิดเป็นร้อยละ 3.33

6. ผลการวิเคราะห์หาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลารับการรักษาที่ล่าช้าของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ด้านอาชีพปัจจุบัน ด้านประวัติการเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วย และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับระยะเวลารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (P < .05)

**อภิปรายผล**

ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพ ด้านอาชีพ ด้านประวัติการเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วย และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับระยะเวลารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (P < .05) แยกอภิปรายผลรายประเด็นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ด้านสถานภาพ อาชีพ และประวัติการเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับระยะเวลารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (P < .05 เนื่องจากข้อมูลส่วนบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด การมีเพื่อนร่วมคิด ร่วมปรึกษา และดูแลกันและกันจะมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัยไตร่ตรองและการตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหา ผู้ป่วยที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ขณะมีบุคคลอื่นอยู่ด้วยจะมารักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน[3] และ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน[12] ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะ เฉียบพลัน พบว่าบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Adjust OR =13.90, p-value= 0.015, 95% CI: 1.65- 114.84) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน(Adjust OR =5.03, P-value= 0.012, 95% CI: 1.43 – 17.67) เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับระยะเวลารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (P < .05) เนื่องจาก ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมี ความเข้าใจ มีความตะหนักในเรื่องอาการของโรคหลอดเลือดสมองว่าจะมีผลกระทบอย่างไร ซึ่ง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเป็นสิ่งรบกวนและคุกคามต่อชีวิตอย่างมาก และอาจทำให้สูญเสียได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีประวัติการเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด ขาดเลือดเฉียบพลันยิ่งอันตรายมากกว่าผู้ป่วยปกติ สอดคล้องกับผลวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน[4] พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยถ้าตัวผู้ป่วยเอง ญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถูกต้องและมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก และ

การเลือกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันลดลง สอดคล้องกับ ศึกษาเรื่องความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน[9] ผลการวิจัยเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ ความตระหนักและรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และมีการจัดการอาการที่ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาได้ทันเวลา สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน[6] ผลการศึกษาพบว่า ประเภทของโรงพยาบาลแม่ข่าย ระบบการสื่อสารการส่งต่อและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน[3] ผลการวิจัยพบว่า การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการและการรับรู้ความสำคัญของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01( r= -.248 , -339 ตามลำดับ)

**ข้อเสนอแนะ**

**1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1.1 ด้านการพยาบาล ควรมีการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเพื่อสร้าง ความตระหนักรู้ให้แก่ประชาชนทั่วไปทั้งในและนอกโรงพยาบาลด้วยการใช้สื่อต่างๆ อาทิเช่น เสียงตามสายของโรงพยาบาล แผ่นพับ โดยมีการประสานงานและขอความร่วมมือกับอาสาสมัครชุมชนเป็นระยะๆ ในการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนได้รับความรู้และมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงการรักษา ซึ่งการเข้าถึงการรักษาสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เกิดความพิการได้

1.2 ด้านระบบบริการสุขภาพ ควรมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือระบบรถพยาบาลฉุกเฉินให้ทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีความสะดวกในการติดต่อเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงระบบบริการทั้งในเขตชุมชนเมืองและชุมชนชนบทในต่างจังหวัด และควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการเป็นระยะๆ โดยผ่านเสียงตามสายของโรงพยาบาล แผ่นพับ

**2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

2.1 ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อในสังกัดหรือภูมิภาคอื่นเพื่อสามารถอ้างอิงผลวิจัยได้และเพื่อขยายให้มีระบบบริการ ขยายความรู้เกี่ยวกับระบบเครือข่ายการส่งต่อให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2559. เข้าถึงได้จาก www.thaincd.com/document/file/info/non.../ ประเด็นสารวันอัมพาต2559.docx
2. เขตบริการสุขภาพที่ 4. (2564). แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง. พระนครศรีอยุธยา : กระทรวงสาธารณสุข.
3. จิณัฐตา คำสารีรักษ์. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

4. ตวงทิพย์ บินไทยสงค์. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. นิศาชล นุ่มมีชัย. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา.
6. พัตราภรณ ปัญญาประชุม .(2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางดวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
7. พิมพร เจริญสุข. (2564). โมเดลสมการโครงสร้างเชิงเหตุผลของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาวิชาสาขาสาธารรณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
8. โรงพยาบาลอุทัย. (2565). แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง. พระนครศรีอยุธยา : กระทรวงสาธารณสุข.
9. วิไลภรณ์ สว่างมงคล. (2563). ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา.
10. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. (2561). แนวทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป (Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke) นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
11. สุภาพร กิติหล้า. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันสิรินธร เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. นนทบุรี :มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
12. เสาวลักษณ์ ไชโย. (2557). ปัจจัยที่ทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
13. World Health Organisation. (2023). Stroke Cerebrovascular accident. [Internet]. [cited 2023 Feb 27]. Available from: http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascularaccident/index.html.

# การพัฒนาเครื่องฉายรังสี UV-C ในคลินิกแพทย์แผนไทยสำหรับลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในวัตถุดิบพืชสมุนไพรที่ใช้ทำยา กรณีศึกษา ขมิ้นชัน

# The Development of UV-C Projection Machine in Thai Traditional Medicine Clinic for Reduction of Microbial Contamination in Medicinal Plant Raw Material: A Case Study of Curcuma longa Linn.

(Received: February 5,2024 ; Revised: February 18,2024 ; Accepted: February 24,2024)

**จักรกฤษณ์ คณารีย์[1]วนิษา ปันฟ้า[1] พรพรรณ มณีวรรณ์[1] ศราวุฒิ ทับช่วยขวา[1] ทวีศักดิ์ หลีแก้วสาย[2]**
**Chakkrit Khanaree, Ph.D.[1] Wanisa Punfa, [1] Pornphun Maneewan[1] Sarawut Thapchuaikhwa[1]**
**Taweesak Leekaewsai[2]**

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เพื่อพัฒนาเครื่องฉายรังสี UV-C ในคลินิกแพทย์แผนไทยสำหรับใช้ในการลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในวัตถุดิบพืชสมุนไพร และตรวจสอบคุณภาพทางยาของวัตถุดิบพืชสมุนไพรภายหลังการฉายรังสี UV-C ในตัวอย่างขมิ้นชัน โดยเริ่มจากศึกษาความรู้เกี่ยวกับรังสี UV-C เพื่อนำมาออกแบบและผลิตเครื่องฉายรังสี UV-C จากนั้นทำการทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องฉายรังสี UV-C ในการลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในขมิ้นชัน ตรวจสอบลายพิมพ์นิ้วมือ (Fingerprint) ด้วยวิธี Thin layer chromatography ตรวจสอบปริมาณสารสำคัญ ได้แก่ ปริมาณสารประกอบฟีนอลิกรวมและสารประกอบฟลาโวนอยด์รวม พร้อมทั้งตรวจสอบฤทธิ์ชีวภาพเบื้องต้น ได้แก่ ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วยวิธี DPPH และ ABTS assay ในขมิ้นชันที่ผ่านการฉายรังสี UV-C เทียบกับขมิ้นชันที่ไม่ผ่านการฉายรังสี UV-C จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับรังสี UV-C ที่มีผลต่อการลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ สามารถออกแบบและผลิตเครื่องฉายรังสี UV-C ในลักษณะตู้ฉายแบบอุโมงค์รูปวงรี ที่ผลิตจากโลหะที่รังสี UV-C ไม่สามารถทะลุทะลวงออกมายังผู้ใช้งานได้ มีระบบควบคุมการปิด-เปิดภายนอกตู้ มีระบบสายพานทำให้วัตถุดิบพืชสมุนไพรสามารถเคลื่อนที่ได้ จึงทำให้รังสี UV-C สามารถสัมผัสกับวัตถุดิบพืชสมุนไพรได้อย่างทั่วถึง ภายในเครื่องฉายรังสี UV-C มีจำนวนหลอด UV-C และ UV dose ที่เพียงพอต่อการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ เมื่อทำการทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องฉายรังสี UV-C พบว่าสามารถลดการปนเปื้อนเชื้อราและเชื้อ *Clostridium* spp. ที่พบในขมิ้นชันได้ นอกจากนี้ยังพบว่าลายพิมพ์นิ้วมือ (Fingerprint) ของขมิ้นชันที่ผ่านและไม่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C ไม่แตกต่างกัน รวมถึงปริมาณสารประกอบฟีนอลิกรวมและสารประกอบฟลาโวนอยด์รวม และฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระไม่แตกต่างกันในขมิ้นชันที่ผ่านและไม่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C ดังนั้นเครื่องฉายรังสี UV-C สามารถลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในขมิ้นชันได้ โดยไม่มีผลต่อคุณภาพทางยาของขมิ้นชัน

**คำสำคัญ:** รังสี UV-C; การปนเปื้อน; เชื้อจุลินทรีย์; วัตถุดิบพืชสมุนไพร; ขมิ้นชัน

## ABSTRACT

This study aimed to develop the UV-C projection machine in Thai traditional medicine clinic for the reduction of microbial contamination in medicinal plant raw materials and to examine the medicinal quality of medicinal plant raw materials after UV-C irradiation: a case study of *Curcuma longa* Linn. Thus, the knowledge of UV-C radiation was studied to design and manufacture a UV-C projection machine for reducing microbial contamination. Then, the UV-C projection machine's disinfection efficiency was examined in *Curcuma longa* Linn. Moreover, the fingerprint by thin layer chromatography, total phenolic contents, total flavonoid contents, and antioxidant capacities by DPPH and ABTS assay were further determined in *Curcuma longa* Linn. after exposure with UV-C radiation compared with non-exposure. After studying the

[1] วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย จังหวัดเชียงราย
[2]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ : วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย จังหวัดเชียงราย

knowledge about UV-C radiation used for the reduction of microbial contamination in raw plant materials, it could be designed and manufactured a UV-C cabinet that has characteristics as follows; in the form of an oval tunnel-type cabinet made from metal that UV-C radiation cannot penetrate the user, there is an on/off switch outside the cabinet, there is a conveyor system that allows the medicinal plant materials to move and UV-C radiation could be contacted with medicinal plant raw materials thoroughly, and there are a sufficient number of UV-C lamps and a UV dose to kill microorganisms inside the UV-C projection machine. The results of the efficiency of the UV-C projection machine found that it could reduce fungi and Clostridium spp. contamination in Curcuma longa Linn. Moreover, Curcuma longa Linn. after exposure to UV-C radiation, had no difference in the TLC fingerprint, total phenolic contents, total flavonoid contents, and antioxidant capacities when compared with non-exposure. Thus, the UV-C projection machine could be the reduction of microbial contamination without affecting the medicinal quality of Curcuma longa Linn.

**Keywords:** UV-C; Contamination; Microbials; Medicinal Plant Raw Material; Curcuma longa Linn.

## บทนำ

พืชสมุนไพรนั้นมีความสำคัญต่อวิชาชีพการแพทย์แผนไทยเนื่องจากแพทย์แผนไทยมีการนำพืชสมุนไพรมาใช้เป็นวัตถุดิบในการปรุงยารักษาโรค โดยก่อนที่จะนำวัตถุดิบพืชสมุนไพรมาใช้ในการปรุงยาต่างๆ จะต้องมีการตรวจสอบถึงคุณภาพทางยาเพื่อให้แน่ใจว่าวัตถุดิบพืชสมุนไพรนั้นมีสารสำคัญทางยา รวมถึงมีการตรวจสอบการปนเปื้อนโลหะหนัก สารเคมีตกค้างและจุลินทรีย์ซึ่งเป็นการตรวจสอบความปลอดภัยให้แก่ผู้บริโภค[1] ดังนั้นการตรวจสอบคุณภาพทางยาและความปลอดภัยของวัตถุดิบพืชสมุนไพรที่ใช้ในการปรุงยาต่างๆ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก แต่ในปัจจุบันเกิดปัญหาการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในวัตถุดิบพืชสมุนไพร โดยมีรายงานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีการตรวจวิเคราะห์วัตถุดิบพืชสมุนไพรจำนวน 94 ตัวอย่าง พบมีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในวัตถุดิบพืชสมุนไพรที่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 44.68[2]

ปัจจุบันมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในวัตถุดิบพืชสมุนไพรโดยการนำวัตถุดิบพืชสมุนไพรมาฉายด้วยรังสีแกมมาที่เป็นคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าพลังงานสูงซึ่งมีความสามารถในการทะลุทะลวงสูง พบว่าสามารถลดปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ที่ก่อให้เกิดโรคได้ แต่มีข้อจำกัดในด้านสถานที่ในการฉายรังสีแกมมาที่มีจำนวนจำกัด ทำให้ใช้เวลาในการรอคิวฉายรังสีที่นาน และมีค่าใช้จ่ายสูง นอกจากนี้การใช้รังสีแกมมาในพืชสมุนไพรยังส่งผลกระทบต่อสารสำคัญประเภทน้ำมันหอมระเหยบางชนิดและในบางประเทศนั้นยังไม่ยอมรับวัตถุดิบพืชสมุนไพรที่ผ่านการฉายรังสีแกมมา[3] อย่างไรก็ตามยังมีรังสีอีกหนึ่งชนิด ที่มีความอันตรายน้อยกว่ารังสีแกมมาและสามารถฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ได้ คือ รังสี UV-C ที่มีระดับความยาวคลื่นเท่ากับ 253.7 nm จะมีประสิทธิภาพสูงสุดในการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ ซึ่งการนำรังสี UV-C มาใช้ในการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์สามารถทำได้ง่าย รวดเร็ว กระบวนการไม่ยุ่งยาก และมีการประยุกต์ใช้ในทางด้านการแพทย์ เช่น การฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ในเครื่องมืออุปกรณ์ผ่าตัด รวมถึงห้องปฏิบัติการทั้งในโรงพยาบาลและในโรงงานอุตสาหกรรม[4] แต่ยังไม่มีการนำรังสี UV-C มาประยุกต์ใช้ในการลดการปนเปื้อนในวัตถุดิบพืชสมุนไพรที่ใช้ทำยา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาเครื่องฉายรังสี UV-C ในคลินิกแพทย์แผนไทยสำหรับใช้ในการลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในวัตถุดิบพืชสมุนไพร โดยรวบรวมความรู้เกี่ยวกับรังสี UV-C ที่มีผลต่อการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ในวัตถุดิบพืชสมุนไพร ได้แก่ กลไกการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ด้วยรังสี UV-C ชนิดของเชื้อจุลินทรีย์ที่มีการกำหนดมาตรฐานด้านการปนเปื้อนในยาสมุนไพรและการใช้รังสี UV-C ความเข้มหรือปริมาณของรังสี UV-C (UV dose) ที่ต้องใช้ในการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ ระยะห่างและระยะเวลาที่เหมาะสมในการฉายรังสี UV-C ความชื้นที่มีผลต่อการทำงานของรังสี UV-C และความสามารถในการทะลุทะลวงของรังสี UV-C จากเอกสาร ตำราและบทความวิจัยต่างๆ จากนั้นทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการนำรังสี UV-C ในการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ในวัตถุดิบพืชสมุนไพร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบและพัฒนาเครื่องฉายรังสี UV-C พร้อมทั้งศึกษาคุณภาพทางยาด้วยการตรวจสอบเอกลักษณ์ (Fingerprint) รวมถึงปริมาณสารสำคัญและฤทธิ์ทางชีวภาพเบื้องต้นของพืชสมุนไพรที่ใช้ทำยาหลังจากการฉายด้วยรังสี UV-C ด้วยเครื่องฉายรังสี UV-C ที่พัฒนาขึ้นมา เพื่อตรวจสอบว่าเครื่องฉายรังสี UV-C ที่พัฒนาขึ้นมาสามารถลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในวัตถุดิบพืชสมุนไพรได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสารสำคัญ

ของพืชสมุนไพรที่จะใช้ทำยา โดยการศึกษานี้ได้คัดเลือกวัตถุดิบพืชสมุนไพรคือ ขมิ้นชัน เป็นกรณีศึกษา เนื่องจากขมิ้นชันจะใช้ส่วนหัวเหง้าทำยา โดยส่วนหัวเหง้าเป็นส่วนที่อยู่ใต้ดิน และภายในดินมักเป็นที่อาศัยอยู่ของเชื้อจุลินทรีย์จำนวนมากจึงทำให้ขมิ้นชันมีโอกาสปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ได้ง่าย นอกจากนี้ขมิ้นชันยังเป็นพืชสมุนไพรที่ถูกนำมาปรุงเป็นยารักษาโรคของแพทย์แผนไทยที่มีการนำมาใช้บ่อยทั้งสมุนไพรเดี่ยวและปรุงเป็นตำรับยา เช่น ยาขมิ้นชัน ยาคุมธาตุ เป็นต้น

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องฉายรังสี UV-C สำหรับใช้ในการลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในวัตถุดิบพืชสมุนไพร

2. เพื่อตรวจสอบคุณภาพทางยาของวัตถุดิบพืชสมุนไพรภายหลังผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C ด้วยเครื่องฉายรังสี UV-C กรณีศึกษา ขมิ้นชัน

## วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เริ่มจากการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) จากแหล่งข้อมูลบทความและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ของการใช้รังสี UV-C ในการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ เพื่อเป็นข้อมูลในการออกแบบและพัฒนาเครื่องฉายรังสี UV-C จากนั้นทำวิจัยเชิงคุณภาพในการทดสอบประสิทธิภาพในการลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในวัตถุดิบพืชสมุนไพรที่ใช้ทำยาของเครื่องฉายรังสี UV-C และเปรียบเทียบลายพิมพ์นิ้วมือ (Fingerprint) ในวัตถุดิบพืชสมุนไพรที่ใช้ทำยาก่อนและหลังการฉายรังสี UV-C พร้อมทั้งทำการวิจัยเชิงปริมาณในการตรวจสอบปริมาณสารสำคัญและฤทธิ์ทางชีวภาพเบื้องต้นในวัตถุดิบพืชสมุนไพรที่ใช้ทำยาเปรียบเทียบก่อนและหลังการฉายรังสี UV-C โดยมีรายละเอียดวิธีการวิจัยดังนี้

**การเตรียมวัตถุดิบพืชสมุนไพร**

การศึกษานี้ได้ใช้ขมิ้นชันเป็นวัตถุดิบพืชสมุนไพรในการทดสอบประสิทธิภาพในการลดการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ของเครื่องฉายรังสี UV-C โดยนำขมิ้นชันมาอบที่อุณหภูมิ 50 °C ด้วยตู้อบสมุนไพรชนิดไฟฟ้าเป็นระยะเวลา 4-5 ชั่วโมง เพื่อลดปริมาณความชื้นในวัตถุดิบพืชสมุนไพร จากนั้นทำการบดขมิ้นชันให้อยู่ในรูปแบบผงละเอียด พร้อมทั้งร่อนผงยาขมิ้นชันด้วยตะแกรงเบอร์ 80 และวัดความชื้นของสมุนไพร[5]

**การทดสอบประสิทธิภาพเครื่องฉายรังสี UV-C ในการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ในขมิ้นชัน**

นำตัวอย่างขมิ้นชันแห้งบดละเอียด จำนวน 10 กรัม มาผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C ที่ระยะเวลา 1, 2, 3, และ 5 ชั่วโมง ด้วยเครื่องฉายรังสี UV-C ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ จากนั้นทำการตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในขมิ้นชันแห้งบดละเอียด ที่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C ที่ระยะเวลา 1, 2, 3, และ 5 ชั่วโมงเปรียบเทียบกับขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ไม่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C ด้วยวิธี Standard plate count โดยการศึกษาครั้งนี้จะใช้อาหารเลี้ยงเชื้อ ได้แก่ Clostridium Agar, Salmonella Shigella Agar, Mannitol Salt Agar, MacConkey Agar และ Potato Dextrose Agar สำหรับการตรวจหาเชื้อ *Clostridium* spp., *Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* (*E.coli*) และเชื้อรา ตามลำดับ โดยนำขมิ้นชันแห้งบดละเอียดจำนวน 1 กรัม มาผสมกับสารละลายฟอสเฟต (Phosphate buffer) จำนวน 9 มิลลิลิตร และผสมให้เข้ากัน รอให้ตกตะกอนและนำมาเจือจางเพื่อให้ได้ความเข้มข้นต่างๆ หยดตัวอย่างจำนวน 0.1 มิลลิลิตร ลงบนอาหารเลี้ยงเชื้อแต่ละชนิด และทำการกระจายเชื้อด้วยวิธี Spread Plate ทำการบ่มเลี้ยงเชื้อที่อุณหภูมิ 35 °C เป็นระยะเวลา 24 ชั่วโมง เมื่อครบเวลาทำการตรวจนับจำนวนโคโลนี (Colony) ของจุลินทรีย์ และคำนวณจำนวนเชื้อจุลินทรีย์[6]

**การศึกษาคุณภาพทางยาของขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C**

นำตัวอย่างขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C ที่ระยะเวลา 1, 2, 3, และ 5 ชั่วโมง ด้วยเครื่องฉายรังสี UV-C และขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ไม่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C มาทำการตรวจสอบลายพิมพ์นิ้วมือ (Fingerprint) ด้วยวิธี Thin layer chromatography (TLC) โดยชั่งขมิ้นชันแห้งบดละเอียดจำนวน 1 กรัม นำมาสกัดด้วย 80% เอทานอล ปริมาตร 5 มิลลิลิตร และนำมาเขย่าประมาณ 10 นาที ด้วยเครื่องเขย่าสาร แล้วแช่ทิ้งไว้ 24 ชั่วโมงที่อุณหภูมิห้อง เมื่อครบเวลาทำการกรองผ่านกระดาษกรอง เพื่อแยกสารสกัดออกจากกากที่เหลือ จากนั้นนำสารสกัดปริมาตร 0.01 มิลลิลิตร มาหยดลงบนแผ่นอลูมิเนียมที่เคลือบด้วย Silica gel ที่ใช้เป็นวัฏภาคคงที่ แล้วนำไปวางในภาชนะปิด (Developing chamber) ที่เตรียมไว้ ที่มีวัฏภาคเคลื่อนที่ โดยมีวัฏภาคเคลื่อนที่ คือ Chloroform: Methanol ในอัตราส่วน 95:5 จากนั้นนำแผ่นอลูมิเนียมที่เคลือบด้วย Silica gel ออกจากภาชนะปิด

(Developing chamber) ทิ้งไว้ให้แห้ง แล้วนำไปตรวจสอบภายใต้แสงธรรมชาติและภายใต้แสงอัตราไวโอเลต (UV) ที่ความยาวคลื่น 254 และ 366 นาโนเมตร[7] พร้อมทั้งตรวจสอบตำแหน่งและสีของแถบสาร เพื่อหาค่าคงที่อัตราไหล (Rate of flow: $R_f$) รวมถึงความเข้มข้นแถบสาร

**การสกัดขมิ้นชันแห้งบดละเอียด**

นำขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C ที่ระยะเวลา 1, 2, 3, และ 5 ชั่วโมง ด้วยเครื่องฉายรังสี UV-C และขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ไม่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C จำนวน 20 กรัม นำมาสกัดด้วย เอทานอล 70% ปริมาตร 200 มิลลิลิตร โดยการปั่นทิ้งไว้ข้ามคืน จากนั้นนำสารสกัดมากรองแยกกากด้วยกระดาษกรองเบอร์ 1 แล้วนำมาระเหยเอทานอลออกด้วย Rotary evaporator ที่อุณหภูมิ 40 องศาเซลเซียส และจึงนำมาทำให้เป็นผงแห้งด้วยเครื่อง Freeze dryer จะได้สารสกัดขมิ้นชันแห้งบดละเอียด[8] จากนั้นนำสารสกัดที่ได้มาวิเคราะห์หาปริมาณสารพฤกษเคมีและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระต่อไป

**การวิเคราะห์ปริมาณสารประกอบฟีนอลิกรวม (Total phenolic content)**

ละลายสารสกัดขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ความเข้มข้นต่างๆ ผสมกับสารละลายโฟลิน-ซิโอแคลทู (10% Folin–Ciocalteu) เขย่าให้เข้ากันและตั้งทิ้งไว้ จากนั้นเติมสารละลายโซเดียมคาร์บอเนต (Sodium carbonate : $Na_2CO_3$) เขย่าให้เข้ากันและตั้งทิ้งไว้ในอุณหภูมิห้องในที่มืด 30 นาที นำสารละลายไปวัดค่าการดูดกลืนแสงด้วยเครื่องสเปกโตรโฟโตมิเตอร์ชนิด Microplate reader ที่ความยาวคลื่น 765 นาโนเมตร โดยใช้น้ำกลั่นเป็นสารละลายอ้างอิง จากนั้นนำค่าที่วัดได้เทียบกับกราฟมาตรฐานกรดแกลลิก โดยแสดงค่าในหน่วย mg Gallic acid equivalent (GAE)/g extract การทดสอบจะทำซ้ำทั้งหมด 3 ครั้ง และหาค่าเฉลี่ย[9]

**การวิเคราะห์ปริมาณสารประกอบฟลาโวนอยด์รวม (Total flavonoid content)**

ละลายสารสกัดขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ความเข้มข้นต่างๆ มาทำการผสมด้วยสารละลาย 5% Sodium nitrite ($NaNO_2$) หลังจากนั้น 5 นาทีเติมสารละลาย 10% Aluminum chloride ($AlCl_3$) และเติม 1M Sodium hydroxide (NaOH) ทิ้งไว้อีก 10 นาที เขย่าให้เข้ากันและนำไปวัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 510 นาโนเมตรด้วยเครื่องสเปกโตรโฟโตมิเตอร์ชนิด Microplate reader จากนั้นนำค่าดูดกลืนแสงที่วัดได้ไปคำนวณหาปริมาณของสารประกอบ ฟลาโวนอยด์รวมเทียบกับกราฟมาตรฐาน Catechin โดยแสดงค่าในหน่วย mg Catechin equivalent (CE)/g extract การทดสอบจะทำซ้ำทั้งหมด 3 ครั้ง และหาค่าเฉลี่ย[10]

**การทดสอบความสามารถในการกำจัดสารอนุมูลอิสระชนิด DPPH ของสารสกัดขมิ้นชันแห้งบดละเอียด**

นำสารสกัดขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ความเข้มข้นต่างๆ จำนวน 20 µL มาทำการผสมกับสารอนุมูลอิสระชนิด DPPH (0.2 mM DPPH) 180 µL ใน 96-well plate ผสมให้เข้ากันและตั้งทิ้งไว้ในที่มืดเป็นเวลา 15 นาทีที่อุณหภูมิห้อง จากนั้นนำไปวัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 517 นาโนเมตรโดยใช้เครื่อง ELISA plate reader โดยใช้เมทานอลเป็นสารละลายอ้างอิงของ Control และใช้เมทานอลผสมกับสารสกัดขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ความเข้มข้นต่างๆ ใช้เป็นสารละลายอ้างอิงของตัวอย่าง การทดสอบจะทำซ้ำทั้งหมด 3 ครั้ง และหาค่าเฉลี่ย พร้อมทั้งหาค่าความสามารถในการกำจัดสารอนุมูลอิสระได้ 50% (50% scavenging inhibition : $SC_{50}$)[11]

**การทดสอบความสามารถในการกำจัดสารอนุมูลอิสระชนิด ABTS ของสารสกัดขมิ้นชันแห้งบดละเอียด**

นำสารสกัดขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ความเข้มข้นต่างๆ จำนวน 10 µL มาทำการผสมกับ สารอนุมูลอิสระชนิด ABTS 990 µl ผสมให้เข้ากันและตั้งทิ้งไว้ในที่มืดเป็นเวลา 6 นาทีที่อุณหภูมิห้อง จากนั้นนำไปวัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 734 นาโนเมตรโดยใช้เครื่องยูวี-วิสิเบิลสเปกโทรโฟโตเมตรี โดยใช้น้ำกลั่นเป็นสารละลายอ้างอิงของ Control และใช้น้ำกลั่นผสมกับนำสารสกัดขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ความเข้มข้นต่างๆ ใช้เป็นสารละลายอ้างอิงของตัวอย่าง การทดสอบจะทำซ้ำทั้งหมด 3 ครั้ง และหาค่าเฉลี่ย พร้อมทั้งหาค่าความสามารถในการกำจัดสารอนุมูลอิสระได้ 50% (50% scavenging inhibition : $SC_{50}$)[11]

**วิธีการประเมินผลทางสถิติ**

การทดลองเชิงปริมาณจะแสดงผลในรูปแบบ Mean ± SD และจะพิจารณาความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p<0.05$) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติจะใช้ One-way ANOVA ด้วยโปรแกรม SPSS Statistics

## ผลการวิจัย

รังสี UV-C เป็นคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าที่มีความยาวคลื่นเท่ากับ 100 - 280 นาโนเมตร โดยเป็นรังสีที่ไม่พบในธรรมชาติ เนื่องจากไม่สามารถผ่านชั้นโอโซนมายังผิวโลก

ได้ ซึ่งรังสี UV-C ที่ความยาวคลื่น 253.7 นาโนเมตร พบว่ามีประสิทธิภาพและความสามารถสูงสุดในการทำลายเชื้อจุลินทรีย์ได้ทั้งในกลุ่มแบคทีเรีย เชื้อรา รวมถึงไวรัส โดยการศึกษาส่วนแรกนี้จะเป็นการศึกษาความรู้เกี่ยวกับรังสี UV-C โดยสามารถสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการนำรังสี UV-C มาประยุกต์ใช้ในการลดการปนเปื้อนในวัตถุดิบพืชสมุนไพรดังต่อไปนี้

1) หลอดรังสี UV-C ที่ใช้ต้องมีค่า UV dose ที่เหมาะสมหรือเพียงพอในการลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์

2) มีระยะเวลาในการฉายที่เหมาะสมสำหรับการลดการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ในวัตถุดิบพืชสมุนไพร เนื่องจากโครงสร้างและความทนทานของเชื้อจุลินทรีย์แต่ละชนิดแตกต่างกัน จึงต้องศึกษาระยะเวลาที่เหมาะสมในการลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์แต่ละชนิด

3) ระยะห่างระหว่างหลอดรังสี UV-C กับวัตถุดิบพืชสมุนไพรต้องไม่เกิน 2 เมตร เนื่องจากหลอดรังสี UV-C จะมีประสิทธิภาพสูงสุดในการปล่อยความเข้มแสงได้ที่ในระยะทางไม่เกิน 2 เมตร หากระยะห่างมากกว่า 2 เมตรขึ้นไป ความเข้มแสงของรังสี UV-C จะลดลงในการทำลายเชื้อจุลินทรีย์ให้ตายจึงต้องมีการเพิ่มระยะเวลาในการฉาย

4) เนื่องจากความชื้นส่งผลประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อจุลินทรีย์ให้ลดลง วัตถุดิบพืชสมุนไพรนั้นต้องมีความชื้นต่ำ เนื่องจากรังสี UV-C จะมีประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อจุลินทรีย์ดีที่สุดในสภาพอากาศที่แห้งหรือความชื้นต่ำ

5) เนื่องด้วยความสามารถในการทะลุทะลวงของของรังสี UV-C ต่ำ จึงมีการเลือกใช้วัตถุดิบสมุนพืชไพรในรูปแบบผงบดละเอียดเพื่อเป็นการเพิ่มพื้นที่ผิวของวัตถุดิบพืชสมุนไพรให้สัมผัสกับรังสี UV-C อย่างทั่วถึง นอกจากนี้จำเป็นต้องมีการออกแบบชั้นวางวัตถุดิบพืชสมุนไพรที่สามารถเคลื่อนที่ได้เพื่อให้วัตถุดิบพืชสมุนไพรไม่เกิดการบดบังกันและเพิ่มโอกาสสัมผัสกับรังสี UV-C ได้อย่างทั่วถึง

**การออกแบบและผลิตเครื่องฉายรังสี UV-C ต้นแบบในระดับห้องปฏิบัติการ**

ผู้วิจัยศึกษารูปแบบของเครื่องฉายรังสี UV-C ที่มีการใช้ในปัจจุบันเพื่อใช้เป็นแนวทางการออกแบบและผลิตเครื่องฉายรังสี UV-C จากเอกสาร ตำราและบทความวิจัยต่างๆ จากนั้นนำความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการนำรังสี UV-C ในการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ในวัตถุดิบพืชสมุนไพรและรูปแบบของเครื่องฉายรังสี UV-C ที่มีการใช้ในปัจจุบันมาออกแบบและทำการผลิตเครื่องฉายรังสี UV-C ต้นแบบในระดับห้องปฏิบัติการ ทางคณะผู้วิจัยได้สรุปลักษณะของเครื่องฉายรังสี UV-C ที่ออกแบบและผลิตโดยมีรายละเอียดดังนี้

1) เป็นเครื่องฉายรังสี UV-C ที่ผลิตจากโลหะที่รังสี UV-C ไม่สามารถทะลุทะลวงออกมายังผู้ใช้งานได้ มีระบบควบคุมการปิด-เปิดแบบการตั้งเวลาภายนอกตู้เพื่อป้องกันรังสี UV-C กระทบต่อผู้ใช้งานจะมีความปลอดภัยต่อผู้ใช้และสิ่งแวดล้อมรอบๆ บริเวณที่ทำการทดลอง

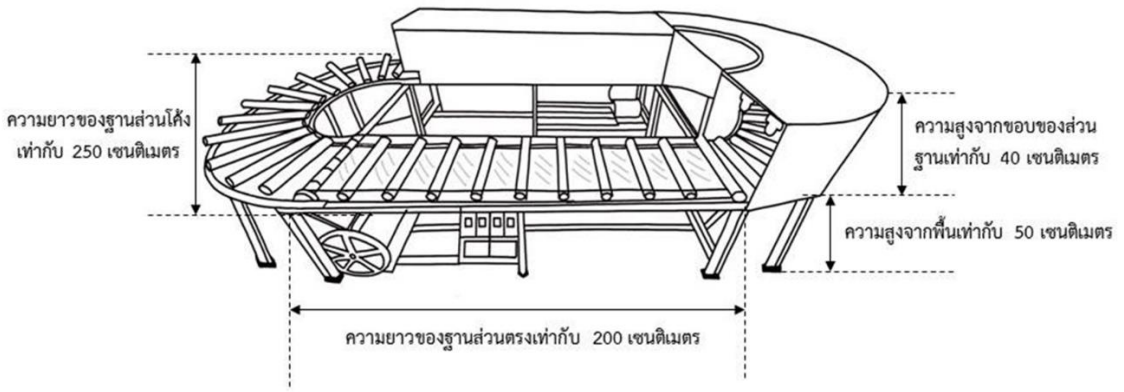
2) เป็นตู้ฉายรังสี UV-C ในลักษณะตู้ฉายแบบอุโมงค์ โดยเครื่องฉายรังสี UV-C จะเป็นรูปวงรี ฐานเครื่องมีความกว้างเท่ากับ 40 เซนติเมตร มีความยาวเส้นรอบวงเท่ากับ 900 เซนติเมตร ฐานเครื่องมีความสูงจากพื้นเท่ากับ 50 เซนติเมตร พร้อมติดตั้งระบบสายพานให้เคลื่อนที่แบบหมุนรอบด้วยลูกกลิ้งลำเลียงโดยใช้มอเตอร์กำลังแบบทดรอบให้เกิดการหมุน โดยสามารถเคลื่อนที่ได้ซึ่งมีความเร็วของการเคลื่อนที่ 1 รอบ เท่ากับ 1 นาที ส่วนโครงครอบแบบอุโมงค์มีความกว้างเท่ากับ 40 เซนติเมตร มีความยาวเส้นรอบวงเท่ากับ 900 เซนติเมตร และมีความสูงจากขอบของส่วนฐานเท่ากับ 40 เซนติเมตร

3) ตู้ฉายรังสี UV-C จะต้องมี UV dose ที่เพียงพอต่อการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์และมีหลอด UV-C ที่สามารถฉายได้ทั่วทิศทางเพื่อให้รังสี UV-C สามารถสัมผัสกับวัตถุดิบพืชสมุนไพรได้อย่างทั่วถึง โดยการผลิตครั้งนี้ได้ทำการติดตั้งหลอด UV-C ในส่วนโครงครอบแบบอุโมงค์จำนวน 24 หลอด แต่ละหลอดมีความยาวคลื่นของรังสี UV-C เท่ากับ 254 นาโนเมตร หลอดละ 36W ทำให้มีความเข้มของรังสี UV-C (UV dose) เท่ากับ 2,280 $W/m^2$

4) เครื่องฉายรังสี UV-C จะมีการออกแบบกลไกให้อนุภาคของวัตถุดิบสมุนไพรมีการเคลื่อนที่เพื่อให้สามารถฉายรังสี UV-C ได้อย่างทั่วถึง

5) ระยะห่างระหว่างหลอด UV-C กับวัตถุดิบพืชสมุนไพรจะต้องไม่เกิน 2 เมตร

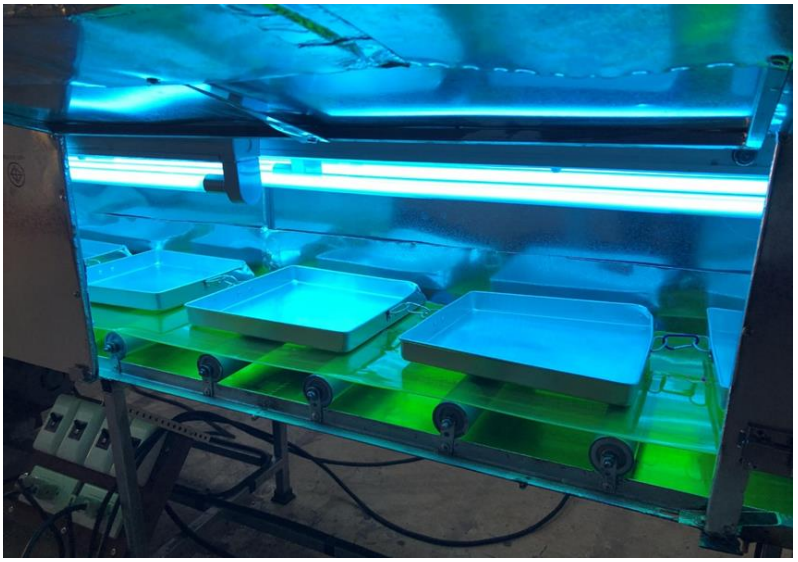
6) สามารถบรรจุวัตถุดิบสมุนไพรในรูปแบบผงละเอียดได้ จำนวน 5-10 กิโลกรัม




**รูปที่ 1** แสดงการออกแบบเครื่องฉายรังสี UV-C ลักษณะตู้ฉายแบบอุโมงค์



**รูปที่ 2** แสดงเครื่องฉายรังสี UV-C ลักษณะตู้ฉายแบบอุโมงค์ที่ทำการผลิตในการศึกษาครั้งนี้

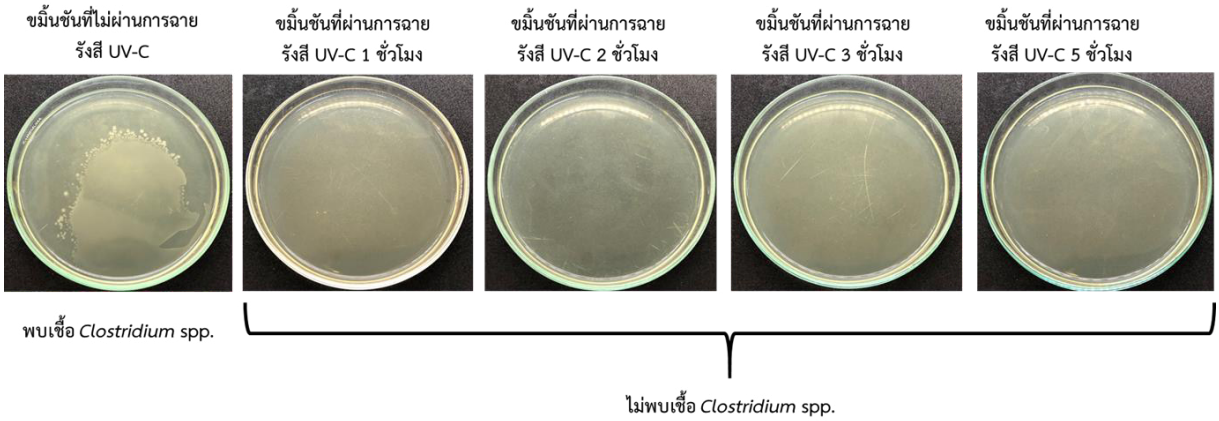


**รูปที่ 3** แสดงเครื่องฉายรังสี UV-C ลักษณะตู้ฉายแบบอุโมงค์ขณะเปิดรังสี UV-C โดยภายในเครื่องฉายรังสี UV-C มีถาดสำหรับใส่วัตถุดิบพืชสมุนไพร

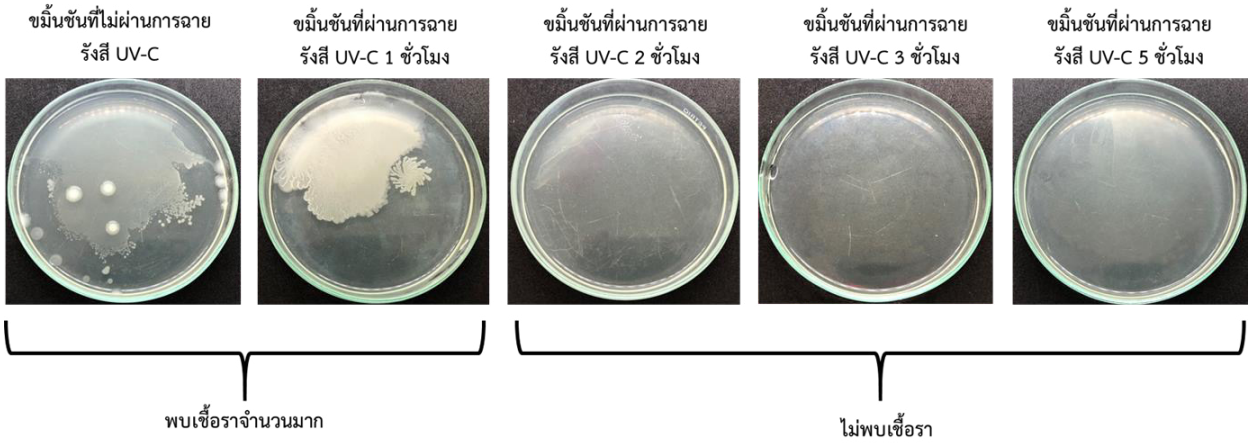
**ประสิทธิภาพของเครื่องฉายรังสี UV-C ในการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ในขมิ้นชันแห้งบดละเอียด**

สำหรับการศึกษานี้ใช้ขมิ้นชันเป็นตัวอย่างในการทดลอง โดยขมิ้นชันที่ใช้จะอยู่ในรูปแบบผง

บดละเอียดที่ผ่านการร่อนด้วยตะแกรงเบอร์ 80 และทำการอบไล่ความชื้น จนมีความชื้นเท่ากับ 3.87% จากนั้นจึงนำขมิ้นชันแห้งลดละเอียด มาทำการทดสอบประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์โดยทำการฉายรังสี UV-C ด้วยเครื่องฉายรังสี UV-C ลักษณะตู้ฉายแบบอุโมงค์ที่ระยะเวลา 1, 2, 3 และ 5 ชั่วโมง จากนั้นทำการตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C ที่ระยะเวลาต่างๆ เปรียบเทียบกับขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ไม่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C ผลการศึกษาพบว่า ขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ไม่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C ตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อ *Clostridium* spp. และเชื้อรา โดยขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ไม่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C พบเชื้อ *Clostridium* spp. เริ่มต้นจำนวนมาก เมื่อนำขมิ้นชันแห้งบดละเอียดมาผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C ที่ระยะเวลา 1, 2, 3 และ 5 ชั่วโมง พบว่า ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อ *Clostridium* spp. ในขมิ้นชันแห้งบดละเอียด ขณะที่เชื้อราสามารถพบได้ในขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ไม่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C จำนวนมากจนไม่สามารถนับจำนวนโคโลนีได้ เมื่อนำขมิ้นชันแห้งบดละเอียดมาผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C ที่ระยะเวลา 2, 3 และ 5 ชั่วโมง พบว่า ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อราในขมิ้นชันแห้งบดละเอียด จากทดลองนี้แสดงให้เห็นประสิทธิภาพของเครื่องฉายรังสี UV-C ในการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ในขมิ้นชันแห้งบดละเอียดได้ (ดังแสดงในรูปที่ 4-5)



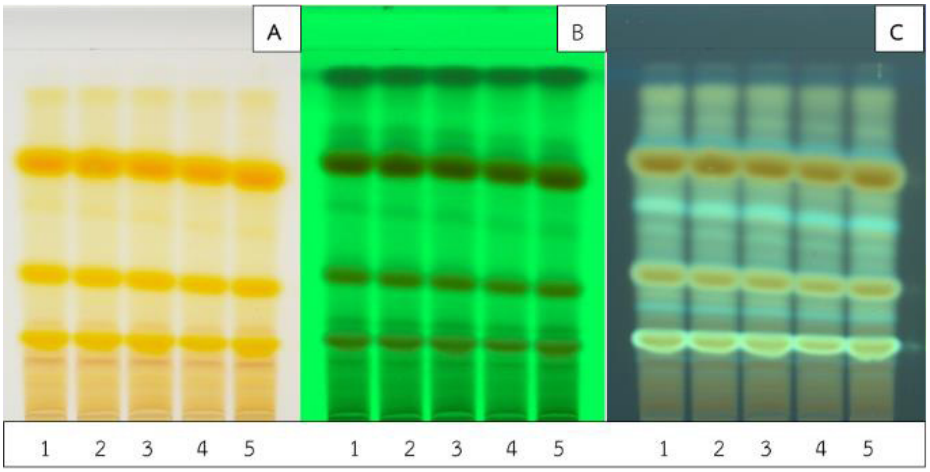

**รูปที่ 4** แสดงผลการตรวจการปนเปื้อนเชื้อ *Clostridium* spp. ในขมิ้นชันที่ผ่านการฉายรังสี UV-C ที่ระยะเวลาต่างๆ ด้วยเครื่องฉายรังสี UV-C ลักษณะตู้ฉายแบบอุโมงค์




**รูปที่ 5** แสดงผลการตรวจการปนเปื้อนเชื้อราในขมิ้นชันที่ผ่านการฉายรังสี UV-C ที่ระยะเวลาต่างๆ ด้วยเครื่องฉายรังสี UV-C ลักษณะตู้ฉายแบบอุโมงค์

**คุณภาพทางยาของขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C**

การศึกษานี้จะทำการตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของขมิ้นชันแห้งบดละเอียดจากลายพิมพ์นิ้วมือ (Fingerprint) โดยอาศัยเทคนิคโครมาโทกราฟีแบบชั้นบาง (Thin Layer Chromatography : TLC) เพื่อใช้บ่งบอกคุณภาพทางยาซึ่งเป็นการตรวจสอบสารสำคัญของขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C ที่ระยะเวลาต่างๆ เปรียบเทียบกับขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ไม่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C ผลการศึกษาพบว่าขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ไม่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C และขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C เวลา 1, 2, 3 และ 5 ชั่วโมง มีเอกลักษณ์ทางเคมีภายใต้แสงธรรมชาติ ภายใต้แสง UV254 และภายใต้แสง UV366 เหมือนกัน คือ สามารถพบแถบของสารจำนวน 3, 5 และ 8 แถบสาร ตามลำดับ โดยสารแต่ละแถบมีค่า $R_f$ ใกล้เคียงกันในทุกตัวอย่าง (แสดงในรูปที่ 6 และตารางที่ 1) นอกจากนี้ยังพบความเข้มของแถบสารแต่ละแถบในตัวอย่างทั้งหมดมีความเข้มของแถบสารที่ใกล้เคียงกัน จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการฉายรังสี UV-C ไม่ได้มีผลต่อเอกลักษณ์ทางเคมีหรือคุณภาพทางยาของขมิ้นชันแห้งบดละเอียด




**รูปที่ 6** แสดงผล TLC chromatogram ของขมิ้นชันที่ผ่านและไม่ผ่านการฉายรังสี UV-C (A) ภายใต้แสงธรรมชาติ (B) ภายใต้แสง UV 254 nm และ (C) ภายใต้แสง UV 366 nm.

Lane 1: ขมิ้นชันไม่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C; Lane 2: ขมิ้นชันผ่านผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C 1 ชม.; Lane 3: ขมิ้นชันผ่านผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C 2 ชม.; Lane 4: ขมิ้นชันผ่านผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C 3 ชม.; Lane 5: ขมิ้นชันผ่านผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C 5 ชม.

**ตารางที่ 1** แสดงผลการตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ไม่ผ่านและผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C

| Detection | TLC fraction | ค่า $R_f$ สารสกัดขมิ้นชันที่ฉายรังสี UV-C ที่ระยะเวลาต่างๆ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 ชม. | 1 ชม. | 2 ชม. | 3 ชม. | 5 ชม. |
| Normal lighting | 1 | 0.23 | 0.21 | 0.21 | 0.21 | 0.21 |
| | 2 | 0.40 | 0.39 | 0.38 | 0.37 | 0.37 |
| | 3 | 0.71 | 0.70 | 0.69 | 0.68 | 0.67 |
| UV254 | 1 | 0.16 | 0.16 | 0.16 | 0.15 | 0.15 |
| | 2 | 0.23 | 0.22 | 0.21 | 0.21 | 0.21 |
| | 3 | 0.39 | 0.39 | 0.38 | 0.37 | 0.37 |
| | 4 | 0.71 | 0.69 | 0.69 | 0.68 | 0.67 |
| | 5 | 0.93 | 0.94 | 0.93 | 0.93 | 0.93 |
| UV366 | 1 | 0.22 | 0.22 | 0.21 | 0.21 | 0.20 |
| | 2 | 0.31 | 0.30 | 0.30 | 0.29 | 0.28 |
| | 3 | 0.40 | 0.39 | 0.39 | 0.38 | 0.37 |

| Detection | TLC fraction | ค่า $R_f$ สารสกัดขมิ้นชันที่ฉายรังสี UV-C ที่ระยะเวลาต่างๆ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 ชม. | 1 ชม. | 2 ชม. | 3 ชม. | 5 ชม. |
| | 4 | 0.52 | 0.51 | 0.49 | 0.47 | 0.47 |
| | 5 | 0.58 | 0.57 | 0.56 | 0.55 | 0.55 |
| | 6 | 0.69 | 0.69 | 0.69 | 0.69 | 0.67 |
| | 7 | 0.76 | 0.76 | 0.75 | 0.74 | 0.74 |
| | 8 | 0.89 | 0.89 | 0.89 | 0.88 | 0.87 |

**ปริมาณสารสำคัญของสารสกัดขมิ้นชันแห้งบดละเอียด**

ขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ไม่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C และขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C เวลา 1, 2, 3 และ 5 ชั่วโมง นำมาสกัดด้วย 70% เอทานอล และเมื่อทำเป็นผงแห้งหรือสารสกัดขมิ้นชันแห้งบดละเอียดจะมี %Yield เท่ากับ 21.3, 22.2, 22.2, 21.9 และ 21.7% ตามลำดับ จากนั้นนำสารสกัดขมิ้นชันแห้งบดละเอียดมาทำการหาปริมาณสารประกอบฟีนอลิกรวมและสารประกอบฟลาโวนอยด์รวม ผลการศึกษาพบว่า ขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ไม่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C และขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C เวลา 1, 2, 3 และ 5 ชั่วโมง มีปริมาณสารประกอบฟีนอลิกรวม เท่ากับ 164.78±5.66, 164.40±2.44, 165.36±3.04, 166.32±1.41 และ 166.18±2.99 mg GAE/g extract ตามลำดับ ขณะที่ขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ไม่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C และขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C เวลา 1, 2, 3 และ 5 ชั่วโมง มีปริมาณสารประกอบฟลาโวนอยด์รวม เท่ากับ 184.84±4.83, 187.62±3.00, 186.24±3.56, 187.79±3.03 และ 186.17±4.23 mg CE/g extract ตามลำดับ การทดลองนี้แสดงให้เห็นว่าการฉายรังสี UV-C ไม่มีผลต่อปริมาณสารสำคัญในขมิ้นชันแห้งบดละเอียด

**ความสามารถในการกำจัดสารอนุมูลอิสระของสารสกัดขมิ้นชันแห้งบดละเอียด**

สำหรับการกำจัดสารอนุมูลอิสระของสารสกัดขมิ้นชันแห้งบดละเอียดด้วยเทคนิค DPPH และ ABTS assay พบว่า ขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ไม่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C และขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C เวลา 1, 2, 3 และ 5 ชั่วโมง มีค่า $SC_{50}$ ในการกำจัดอนุมูลอิสระชนิด DPPH เท่ากับ 56.64±2.28, 55.87±4.72, 54.96±4.09, 54.26±5.36 และ 54.34±6.18 µg/mL ตามลำดับ ขณะที่ขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ไม่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C และขมิ้นชันแห้งบดละเอียดที่ผ่านกระบวนการฉายรังสี UV-C เวลา 1, 2, 3 และ 5 ชั่วโมง มีค่า $SC_{50}$ ในการกำจัดอนุมูลอิสระชนิด ABTS เท่ากับ 16.82±0.95, 16.52±0.89, 16.78±0.84, 16.65±0.88 และ 17.11±1.11 µg/mL ตามลำดับ การทดลองนี้แสดงให้เห็นว่าการฉายรังสี UV-C ไม่มีผลต่อฤทธิ์ในการต้านอนุมูลอิสระ

## อภิปรายผล

รังสี UV-C พบว่ามีประสิทธิภาพและความสามารถในการทำลายเชื้อจุลินทรีย์ได้ทั้งในกลุ่มแบคทีเรีย เชื้อรา รวมถึงไวรัสได้ จึงมีการนำมาประยุกต์ใช้ในทางการแพทย์ โดยเฉพาะภายในโรงพยาบาลและห้องปฏิบัติการโดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ให้แก่ผู้ป่วยและการแพร่กระจายของเชื้อจุลินทรีย์ ในขณะที่การนำรังสี UV-C มาประยุกต์ในด้านพืชหรือสมุนไพร พบการศึกษาของ Abbasi และคณะ (2021) ที่มีการนำรังสี UV-C มาฉายในสมุนไพร *Fagonia indica* (L.) ที่อยู่ในขวดแก้วขณะที่เพาะเลี้ยงเนื้อเยื่อ โดยทำการฉายรังสี UV-C ในสมุนไพร *Fagonia indica* (L.) และพบว่า สมุนไพร *Fagonia indica* (L.) ที่ฉายด้วยรังสี UV-C มีปริมาณของสารสำคัญและมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้น ขณะที่ปริมาณของเชื้อจุลินทรีย์ในสมุนไพร *Fagonia indica* (L.) มีปริมาณที่ลดลงเมื่อเทียบตัวอย่างที่ไม่ได้รับการฉายรังสี UV-C[12] รวมถึงการศึกษาของ Takeda และคณะ (2021) ได้ทำการผลิตเครื่องฉายรังสี UV-C แบบหุ่นยนต์อัตโนมัติเพื่อมาใช้ในการควบคุมโรคที่เกิดจากเชื้อราในสตรอว์เบอร์รี โดยทำการฉายรังสี UV-C ในตอนกลางคืนหรือช่วงมืด ผลการศึกษาพบว่าในสตรอว์เบอร์รีที่ผ่านการฉายรังสี UV-C มีปริมาณรอยโรคน้อยกว่าในสตรอว์เบอร์รีที่ไม่ผ่านการฉายรังสี UV-C[13] จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ารังสี UV-C สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในพืชหรือสมุนไพรได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาหรือการนำมาใช้กับวัตถุดิบพืชสมุนไพร โดยวัตถุดิบพืชสมุนไพรคือ พืชสมุนไพรที่ผ่านกระบวนการแปรรูปก่อนนำมาปรุงเป็นยา

รักษาโรค ซึ่งมีความสำคัญต่อแพทย์แผนไทยในการรักษาโรคด้วยกรรมวิธีเภสัชเวช แต่เนื่องด้วยกระบวนการแปรรูปพืชสมุนไพรก่อนการปรุงยา ต้องผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน เช่น การตัดแต่ง การคัดแยกสิ่งแปลกปลอม การล้างทำความสะอาด การลดขนาด การทำเป็นผงหยาบและผงละเอียด เป็นต้น จึงมีโอกาสปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์เพิ่มเติมได้ ประกอบเชื้อจุลินทรีย์ที่หลงเหลือในพืชสมุนไพรตั้งแต่เริ่มต้น ดังนั้นการลดการปนเปื้อนในวัตถุดิบพืชสมุนไพรจึงมีความสำคัญต่อการปรุงยาจากสมุนไพรและลดอันตรายหรือผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นให้กับผู้ป่วยได้

การศึกษานี้จึงได้ทำการศึกษาความรู้เกี่ยวรังสี UV-C เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับวัตถุดิบพืชสมุนไพร โดยทำการศึกษาตั้งแต่กลไกการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ด้วยรังสี UV-C ความเข้มหรือปริมาณของรังสี UV-C ที่ต้องใช้ในการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ ระยะห่างและระยะเวลาที่เหมาะสมในการฉายรังสี UV-C ความชื้นที่มีผลต่อการทำงานของรังสี UV-C และความสามารถในการทะลุทะลวงของรังสี UV-C ทำให้ทราบถึงข้อคำนึงหรือปัจจัยในการนำรังสี UV-C มาประยุกต์ใช้กับรังสี UV-C การลดการปนเปื้อนในวัตถุดิบพืชสมุนไพร โดยมีการศึกษาพบว่ารังสี UV-C สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ *Clostridium* spp., *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus* และเชื้อราได้ โดยเชื้อจุลินทรีย์เหล่านี้เป็นเชื้อจุลินทรีย์เป้าหมายที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และ Thai Herbal Pharmacopoeia ได้มีการกำหนดมาตรฐานการปนเปื้อนในยาสมุนไพรไว้[14] ซึ่งเชื้อจุลินทรีย์แต่ละชนิดมีโครงสร้างที่แตกต่างกันทำให้ความเข้มหรือปริมาณของรังสี UV-C (UV dose) ที่ต้องใช้ในการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์เหล่านี้มีความแตกต่างกันไปด้วย โดยความเข้มหรือปริมาณของรังสี UV-C (UV dose) ที่ 220, 90, 41, 148 และ 3,960 W/m$^2$ สามารถฆ่าเชื้อ *Clostridium* spp., *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus* และเชื้อรา ตามลำดับ[15] โดยการวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการผลิตเครื่องฉายรังสี UV-C ลักษณะตู้ฉายแบบอุโมงค์ที่มีหลอดรังสี UV-C จำนวน 24 หลอด แต่ละหลอดจะมีกำลังไฟฟ้าเท่ากับ 36W ความยาวของหลอดรังสี UV-C คือ 120 เซนติเมตร ระยะห่างระหว่างหลอดรังสี UV-C และวัตถุดิบสมุนไพรประมาณ 1 เมตร ซึ่งสามารถนำมาคำนวณความเข้มหรือปริมาณของรังสี UV-C (UV dose) ของเครื่องฉายรังสี UV-C ได้จากสูตร $E = P(2\alpha + \sin 2\alpha)/ 2LD\pi^2$ โดย P คือ ขนาดวัตต์ของหลอดไฟ UV-C, L คือ ความยาวของหลอด (เมตร), D คือ ระยะห่างระหว่างหลอดไฟ UV-C และวัตถุเป้าหมาย (เมตร) และ E คือ ความเข้มข้นของรังสี UV-C ที่ระยะใช้งาน (W/m$^2$) โดยหลอดรังสี UV-C 1 หลอด มีความเข้มข้นของรังสี UV-C เท่ากับ 95 W/m$^2$ ดังนั้นเครื่องฉายรังสี UV-C ลักษณะเครื่องฉายแบบอุโมงค์ในการศึกษาครั้งนี้จะมีความเข้มข้นของรังสี UV-C (UV dose) เท่ากับ 2,280 W/m$^2$ ในกรณีที่ตัวอย่างสมุนไพรเคลื่อนที่ครบ 1 รอบของเครื่องฉายรังสี UV-C ลักษณะตู้ฉายแบบอุโมงค์

สำหรับการทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องฉายรังสี UV-C ลักษณะตู้ฉายแบบอุโมงค์ในการลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในวัตถุดิบพืชสมุนไพร โดยการศึกษานี้ใช้ขมิ้นชันเป็นกรณีศึกษา เนื่องจากส่วนที่ใช้ปรุงยาหรือมีฤทธิ์ในการรักษาโรคคือหัวเหง้าของขมิ้นชัน ซึ่งเป็นส่วนที่อยู่ใต้ดินและมีโอกาสปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ได้มากกว่าส่วนอื่นๆ โดยการนำขมิ้นชันมาทำการทดลองจะต้องทำการเตรียมตัวอย่างให้มีความชื้นต่ำที่สุด เนื่องจากความชื้นในวัตถุดิบพืชสมุนไพรจะส่งผลต่อประสิทธิภาพหรือความสามารถในการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ของรังสี UV-C อีกทั้งวัตถุดิบพืชสมุนไพรที่ใช้ในการทดลองต้องมีลักษณะเป็นผงละเอียด เนื่องจากความสามารถในการทะลุทะลวงของรังสี UV-C ที่ต่ำจึงไม่สามารถฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ที่อยู่ในส่วนลึกของสมุนไพรได้ โดยผลการศึกษาพบว่าขมิ้นชันแห้งบดละเอียดมีการปนเปื้อนเชื้อ *Clostridium* spp. และเชื้อรา เมื่อทำการฉายรังสี UV-C เป็นเวลา 1 ชั่วโมง สามารถฆ่าเชื้อจุลินทรีย์เหล่านี้ได้หมด นอกจากนี้ยังพบว่าการฉายรังสี UV-C ในขมิ้นชันแห้งบดละเอียดไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงลายพิมพ์นิ้วมือ (Fingerprint) โดยอาศัยเทคนิคโครมาโทกราฟีแบบชั้นบาง (Thin Layer Chromatography : TLC) ซึ่งวิธีการนี้ถูกนำมาใช้เป็นวิธีมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพทางยาในทางการแพทย์แผนไทย[16]

นอกจากนี้ในการวิจัยเชิงปริมาณได้ทำการตรวจวัดปริมาณสารประกอบฟีนอลิกรวมและสารประกอบฟลาโวนอยด์รวม เนื่องจากสารเหล่านี้เป็นสารสำคัญที่สามารถพบได้ในขมิ้นชันและสารเหล่านี้ยังมีฤทธิ์ในการต้านอนุมูลอิสระ[17] โดยผลการศึกษาพบว่าการฉายรังสี UV-C ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงปริมาณสารประกอบฟีนอลิกรวมและสารประกอบฟลาโวนอยด์รวม และฤทธิ์ในการต้านอนุมูลอิสระของขมิ้นชัน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวเป็นการยืนยันคุณภาพทางยาอีกทางหนึ่ง

สรุป: รังสี UV-C เป็นรังสีที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในวัตถุดิบสมุนไพรได้โดยไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงปริมาณ

สารสำคัญภายในวัตถุดิบสมุนไพร โดยการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องฉายรังสี UV-C ให้แก่แพทย์แผนไทยที่ใช้พืชสมุนไพรในการปรุงยารักษาโรคในคลินิกแพทย์แผนไทยที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับวัตถุดิบพืชสมุนไพรมีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ทั้งในหน่วยงานของภาครัฐหรือเอกชน รวมถึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงงานอุตสาหกรรมยาไทยได้

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุนอุดหนุนการวิจัยจากกองทุนสนับสนุนงานวิจัยเพื่อการพัฒนา สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ที่มอบทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านของวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการสนับสนุน ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อกำหนดคุณภาพสมุนไพร (Monograph) [อินเตอร์เน็ต]. 2562. [สืบค้นเมื่อ 10 ธ.ค. 66]. เข้าถึงจาก: https://www.phonabon.go.th/
2. ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 9. การประเมินความเสี่ยงด้านคุณภาพและความปลอดภัยของสมุนไพรด้านการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ [อินเตอร์เน็ต]. 2554. [สืบค้นเมื่อ 23 ต.ค. 66]. เข้าถึงจาก: https://cloud.dmsc.moph.go.th/itc/annual_report/pdf/2559/59-9.pdf
3. เชาวลิต มณฑล. การฉายรังสีแกมมา: กระบวนการทำไรเชื้อสำหรับผลิตภัณฑสมุนไพร. วารสารไทยไภษัชยนิพนธ์ 2566; 8(1):41-54.
4. กองวัณโรค. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้ UV ทำลายเชื้อโรค [อินเตอร์เน็ต]. 2562. [สืบค้นเมื่อ 20 พ.ย. 66]. เข้าถึงจาก: https://www.tbthailand.org/
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1 เชียงใหม่. คู่มือการแปรรูปวัตถุดิบสมุนไพร. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2556.
6. พรพรรณ ก้อใจ, เกียรติภูมิ ลาภภิญโญ และจักรกฤษณ์ คณารีย์. การศึกษาการปนเปื้อนโลหะหนักและเชื้อจุลินทรีย์ในดีปลีที่เพาะปลูกในพื้นที่จำกัด. วารสารวิจัยและส่งเสริมวิชาการเกษตร 2566; 40(3):43-54.
7. พรพรรณ ก้อใจ, ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงค์, กันยานุช เทาประเสริฐ, ยิ่งยง เทาประเสริฐ และจักรกฤษณ์ คณารีย์. การนำเทคนิคโครมาโทกราฟีแบบชั้นบางมาปรับใช้ในกระบวนการตรวจสอบคุณภาพ พืชสมุนไพรของแพทย์แผนไทย (กรณีศึกษาขมิ้นชัน). รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการพะเยาวิจัย ครั้งที่ 9; 2563 ม.ค. 23-24; พะเยา.
8. Tonin LT, de Oliveira TF, de Marco IG, Palioto GF and Düsman E. Bioactive compounds and antioxidant, antimicrobial and cytotoxic activities of extracts of *Curcuma longa*. J Food Meas Charact 2021;15:3752-3760.
9. Chumphukam O, Pintha K, Khanaree C, Chewonarin T, Chaiwangyen W, Tantipaiboonwong P, et al. Potential anti-mutagenicity, antioxidant, and anti-inflammatory capacities of the extract from perilla seed meal. J Food Biochem 2018;42(11):e12556.
10. Min B, McClung AM and Chen MH. Phytochemicals and antioxidant capacities in rice brans of different color. J Food Sci 2011;76(1):C117-126.
11. Wu Q, Er-Bu A, Liang X, Luan S, He C, Yin L, et al. Determination of the main naphthoquinones in *Onosma hookeri* Clarke. var. longiforum Duthie and its optimization of the ultrasound-assisted extraction using response surface methodology. J Food Sci 2020;86(2):357-365.
12. Abbasi BH, Khan T, Khurshid R, Nadeem M, Drouet S and Hano C. UV-C mediated accumulation of pharmacologically significant phytochemicals under light regimes in *in vitro* culture of *Fagonia indica* (L.). Sci Rep 2021;11(1):679.

13. Takeda F, Janisiewicz W, Short B, Leskey T and Stager A. Ultraviolet-C (UV-C) for disease and pest management and automating UV-C delivery technology for strawberry. Acta Hortic 2021;1309:533-542.
14. กองยา. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. กระทรวงสาธารณสุข. หลักเกณฑ์การพิจารณาขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณเกี่ยวกับมาตรฐานการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์และโลหะหนัก [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ย. 66]. เข้าถึงจาก: www.fda.moph.go.th/sites/drug/download/manual-herbal-medicines.pdf
15. ผกากรอง วนไพศาล. การฆ่าเชื้อด้วยรังสียูวีซี (UVC) [อินเตอร์เน็ต]. 2563. [สืบค้นเมื่อ 9 ธ.ค. 66]. เข้าถึงจาก: https://pharmacy.mahidol.ac.th
16. พรพรรณ ก้อใจ, ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงค์, กันยานุช เทาประเสริฐ, ยิ่งยง เทาประเสริฐ และจักรกฤษณ์ คณารีย์. ภูมิปัญญาในการตรวจสอบพืชสมุนไพรอย่างร่วมสมัย. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6 มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2562 ก.ค. 20; ขอนแก่น.
17. Alafiatayo AA, Syahida A and Mahmood M. Total anti-oxidant capacity, flavonoid, phenolic acid and polyphenol content in ten selected species of Zingiberaceae rhizomes. Afr J Tradit Complement Altern Med 2014;11(3):7-13.

# การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

# Development of Nursing Guidelines for Triaging Patients According to Their Level of Urgency in Thauthen Hospital Nakhon Phanom Province

(Received: January 6,2024 ; Revised: February 22,2024 ; Accepted: February 24,2024)

**นวลฉวี พะโน**[1]
**Nualchawee Phano**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ระยะเวลาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 15 คน 2) กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน เลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ และแบบบันทึกแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยการประเมินประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ กับเกณฑ์ที่คาดหวัง ร้อยละ 80 โดยใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า1. ผลเชิงกระบวนการ 1.1 มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนตามเกณฑ์มาตรฐาน MOPH ED. Triage 1.2 มีแนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงานการคัดแยกผู้ป่วย (Triage system) 2. ผลเชิงผลลัพธ์ 2.1 ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการและจัดระดับความเร่งด่วนในการรักษา ร้อยละ 100 การคัดแยกพบ Under triage ร้อยละ 3.33 และ Over triage ร้อยละ 6.67 ไม่พบอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไป และระยะเวลารอคอยแพทย์แยกตามระดับการคัดแยก ได้รับการรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น ร้อยละ 100 2.2 ผลการประเมินประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.33 ($\overline{X}$ = 2.78, S.D.= 0.21) 2.3 หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน สูงกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$)

**คำสำคัญ :** การพัฒนาแนวปฏิบัติ, การคัดแยกผู้ป่วย, ระดับความเร่งด่วน

**Abstract**

This action research aimed to develop and evaluate development of nursing guidelines for triaging patients according to their level of urgency in Tha uthen hospital Nakhon Phanom province, period from November 2022-February 2023. The research team comprised 1) a group of 15 professionals involved in developing nursing practiced and 2) a group of 30 accident or emergency patients receiving treatment at the Emergency and Forensic Medicine Department in Tha uthen hospital Nakhon Phanom province, selected through purposive sampling. Research tools included a questionnaire for collecting the opinions of nursing professionals and a record form for documenting the implemented nursing practices in patient triage. Statistical analysis involved frequencies, percentages, mean ($\overline{X}$), standard deviation (S.D.), and compared the mean scores of the effectiveness assessment after the implementation of the developed nursing practices against the expected criterion of 80% by t-test.

The research found that: 1. Process-oriented Results. 1.1 There was a nursing practice guideline for patient triaged according to the urgency level based on the MOPH ED., triage standard. 1.2 There was a protocol for inspecting the performance of the patient triaged system.2. Outcome-oriented Results 2.1 Patients undergo symptom assessment

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

and urgency level classification for treatment; 100% compliance. Triaged results show undertriage at 3.33% and overtriage at 6.67%. No incidents of triaged errors at the E level and above in the emergency room. Waiting times for physicians, categorized by triaged levels, met the established standards at 100%. 2.2 The effectiveness assessment of implementing the nursing practiced guideline for patient triaged shows a high level of compliance at 93.33% ($\bar{X}$ = 2.78, S.D. = 0.21). 2.3 After the development of the nursing practiced guideline, the average effectiveness score in implementing the patient triaged guideline exceeded the standard significantly ($p < 0.01$)
**Keyword**: Development of Guidelines, Triaging Patients, Their Level of Urgency.

**บทนำ**

บริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเน้นการให้บริการทั้งร่างกายและจิตใจ โดยการประเมินสภาวะความรุนแรงและการเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้การปฐมพยาบาลเป็นไปอย่างเหมาะสม พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถและตัดสินใจเร่งด่วนในการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินจำนวน 35 ล้านครั้งต่อปี พบเป็นผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินเพียงร้อยละ 30[1] การพัฒนาแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยและการทำ RCA เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉิน แม้ห้องฉุกเฉินจะมีประสิทธิภาพจำกัดเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพื่อลดความล่าช้าในการรักษา ป้องกันการเกิดความผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยทั่วถึงในสถานการณ์ฉุกเฉิน[2, 3] การคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินเป็นกระบวนการที่สำคัญเพื่อประเมินและจัดลำดับความเร่งด่วนในการรักษาตามระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย การนำเทคนิคคัดแยกผู้ป่วยมาใช้จะช่วยลดความแออัดในห้องฉุกเฉินและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ลดความล่าช้าในการรักษา ลดความผิดพลาด และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย[4]

กรมการแพทย์ได้รับหมายมอบให้เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับคณะทำงานพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน องค์กรและนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System - ECS) ภายใต้ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) เป็นหนึ่งในมาตรการสำคัญ และเน้นการลดความแออัด การจัดมาตรฐานการบริการ และการพัฒนาบุคลากร กรมการแพทย์กำหนดให้โรงพยาบาลใช้ระบบ MOPH ED Triage เป็นเครื่องมือคัดแยกผู้ป่วยแบบ 5 ระดับ โดยใช้หลักการประเมินลักษณะ (acuity) และทรัพยากร (resources) เพื่อทำให้การคัดแยกมีประสิทธิภาพและผู้ป่วยได้รับการรักษาตามลำดับความรุนแรง การนำระบบนี้ไปใช้ในหน่วยบริการต่างๆ ที่สอดคล้องกับแนวทางการคัดแยกและลำดับการบริบาล จะช่วยลดอัตราการตายและความพิการที่สามารถป้องกันได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างทันเวลาและปลอดภัย[5]

โรงพยาบาลท่าอุเทนเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงที่ได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation) ผ่านการประเมิน RS2 และมีมาตรฐานที่สำคัญต่อความปลอดภัย 9 ข้อ มาตรฐานที่ 9 ให้ความสำคัญกับการคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินโดยการเก็บรายงานอุบัติการณ์และการป้องกันความไม่ปลอดภัย โรงพยาบาลจำเป็นต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การทำ RCA ในกรณีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบถึงผู้ป่วยระดับ E ขึ้นไป และการจัดทำแผนป้องกันความเสี่ยง ทั้งนี้การพัฒนาระบบและศักยภาพบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้ป่วย[6] โรงพยาบาลท่าอุเทนเริ่มมีระบบคัดแยกผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2559 เพื่อจัดลำดับความรุนแรงของผู้ป่วยและให้การรักษาพยาบาลตามความถูกต้อง การทบทวนในปี 2563-2565 พบว่ามีความไม่ถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยระดับ E ทำให้เกิดปัญหา เช่น การประเมินและวินิจฉัยล่าช้าในผู้ป่วย STEMI และการคัดแยกผู้ป่วย Stroke ที่ผิดพลาด ผลกระทบจากปัญหานี้ ทำให้การ

รักษาและส่งต่อล่าช้า เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น และใช้ทรัพยากรการรักษามากขึ้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน เพื่อเสริมสร้างคุณภาพและความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วย

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2566 – กุมภาพันธ์ 2567 ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ศึกษาข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ปี 2563-2565 และวิเคราะห์สถาณการณ์การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

2. รวบรวมข้อมูลที่เป็นปัญหาในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ในผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิเคราะห์ปัญหาที่พบ คืนข้อมูลให้คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team: PCT)

3. ศึกษาเอกสารแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ประกอบด้วย

1. จัดตั้งทีมในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลท่าอุเทน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 8 คน งานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 3 คน และงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 2 คน รวมจำนวน 15 คน

2. ระดมสมองพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีม รวมทั้งพัฒนาสมรรถนะทีมคัดแยกผู้ป่วย

3. การกำหนดตัวชี้วัดในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

4. การจัดตั้ง Line group triage เพื่อประสานงานแพทย์ พยาบาลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว

5. นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน มาทดลองใช้ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลท่าอุเทน จำนวน 30 คน

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

1. ประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้ ในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

2. ประเมินผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

2.1 ผู้ป่วยได้การประเมินอาการและจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ≥ ร้อยละ 80

2.2 Under triage ≤ ร้อยละ 5 และ Over triage ≤ ร้อยละ 15

2.3 อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไป ร้อยละ 0

2.4 ระยะเวลารอคอยแพทย์แยกตามระดับการคัดแยก ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80

3. การประเมินประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลท่าอุเทน

**ผู้เข้าร่วมการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอ ท่าอุเทน จังหวัดนครพนม คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย โดย

วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษา ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลท่าอุเทน ในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2566 – เดือน กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 30 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. แบบประเมินประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ผ่านตรวจสอบคุณภาพ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.27 - 0.82 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.89

2. แบบบันทึกแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน มีลักษณะเป็นแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลร่วมกับตรวจสอบรายการผ่านตรวจสอบคุณภาพ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.25 - 0.79 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.81

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคลและตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น โดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงวิเคราะห์ วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาล เกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติกับเกณฑ์ที่คาดหวัง ร้อยละ 80 โดยใช้สถิติ t-test (one samples) วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลบันทึกแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

**การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย**

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยจังหวัดนครพนม เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย เลขที่ REC 090/66

**ผลการวิจัย**

**1. ผลเชิงกระบวนการ**

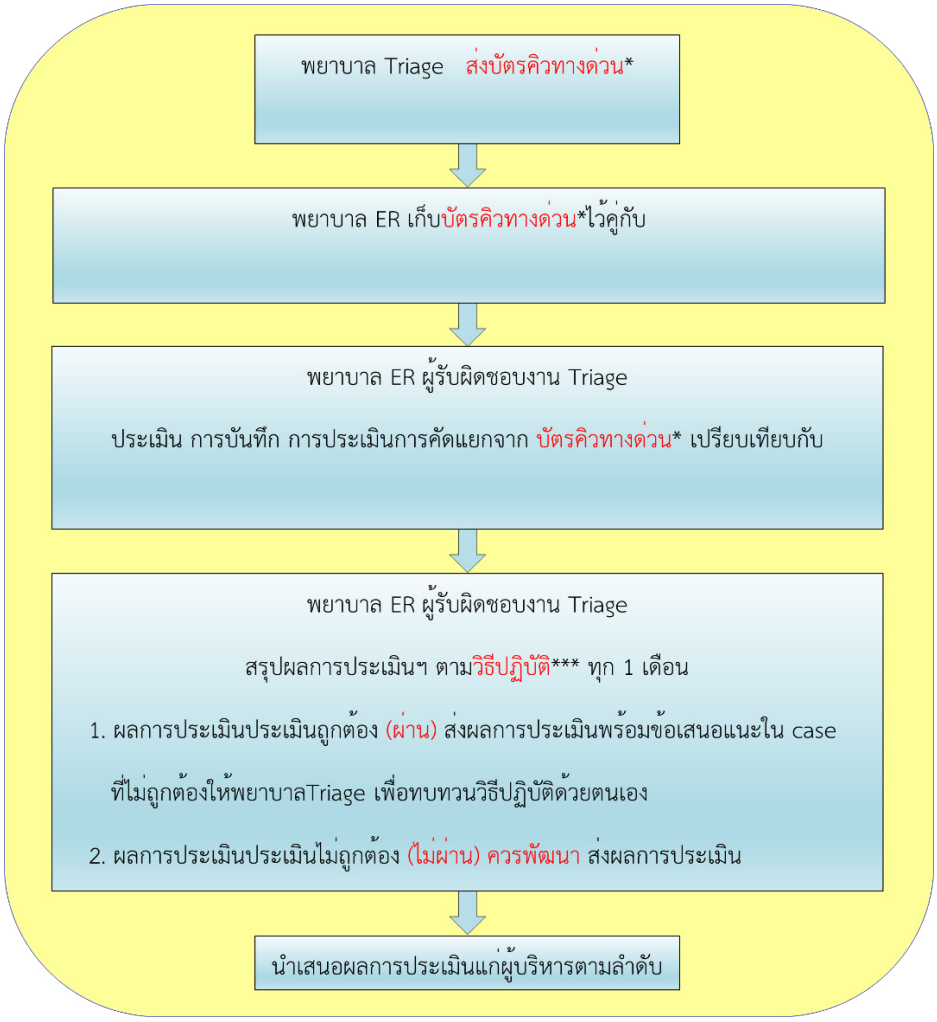
1.1 ศึกษาบริบท และวิเคราะห์สถานการณ์การคัดแยกผู้ป่วย โรงพยาบาลท่าอุเทน เริ่มมีระบบคัดแยกประเภทผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2559 โรงพยาบาลท่าอุเทนได้เริ่มใช้ระบบคัดแยกประเภทผู้ป่วยในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชตั้งแต่ปี 2559 รายงานอุบัติการณ์การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนปี 2564 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เข้ารับการตรวจที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน EKG ล่าช้า (26 นาที) พบเป็นหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน STEMI ส่งต่อศูนย์หัวใจ รพศ.สกลนครอย่างเร่งด่วน จำนวน 1 ราย ปี 2565 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) พยาบาลคัดกรองจัดให้เป็นกลุ่มกึ่งฉุกเฉิน (Semi-urgent) และส่งผู้ป่วยไปตรวจที่งานผู้ป่วยนอก แพทย์ตรวจให้รับยากลับบ้าน ผู้ป่วยกลับมา ส่ง CT scan พบว่าเป็น Ischemic stroke ซึ่งส่งผลให้การรักษามีความคลาดเคลื่อน และเกิดความเสี่ยงสูงของโรคทั้งสองราย ได้มีการวิเคราะห์ RCA และพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

1.2 ระดมสมองของทีมสหวิชาชีพในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่พัฒนาขึ้น ตามเกณฑ์มาตรฐาน MOPH ED. Triage ของโรงพยาบาลท่าอุเทน และนำแบบบันทึกนี้มาทดลองใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยจำนวน 30 ราย

ตารางที่ 1 สรุปแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง ระยะเวลารอตรวจ การประเมินซ้ำ

| ระดับความรุนแรง | ระยะเวลา รอตรวจรักษา | การประเมินซ้ำ |
|---|---|---|
| ระดับ 1 สีแดง วิกฤต Resuscitation) | ทันที | ทุก 10 นาที |
| ระดับ 2 สีชมพู เร่งด่วน (Emergency) | ภายใน 5-15 นาที | ทุก 15 นาที |
| ระดับ 3 สีเหลืองฉุกเฉิน (Urgent) | ภายใน 30 นาที | ทุก 30 นาที |
| ระดับ 4 สีเขียวกึ่งฉุกเฉิน (Semi - Urgent) | ภายใน 60 นาที | ทุก 120 นาที |
| ระดับ 5 สีขาว ไม่ฉุกเฉิน (Non - Urgent) | ภายใน 120 นาที | ประเมินซ้ำเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง |

1.3. แนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงานการคัดแยกผู้ป่วย (Triage system) โรงพยาบาลท่าอุเทน




ภาพที่ 1 แนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงานการคัดแยกผู้ป่วย (Triage system) โรงพยาบาลท่าอุเทน

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ประกอบด้วย

2.1 ประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โดยพยาบาลได้นำแนวปฏิบัติมาใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลท่าอุเทน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย ที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน (n = 30)

| รายการ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| 1. ประเภทผู้ป่วย | | |
| 1.1 วิกฤติ (Resuscitation) | 6 | 20.00 |
| 1.2 เร่งด่วน (Emergency) | 12 | 40.00 |
| 1.3 ฉุกเฉิน (Urgent) | 8 | 26.67 |
| 1.4 กึ่งฉุกเฉิน(Semi-Urgent) | 4 | 13.33 |
| 1.5 ไม่ฉุกเฉิน(Non-Urgent) | - | - |
| 2. การประเมินสภาพแรกรับ | | |
| 2.1 ประเมินได้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามประเภทผู้ป่วย | 26 | 86.67 |
| 2.2 ประเมินบางข้อ | 4 | 13.33 |
| 3. การประเมินสัญญาณชีพ และ Neuro sign (สัญญาณชีพแรกรับให้บันทึกลงใน OPD card) | | |
| 3.1 ประเมินได้ถูกต้อง ครบถ้วนตามประเภทผู้ป่วย | 25 | 83.33 |
| 3.2 ประเมินบางข้อ | 5 | 16.67 |
| 4. การให้การพยาบาล | | |
| 4.1 ให้การพยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วนตามประเภทผู้ป่วย | 30 | 100 |
| 4.2 แจ้งผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล | 30 | 100 |
| 4.3 ให้ข้อมูลเบื้องต้น (โรคและแผนการรักษา) แก่ผู้ป่วยและญาติ | 30 | 100 |

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน เมื่อจำแนกตาม ประเภทผู้ป่วย พบว่า เร่งด่วน (Emergency) มากที่สุด ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ ฉุกเฉิน (Urgent) ร้อยละ 26.67 จำแนกตาม การประเมินสภาพแรกรับ พบว่า ประเมินได้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามประเภทผู้ป่วย มากที่สุด ร้อยละ 86.67 จำแนกตาม การประเมินสัญญาณชีพ และ Neuro sign พบว่า ประเมินได้ถูกต้อง ครบถ้วน มากที่สุด ร้อยละ 83.33 จำแนกตาม การให้การพยาบาล พบว่า ให้การพยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วนตามประเภทผู้ป่วย ร้อยละ 100 แจ้งผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ร้อยละ 100 ให้ข้อมูลเบื้องต้น (โรคและแผนการรักษา) แก่ผู้ป่วยและญาติ ร้อยละ 100

2.2 ประเมินผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

ตารางที่ 2 ผลการประเมินตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

| รายการ | เป้าหมาย (ร้อยละ) | ผลงาน (ร้อยละ) |
|---|---|---|
| 1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการและจัดระดับความเร่งด่วนในการรักษา | ≥ ร้อยละ 80 | 100 |
| 2. Under triage | ≤ ร้อยละ 5 | 3.33 |
| 3. Over triage | ≤ ร้อยละ 15 | 6.67 |
| 4. อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไป | ร้อยละ 0 | 0 |
| 5. ระยะเวลารอคอยแพทย์แยกตามระดับการคัดแยก ได้รับการรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น | ร้อยละ 80 | 100 |

จากตารางที่ 2 ผลการประเมินตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น พบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการและจัดระดับความเร่งด่วนในการรักษา ร้อยละ 100 การคัดแยกพบ Under triage ร้อยละ 3.33 และ Over triage ร้อยละ 6.67 ไม่พบอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไป และระยะเวลารอคอยแพทย์แยกตามระดับการคัดแยก ได้รับการรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น ร้อยละ 100

2.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเทียบกับเกณฑ์ (2.40 คะแนน หรือ ร้อยละ 80.00)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเทียบกับเกณฑ์(2.40 คะแนน หรือ ร้อยละ 80.00)

| ตัวแปร | ค่าเกณฑ์ | ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) | S.D. | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล | 2.40 | 2.78 | 0.21 | 7.11 | .000** |

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล คะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนเทียบกับเกณฑ์ 2.40 คะแนน (ร้อยละ 80.00) พบว่า สูงกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$)

**อภิปรายผล**

**1. อภิปรายผลเชิงกระบวนการ**

จากการศึกษาบริบท และวิเคราะห์สถาณการณ์การคัดแยกผู้ป่วยในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลท่าอุเทน พบความคลาดเคลื่อนการคัดแยก (Triage) ความเสี่ยงระดับ E ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน ปี 2564 จำนวน 1 ราย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อายุ 87 ปี และ ปี 2565 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบเป็น Ischemic stroke จำนวน 1 ราย ซึ่งได้นำ Case ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เข้าสู่การทำ RCA ของทีมนำทางคลินิก (PCT) โรงพยาบาลท่าอุเทน ผลจากการประชุมทบทวนของทีมนำทางคลินิก (PCT) ทำให้ได้แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลการคักแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลท่าอุเทน ซึ่งงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ได้นำแบบบันทึกนี้มาทดลองใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยจำนวน 30 ราย และพัฒนาสู่แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ซึ่งแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่พัฒนาขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐาน MOPH ED. Triage ประกอบด้วย 1) ระดับ 1 Resuscitation (วิกฤติ) สีแดง ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที 2) ระดับ 2 Emergency (เร่งด่วน) สีชมพู ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วภายใน 10 นาที 3) ระดับ 3 Urgent (ฉุกเฉิน) สีเหลือง ระยะเวลารอคอย 30 นาที ประเมินแนวโน้มความต้องการทำกิจกรรม (Resource) ผู้ป่วยที่ไม่ใช่คำตอบในการตัดสินใจคัดแยกระดับ 1 และ 2 ให้ใช้คำถามว่าใช้ทรัพยากรมากแค่ไหน การใช้ทรัพยากรมากน้อยขึ้นอยู่กับมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4) ระดับ 4 Semi-urgent (กึ่งฉุกเฉิน) สีเขียว ระยะเวลารอคอย 60 นาที ปรับตามบริบทของ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม และ 5) ระดับ 5 Non urgent (ไม่ฉุกเฉิน) สีขาว ระยะเวลารอคอย 2 ชั่วโมง นอกจากพัฒนาแนวปฏิบัติและนำไปใช้ในผู้ป่วยแล้ว ยังได้พัฒนาแนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงานการคัดแยกผู้ป่วย (Triage system) ซึ่งพยาบาล ER ผู้รับผิดชอบงาน Triage

ประเมินการบันทึก การประเมินการคัดแยกจาก บัตรคิวทางด่วน เปรียบเทียบกับ สำเนาแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (SAR report ER1) โดยใช้วิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วย (Triage System) เป็นแนวทางการประเมิน มีการสรุปผลการประเมินฯ ตามวิธีปฏิบัติ ทุก 1 เดือน ผลการประเมินประเมินถูกต้อง (ผ่าน) แจ้งผล ส่วนผลการประเมินไม่ถูกต้อง (ไม่ผ่าน) ควรพัฒนา ส่งผลการประเมินพร้อมข้อเสนอแนะใน case ที่ไม่ถูกต้องให้พยาบาล Triage เพื่อทบทวนวิธีปฏิบัติด้วยตนเอง และทบทวนวิธีปฏิบัติร่วมกับพยาบาล ER ผู้รับผิดชอบงาน Triage จะเห็นได้ว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ได้พัฒนามาจากการวิเคราะห์ความเสี่ยง ทำ RCA ที่เป็นระบบ และการศึกษามาตรฐาน MOPH ED. Triage สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฏฐิกา แซ่แต้ และ พัชรินทร์ นะนุ้ย[7] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED. Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา และ สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาว์รัฐส์ วิไชยมงคล[8] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น และจัดระดับความรุนแรง 5 ระดับ (1) ระดับ 1 ผู้ป่วยที่ต้องช่วยชีวิตทันที (2) ระดับ 2 ฉุกเฉินมาก (3) ฉุกเฉิน (4) กึ่งฉุกเฉิน (5) ผู้ป่วยทั่วไปและ มีการแบ่งโซนรับผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงผู้ป่วย ผลลัพธ์การพัฒนาพบว่า การบันทึกการปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดกรองโดยรวม (97.3 %)

**2. อภิปรายผลเชิงผลลัพธ์**

การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โดยพยาบาลได้นำแนวปฏิบัติมาใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลท่าอุเทน จำนวน 30 คน ในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2566-กุมภาพันธ์ 2567 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเร่งด่วน (Emergency) ร้อยละ 40.00 ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) ร้อยละ 26.67 และ ผู้ป่วยวิกฤติ (Resuscitation) ร้อยละ 20.00 การประเมินสภาพแรกรับ ประเมินได้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามประเภทผู้ป่วย ร้อยละ 86.67 การประเมินสัญญาณชีพ และ Neuro sign (สัญญาณชีพแรกรับให้บันทึกลงใน OPD card) ประเมินได้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามประเภทผู้ป่วย ร้อยละ 83.33 การให้การพยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วนตามประเภทผู้ป่วย รวมทั้งการแจ้งผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล และการให้ข้อมูลเบื้องต้น (โรคและแผนการรักษา) แก่ผู้ป่วยและญาติ ร้อยละ 100 ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการและจัดระดับความเร่งด่วนในการรักษา ร้อยละ 100 การคัดแยกพบ Under triage ร้อยละ 3.33 และ Over triage ร้อยละ 6.67 แต่ไม่เกินเกณฑ์เป้าหมาย ไม่พบอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไป และระยะเวลารอคอยแพทย์แยกตามระดับการคัดแยก ได้รับการรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น ร้อยละ 100 ผลการประเมินประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน พบว่า หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีระดับความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.33 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 2.78, S.D.= 0.21) และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเทียบกับเกณฑ์ 2.40 คะแนน (ร้อยละ 80.00) พบว่า หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน สูงกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์[9] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย โดยการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตาม MOPH ED. Triage ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีการคัดแยกถูกต้อง ร้อยละ 85.4 มีการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Under triage) ร้อยละ 13.1 การคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ที่

กำหนด (Over triage) ร้อยละ 6.9 และ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฏฐิกา แซ่แต้ และ พัชรินทร์ นะนุ้ย (2565) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED. Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา ได้รูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED. Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลาที่พัฒนาขึ้นเป็น MOPH model ประกอบด้วย 1) แนวทางในการคัดกรองผู้ป่วย (Method: M) ใช้ระบบคัดกรองตาม MOPH ED. Triage 2) การใช้แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยโรงพยาบาลยะลาที่ปรับปรุงใหม่ (Originality: O) 3) การสื่อสารกับผู้มารับบริการ (Patient: P) โดยการใช้สัญลักษณ์ที่เป็นแผ่นป้ายสื่อสาร 4) มีการลงบันทึกในโปรแกรม HosXp (HosXp: H) ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบฯ พบว่า 1) คัดกรองถูกต้อง ร้อยละ 90.3 การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกกลุ่ม Fast track ร้อยละ 93.6 การลงข้อมูลในโปรกรม HosXp ร้อยละ 84.7 มีการคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์(Under triage) ร้อยละ 8.8 จากคัดกรองระดับ 1 เป็น ระดับ 4, ร้อยละ 2.2 ส่วนความคิดเห็น/ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อรูปแบบฯ อยู่ในระดับมาก (M=3.77, SD=0.99)

**ข้อเสนอแนะ**

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1. จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการสภาพแรกรับ ได้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามความเร่งด่วนของผู้ป่วย ร้อยละ 86.67 ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการคัดแยกผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.2. จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วย พบว่า ระดับความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.33 จึงควรเผยแพร่สู่โรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลา 4 เดือนในการพัฒนาและเก็บข้อมูลประเมิลผลหลังเสร็จสิ้นทันที ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะติดตามผลเพื่อประเมินความคงอยู่ของประสิทธิภาพการคัดแยกผู้ป่วย

2.2 ควรมีการทำวิจัยที่เน้นข้อมูลคุณภาพในการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการจัดการระบบคัดแยกผู้ป่วย ACS เพื่อลดความพิการและอัตราการเสียชีวิต

2.3 ควรมีการวิจัยและพัฒนากระบวนการคัดกรองสำหรับห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม โดยใช้โปรแกรมมือถือ Speedy ER ให้รองรับนโยบายโรงพยาบาลอัจฉริยะ

**เอกสารอ้างอิง**

1. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566. [ออนไลน์] 2566 [อ้างเมื่อ 5 สิงหาคม 2566]. จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=1&flagkpi.
2. American College of Emergency Physicieans. Clincal & Practice management: Crowding. [online] 2023 [cited 2023 Aug 5]. Available from: https://www.acep.org/content.aspx?id=29156#sm.0009zc78z1cm9dlrwm01 wuwd 4ie7u.
3. George, F., & Evridiki, K. The effect of emergency department crowding on patient outcomes. Health Science Journal, 9(1): 1-6; 2015.
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ ที่ กพฉ.กำหนด (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2558.
5. กรมการแพทย์. MOPH ED. Triage. นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. คู่มือการดำเนินงานการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยายาบาล ครั้งที่ 1/2564. นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 2564.
7. ณัฏฐิกา แซ่แต้ และ พัชรินทร์ นะนุ้ย. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 9(1): 149-161; 2565.
8. เยาว์รัฐส์ วิไชยมงคล. การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 2(1): 213-226; 2564.
9. เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 13(36): 160-178; 2564.

# การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

# Nursing Practice Guidelines Development for Advance Care Plan for Palliative Care Banphaeng Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: February 6,2024 ; Revised: February 22,2024 ; Accepted: February 24,2024)

**ศิตา พลีจันทร์**[1]
**Sita Pleejan**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ระยะเวลาตั้งแต่พฤศจิกายน 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วย Palliative Care จำนวน 30 คน เลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเทียบกับเกณฑ์ (4.00 คะแนน หรือ ร้อยละ 80.00) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบด้วย 6 หมวด ในแต่ละหมวดได้อธิบายแนวทางการดูแลไว้ให้เข้าใจอย่างชัดเจน เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลบ้านแพง 2. ผลการประเมินตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย Palliative care ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด 3. หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.67 เทียบกับเกณฑ์ (4.00 คะแนน หรือ ร้อยละ 80.00) พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ สูงกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$)

**คำสำคัญ**: การพัฒนาแนวปฏิบัติ, การวางแผนดูแลล่วงหน้า, ผู้ป่วยระยะท้าย

**Abstract**

This action research aimed to develop and evaluate nursing practice guidelines development for advance care plan for palliative care Banphaeng hospital Nakhon Phanom province. The research period from November 2566 - February 2567. Sample size were 30 palliative care patients, selected through purposive selection. Research tools included palliative care performance scale, anxiety and depression scale, performance scale of nursing practice guidelines for advance care plan for palliative, and satisfaction performance scale. Statistical analysis involved frequency, percentage, mean ($\overline{X}$), standard deviation (S.D.), compared analysis of professional nursings' satisfaction scores for nursing practice guidelines development for advance care plan for palliative care against a criterion (4.00 points or 80.00%), and qualitative content analysis.

The research found:1. Effect of nursing practice guidelines development for advance care plan for palliative care, comprised 6 categories. In each category, clear care guidelines were elucidated, appropriately aligned with the context of Baphaeaeng hospital. 2. Evaluation of predefined indicators for palliative care patient care met all

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

criteria. 3. After nursing practice guidelines development, professional nursing s' satisfaction scores were high at 96.67%, significantly surpassing the criterion (4.00 points or 80.00%) with statistical significance (p< 0.01).
**Keyword**: Development of guideline, Advance care plan, Palliative care

**บทนำ**

ปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคองเป็นเรื่องสำคัญต่อสังคม เนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก และบริบทของประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมสูงอายุ นอกจากนี้การรับมือกับโรคร้ายแรงและโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบในชีวิตมีความสำคัญ เช่น โรคมะเร็ง ซึ่งเพิ่มจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าประชากรประมาณ 56.8 ล้านคนต่อปี ต้องการการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 70) และอาศัยในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง โดยมีมากกว่าครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในแอฟริกา องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดให้ทุกประเทศบูรณาการการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อรักษาคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิต และเพิ่มประสิทธิภาพในการเผชิญกับสถานการณ์การเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต[1]

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาหายได้ โดยเน้นการป้องกันและบรรเทาอาการปวดและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น การดูแลนี้ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ เช่น กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย วัตถุประสงค์หลักคือลดความทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้การบริหารทำให้ผู้ป่วยสามารถ "ตายดี" และมีการดูแลครอบครัวหลังจากการจากไปของผู้ป่วย (Bereavement Care)[2] การดูแลนี้ต้องผ่านกระบวนการพยาบาลที่ร่วมทีม โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลที่องค์รวมและมีประสิทธิภาพ ด้วยการประเมินปัญหา วางแผนการดูแล และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจะต้องมีสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองและเข้าใจบทบาทของตนในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้การเรียนรู้และพัฒนาทักษะเพื่อบรรลุเป้าหมายในการดูแลเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาล[3]

การดูแลแบบประคับประคองประกอบด้วย 3 ส่วนหลักคือ 1) การควบคุมอาการไม่สุขสบาย 2) การจัดการโรค และ 3) การดูแลด้านจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ[4] ปัจจุบันการรักษาเพื่อยืดชีวิตและการรักษาที่เกินความจำเป็น เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงอาการรุนแรงและมีความทุกข์ทรมาน เพราะผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการรุนแรง มักไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง การสื่อสารที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[5] ส่วนการวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning) เป็นกระบวนการที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและเป้าหมายการรักษา เพื่อสื่อสารและเตรียมความพร้อมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาล่วงหน้า ผ่านการให้ข้อมูลสิทธิและตัวเลือกการรักษา ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเองได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตและลดความขัดแย้งในการดูแลของครอบครัว สรุปเน้นถึงความสำคัญของความร่วมมือในทีมสาขาวิชาชีพและการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแล[6]

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของประเทศไทย มีการขับเคลื่อนด้วยระบบบริการสุขภาพ (service plan) ระดับเขตสุขภาพ โดยคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับ PCWN เป็นแกนนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ตัวชี้วัดสำคัญ เช่น การบรรเทาอาการปวดด้วย Strong Opioid ผลงานของอำเภอบ้านแพง ร้อยละ 21.78, 17.02 และ 28.44 ตามลำดับ และกิจกรรม Family Meeting และ Advance Care Planning (ACP) อำเภอบ้านแพง ร้อยละ 52.08, 91.69 และ 85.61 ตามลำดับ การดำเนินงานในระดับต่างๆ ทั้งใน

ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ต้องพัฒนาการบริการเพื่อครอบคลุมทุกราย โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งและโรคไตเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแล การทำ ACP ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ในระดับเขตสุขภาพ 8 มีความสำเร็จสูง แต่ยังต้องส่งเสริมในระดับจังหวัดและอำเภอ ส่วนการบรรเทาอาการปวดด้วย Strong Opioid ในระดับอำเภอบ้านแพง ผลงานต่ำกว่าระดับจังหวัดและเขต การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตควรให้ความสำคัญในการลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว[7]

สภาพปัญหาการดำเนินงาน Palliative Care โรงพยาบาลบ้านแพง พบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นกลุ่มที่มีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อนทั้งปัญหาจากความเจ็บป่วยและปัญหาที่เกิดจากความบกพร่องทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา ทีม Palliative Care ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างทั่วถึง ขาดโครงสร้างการบริหารงาน ใช้พยาบาลจากกลุ่มงานต่างๆ หมุนเวียนออกมาดูแลคลินิกทุกวันพฤหัส ทำให้การจัดระบบบริการต่างๆ ทำได้ยาก พบประเด็นปัญหาการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย การให้ข้อมูลและการสนับสนุนการตัดสินใจเลือกการรักษาในผู้สูงอายุ CKD stage 5 ที่มีโรคร่วม ที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งน้ำตาลและความดันโลหิต ญาติไม่เข้าใจในพยาธิสภาพของโรค ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีที่สุด และต้องการให้อยู่ในความดูแลของแพทย์ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายมากก่อนที่ผู้ป่วยจะจากไป รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งระยะ 3-4 เข้าใจในความเป็นไปของโรค ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ในการพัฒนากระบวนการดูแล มีการสะท้อนผล เพื่อนำสู่การปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

**กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในโรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วย Palliative Care (รหัส ICD10: Z515) จำนวน 30 คน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านแพง ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566- กุมภาพันธ์ 2567

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ผู้วิจัยปรับปรุงจาก กัลยาณี มูลฐี[8] ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

2.1 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวน ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน ที่พัฒนาโดยโรงพยาบาล

มหาราชนครเชียงใหม่[9] ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

2.2 แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ปรับปรุงจากแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่พัฒนาโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และ อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช[10] ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.27-0.96 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.90

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ผู้วิจัยปรับปรุงจาก กัลยาณี มูลฐี[8] ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.25-0.79 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.81

3.2 การประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.31-0.87 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.88

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคล ตัวชี้วัดตามเกณฑ์ Service Plan (Palliative Care ) โดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติเทียบกับเกณฑ์ร้อยละ 80 (4.00 คะแนน) โดยใช้สถิติ t-test (Paired sample) ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงคุณลักษณะ

**การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย**

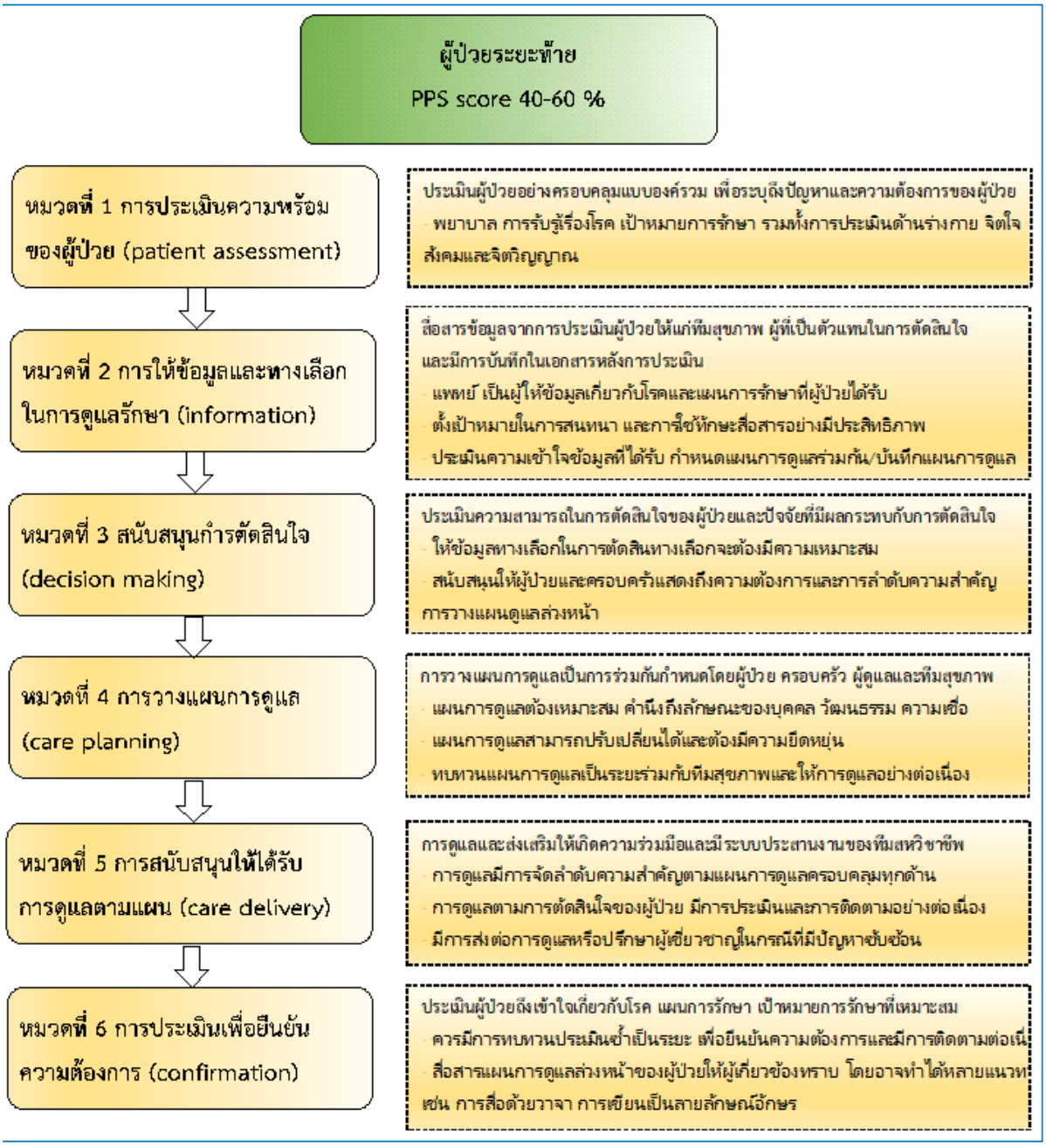
งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยจังหวัดนครพนม เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย เลขที่ REC 115/66

**สรุปผลการวิจัย**

**ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)**

1. ผลการวิเคราะห์บริบท

ทีมสหวิชาชีพได้ประชุมระดมสมองวิเคราะห์บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ พบปัญหาโครงสร้างบริหารงานไม่ชัดเจน ใช้วิธีการหมุนเวียนของพยาบาลทีม Palliative Care ทำให้บริการไม่ต่อเนื่อง การบริการที่ไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายเผชิญกับความเจ็บปวดและปัญหาจากโรค การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและการให้ข้อมูลทางเลือกในการดูแลไม่ชัดเจน ญาติไม่เข้าใจในพยาธิสภาพความเป็นไปของโรค ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีที่สุด และต้องการให้อยู่ในความดูแลของแพทย์ ทำให้ญาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ในการดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต จากนั้นได้วางแผนการดำเนินงาน โดยมีการจัดตั้งงาน Palliative Care จัดทีมรับผิดชอบอย่างชัดเจน และจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ดังภาพที่ 1




ภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย
ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

**ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action)**

1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาล เทคนิคขั้นตอนการสื่อสาร การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) การประเมิน PPS-Adult Suandok และการประเมินอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า และการบริหารยา MO/ กัญชาทางการแพทย์ เพื่อบรรเทาอาการปวด หรือบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ ในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

2. นิเทศหน้างานทีม Palliative Care เพื่อให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ครอบคลุม 4 ด้าน

3. นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มาใช้ในผู้ป่วย จำนวน 30 คน ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2567 และประเมินผล

**ขั้นที่ 3 การสังเกตผล (Observation)**

1. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วย Palliative Care (รหัส ICD10: Z515) จำนวน 30 คน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านแพง ในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 ผลเป็นดังนี้

1.1 ด้านการระบุความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว ความคาดหวังความต้องการและทางเลือกการรักษา พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีการระบุความปรารถนาและความต้องการในการรักษาอย่างชัดเจน โดยมีผู้ตัดสินใจแทนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้

1.2 ด้านการวางแผนการดูแลเพื่อการบรรเทาอาการไม่สุขสบาย พบว่า มีการวางแผนการดูแลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย เช่น การบริหารความสะอาดของร่างกาย การจัดการอาการปวด และการดูแลอาการหายใจเหนื่อย

1.3 ด้านการวางแผนการดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉิน พบว่า มีการวางแผนการดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า และการใส่สายอาหาร

1.4 การวางแผนการดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลประคับประคองต่อที่บ้านเมื่อผู้ป่วยต้องกลับบ้าน พบว่า มีการจัดสถานที่อยู่และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม รวมถึงการใช้อุปกรณ์การดูแลเพื่อช่วยบรรเทาอาการ

2. การบรรลุตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย Palliative Care

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการบรรลุตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย Palliative Care (n=30)

| รายการ | เป้าหมาย | ผลงาน (ร้อยละ) |
|---|---|---|
| 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Palliative Care ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว | >ร้อยละ 80 | 30 (100) |
| 2. การจัดการอาการปวดและอาการรบกวนต่างๆด้วย Strong Opioid อย่างมีคุณภาพ | >ร้อยละ 50 | 16 (53.33) |
| 3. การจัดการอาการปวดและอาการรบกวนต่างๆด้วย กัญชาทางการแพทย์ | >ร้อยละ 30 | 11 (36.67) |
| 4. ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ภายใน 2 สัปดาห์ | >ร้อยละ 80 | 29 (96.67) |

จากตารางที่ 1 การประเมินการบรรลุตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย Palliative Care พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Palliative Care ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ร้อยละ 100 การจัดการอาการปวดและอาการรบกวนต่างๆด้วย Strong Opioid อย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 53.33 การจัดการอาการปวดและอาการรบกวนต่างๆด้วย กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 36.67 และผู้ป่วยระยะท้ายแบบได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ภายใน 2 สัปดาห์ ร้อยละ 96.67

3. ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการวาง

แผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

3.1 ระดับและคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ตารางที่ 2 ระดับและคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (n = 30)

| ความพึงพอใจ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| 1. ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.0 คะแนนขึ้นไป) | 29 | 96.67 |
| 2. ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.0 - 3.9 คะแนน) | 1 | 3.33 |
| 3. ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 3.0 คะแนน) | 0 | 0.00 |
| รวม | 30 | 100 |
| คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | $\overline{X}$ = 4.4 | S.D.= 0.2 |

จากตารางที่ 2 หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมีระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย อยู่ในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 96.67 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.33 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.43, S.D.= 0.21)

3.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเทียบกับเกณฑ์ (4.00 คะแนน หรือ ร้อยละ 80.00)

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเทียบกับเกณฑ์ (4.00 คะแนน หรือ ร้อยละ 80.00)

| ตัวแปร | ค่าเกณฑ์ | ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) | S.D. | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ความพึงพอใจในการดูแล | 4.00 | 4.43 | 0.21 | 11.27 | .000* |

** มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเทียบกับเกณฑ์ (4.00 คะแนน หรือ ร้อยละ 80.00) พบว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ สูงกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$)

**ขั้นที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection)**

จากการดำเนินการวิจัย ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) หลายวงรอบ จนกระทั่งการวิจัยบรรลุตามวัตถุประสงค์

ดังนั้น จึงสรุปว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านแพง ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ได้จริง

**อภิปรายผล**

**1. ผลการวิเคราะห์บริบท สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย สภาพปัญหา/ ส่วนขาดในการดูแลผู้ป่วย Palliative Care และการบริหารยา MO/ กัญชาทางการแพทย์** ในการศึกษาข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย Palliative Care วิเคราะห์ปัญหา ส่วนขาดในการดูแล โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ทำซ้ำวนตามวงรอบหลายๆ รอบ จนกระทั่งบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ โดยมีทีมสหวิชาชีพ คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (PCT) จากการวิเคราะห์ พบปัญหาและส่วนขาดในการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ปัญหาที่พบ คือ1) ด้านระบบการให้บริการในคลินิกประคับประคอง 2) ปัญหาความแตกต่างด้านประสบการณ์ในการ ประเมินระดับผู้ป่วย Palliative Care ประเมิน อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า 3) ปัญหาด้านความพร้อมของเวชภัณฑ์ยา การเบิกยา MO ใช้ใน syringe driver ไม่ชัดเจน 4) ปัญหาด้านความพร้อมของสถานที่ 5) ปัญหาด้านความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานในมาตรฐานการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย ทีมได้ระดมสมองแก้ปัญหา โดยการเข้ามาพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย ร่วมทั้งการบริหารยา MO/ กัญชาทางการแพทย์ ให้เพียงพอต่อผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการปวด หรือบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ ปัญหาที่พบได้รับการจัดการโดยการทำผังแนวปฏิบัติเพื่อให้ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่วางไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวงศ์แกล้ว และ อิศรา สพสมัย[11] ที่ศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังเข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X}$= 3.44, SD = 1.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**2. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง** การพัฒนาครั้งนี้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 6 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย (patient assessment) หมวดที่ 2 การให้ข้อมูลและทางเลือกในการรักษา (information sharing) หมวดที่ 3 การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision making) หมวดที่ 4 การวางแผนการดูแล (care planning) หมวดที่ 5 การสนับสนุนให้ได้รับการดูแลตามแผน (care delivery) และ หมวดที่ 6 การประเมินเพื่อยืนยันความต้องการ (confirmation) โดยในแต่ละหมวดได้อธิบายแนวทางการดูแลไว้ให้เข้าใจอย่างง่ายเหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลบ้านแพง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่รับผู้ป่วยระยะท้ายกลับมาดูแลต่อทั้งในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องในชุมชน การให้ข้อมูลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย และญาติจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ลดค่าใช้จ่ายในการดูผู้ป่วยโดยรวมในการรักษาพยาบาล และในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายยังได้มีการประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (PPS-Adult Suandok) และการประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Thai HADS) เพื่อวางแผนการดูแลแยกผู้ป่วยตาม PPS 3 ระยะ ได้แก่ 1) PPS 70%-PPS100% (3 เดือน-1 ปี) 2) PPS 40%-60% (17-89 วัน) 3) PPS 0 %-PPS 30% (1-20 วัน) โดยทีม Palliative Care ทำการประเมิน กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วย Palliative Care (รหัส ICD10: Z515) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกผู้ป่วยระยะท้ายที่มี PPS 40%-60% มาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลใน

การวางแผนดูแลล่วงหน้า สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ[12] ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบประคับประคองต่อความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความเครียด ความวิตกกังวล พบว่า 1) ภายหลังใช้โปรแกรม ความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา มณีท่าโพธิ์ และคณะ[13] ที่ศึกษาผลลัพธ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการนำระบบการพยาบาลไปใช้ ผู้ป่วยรับการคัดกรองเข้าสู่ระบบการพยาบาลได้ถูกต้อง รับการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองอย่างถูกต้อง และรับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าสูงกว่าก่อนนำไปใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.05

**3. ผลการประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง**

หลังพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้นำมาใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 จำนวน 18 ราย และผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 12 ราย ได้ผลดังนี้ 1) ด้านการระบุความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว ความคาดหวัง ความต้องการและทางเลือกการรักษา ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยและญาติ สามารถระบุสถานที่เสียชีวิตได้ มีญาติที่ตัดสินใจแทน และต้องการพิธีการทางศาสนา 2) ด้านการวางแผนการดูแลเพื่อการบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและญาติมีการวางแผนเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายไม่ปวด ไม่เหนื่อยหอบ แต่ไม่ต้องการทำหัตถการ เช่น การเจาะปอดการใส่สายยาง 3) ด้านการวางแผนการดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ไม่ต้องการอุปกรณ์ช่วยยื้อชีวิต เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การฟอกไต การกระตุ้นหัวใจด้วยเครื่อง 4) ด้านการวางแผนการดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลประคับประคองต่อที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีการวางแผนการจัดสถานที่อยู่ สิ่งแวดล้อมเมื่อกลับบ้าน และมีการวางแผนการใช้อุปกรณ์ในการดูแล เช่น การใช้ออกซิเจน ยาใช้ยาแก้ปวดหรือยาที่ใช้ในการจัดการอาการรบกวนเหนื่อยหอบ ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการวิจัยของวรนุช จันทะบูรณ์ และบัวพันธ์ พรหมพักพิง[14] ที่ศึกษาความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน และระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า ผู้ป่วยต้องการอยู่กับครอบครัวและญาติพร้อมหน้าพร้อมตา ได้รับการบำบัดความเจ็บปวดทรมานให้พอรับได้ ส่วนครอบครัวไม่อยากเห็นผู้ป่วยเจ็บปวดทรมาน ต้องการสนับสนุนทั้งด้านความรู้และเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย

**4. การบรรลุตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย Palliative Care และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง**

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ร้อยละ 100 การจัดการอาการปวดและอาการรบกวนต่างๆด้วย Strong Opioid อย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 53.33 การจัดการอาการปวดและอาการรบกวนต่างๆด้วย กัญชาทางการแพทย์ และผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ภายใน 2 สัปดาห์ ร้อยละ 96.67 ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ทีมพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Palliative Care กำหนดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ผลการดูแลบรรลุตัวชี้วัดทุกตัว เนื่องจากการได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ ส่งผลให้การประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่า หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมีระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.43, S.D.= 0.21) และเมื่อ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเทียบกับเกณฑ์ (4.00 คะแนน หรือ ร้อยละ 80.00) พบว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ สูงกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณ โพธิงาม[15] ที่ศึกษาการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่า แนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การคัดกรองและการให้ข้อมูลการดูแล 2) การประเมินและการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 3) การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 4) การดูแลระยะใกล้ตายและหลังการสูญเสีย ผลของการใช้แนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองพบอาการรบวนที่เป็นปัญหาสำคัญคืออาการปวดพบ 57 % อาการเหนื่อยหอบ 40 % ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองก่อนและหลังให้การพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) หลังการสูญเสีย 87% ของญาติรับรู้ถึงการจากไปอย่างสงบและสง่างาม 90 % ไม่มีอาการเศร้าโศกและซึมเศร้าที่ผิดปกติ 94 % ของญาติผู้ดูแลพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ และ 88 % ของพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นแนวทางการพยาบาลนี้สามารถนำไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิไล วงศ์แกล้ว และอิศรา สพสมัย[11] ที่ศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่าความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.92, SD = 0.30) และกลุ่มตัวอย่างประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี คิดเป็นร้อยละ 84.44 อยู่ในระดับมาก ระดับความพึงพอใจของพยาบาล ทีมสหวิชาชีพต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< 0.05, t= 39.371)

**ข้อเสนอแนะ**

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1. จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย 6 หมวด ในแต่ละหมวดได้อธิบายแนวทางการดูแลไว้ให้เข้าใจอย่างง่าย เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลบ้านแพง ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อย่างต่อเนื่อง

1.2. หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลตัวชี้วัดบรรลุตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ทุกตัวชี้วัด ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อย่างต่อเนื่อง

1.3 หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.67 ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลา 4 เดือนในการพัฒนาและเก็บข้อมูลประเมิลผลหลังเสร็จสิ้นทันที ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะติดตามผลเพื่อประเมินความคงอยู่ของประสิทธิภาพการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

2.2 ควรมีการทำวิจัยปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างน้อยทุก 2 ถึง 3 ปี และควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีระดับความน่าเชื่อถือและหลักฐานอ้างอิงในระดับ 2 และ 3 เพื่อให้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเข้มแข็งทางวิทยาศาสตร์มากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. *Global atlas of palliative care*. (2nd ed.). Open Society Foundations' Public Health Programme. International Palliative Care Initiative; 2020.
2. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2564*. บริษัทสำนักพิมพ์สื่อตะวัน.; 2564.
3. ราตรี ฉิมฉลอง. สมรรถนะและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. *เวชสารแพทย์ทหารบก* 74(3): 233-239; 2564.
4. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพียสุพรรณ์. *แนวทางการดำเนินงาน ศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล ศูนย์การุญรักษ์*. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.
5. Ferrell, R.B., Jennifer S. Temel, S.T., Temin, S., Alesi, R.E., Balboni, A.T., Basch, M.E., Firn, I.J., Paice, A.J., Peppercorn, M.J., Phillips, T., Stovall†, L.E., Zimmermann, C., & Smith, J.T. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology* 35(1): 96-112; 2017.
6. กัลยาณี มูลฐี, ประทุม สร้อยวงค์ และ วราวรรณ อุดมความสุข. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: การวิจัยดำเนินการ. *เชียงใหม่เวชสาร* 60(4): 675-693; 2564.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. *ข้อมูลตอบสนอง Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care*. [ออนไลน์] 2566 [อ้างเมื่อ 5 สิงหาคม 2566]. จาก https://spkhdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5.
8. กัลยาณี มูลฐี. *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการวางแผน ดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง*. [ปริญญามหาบัณฑิต]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563.
9. บุษยามาส ชีวสกุลยง, และ ลดารัตน์ สาภินันท์. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for Adult Suandok) (PPS Adult Suandok). ใน: บุษยามาส ชีวสกุลยง, บรรณาธิการ. *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care*. กลางเวียงการพิมพ์; 2556.
10. ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, และ อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 41(1): 18-30; 2539.
11. วิไล วงศ์แกล้ว และอิศรา สพสมัย. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา* 8(2): 339-350; 2566.
12. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, กุลพิชฌาย์ เวชรัชต์พิมล, นัชพร ฤทธาปัญญา,และ นฤมล บุญบางยาง, ผลของการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบประคับ ประคอง ต่อความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและผู้ดูแล. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ* 9(1): 134-146; 2566.
13. นิตยา มณีท่าโพธิ์, พรรณี ชูศรี, สมพร เจษฎาญานเมธา, ปัญญา เถื่อนด้วง และวิภาพร สิทธิสาตร์. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 40(4): 1-12; 2565.
14. วรนุช จันทะบูรณ์ และ บัวพันธ์ พรหมพักพิง. ความอยู่ดีมีสุขและระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. *วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)* 14(28): 151-165; 2565.
15. อรุณ โพธิงาม. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา* 8(2): 117-126; 2566.

# การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี ในการชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม

# Model Development of Chronic Kidney Disease Patients Stage 3 Care by Self-management and Case Management for Slow Progression of Chronic Kidney Disease in Wangyang Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: February 6,2024 ; Revised: February 22,2024 ; Accepted: February 24,2024)

**อมรรัตน์ มณีนิล**[1]
**Amonrat Maneenin**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีในการชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม ระยะเวลาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2566 ถึง พฤศจิกายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 38 คน เลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม แบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ paired sample t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1. ผลเชิงกระบวนการ เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองใช้ทักษะการกำกับตนเอง (Self-regulation) 2) การให้ความรู้โรคไตเรื้อรัง 3) การติดตามต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ 4) ภาคีเครือข่ายระดับชุมชนดูแลแบบองค์รวม 2. ผลเชิงผลลัพธ์ 1) หลังพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อม และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$) 2) ผลลัพธ์ทางคลินิก หลังพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยโรคไต มีอัตราการกรองของไต สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และค่าความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$) ส่วนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ไม่แตกต่างกัน

**คำสำคัญ**: การจัดการตนเอง, การจัดการรายกรณี, การชะลอไตเสื่อม

**Abstract**

This action research aimed to develop and evaluate model development of chronic kidney disease patients stage 3 care by self-management and case management for slow progression of chronic kidney disease in Wangyang hospital Nakhon Phanom province. The period is from May 2023 to November 2023. Sample size were 38 patients with stage 3 chronic kidney disease. Research participants were selected by purposive selection. The tools used in the research include a clinical outcome assessment form, self-management behavior measure to slow progression of kidney, and quality of life assessment form. Data were analyzed by finding frequencies, percentage, average, and standard deviation, Compare differences in average scores on self-management behavior, quality of life, and clinical outcomes. before and after developing the model with t-test (pair sample). Qualitative data was analyzed by content analysis. the research results found that:

1. Process results. A model for caring for patients with stage 3 chronic kidney disease has emerged, consisting of: 1) Promoting self-management behavior, using self-regulation skills, 2) education about chronic kidney disease, 3) Continuous follow-up at home by a multidisciplinary team, and 4) Community level network partners provide holistic care. 2. Results. 1) After developing the model. Patients with chronic kidney disease had an average score of

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม

self-management behaviors in delaying kidney deterioration, and average score of quality of life higher than before developing the model. Statistically significant (p< 0.01). 2) Clinical results. After developing the model, patients with kidney disease have a higher glomerular filtration rate, higher than before developing the model, statistically significant (p< 0.01). Systolic and diastolic blood pressure levels were lower than before the model was developed, statistically significant (p< 0.01). The average body mass index and waist circumference no different.
**Keywords**: Self-management, Case management, Slow progression of kidney

**บทนำ**

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อสุขภาพและเสียชีวิตก่อนวัย โรคนี้ทำให้ต้นทุนด้านเศรษฐกิจสูงขึ้น โดยเฉพาะการรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต การวิเคราะห์พบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 970,436 ราย ในปี ค.ศ.1999 เป็น 1,172,655 ราย ในปี ค.ศ. 2004 มีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นจาก 30,000 ราย ในปี ค.ศ. 2000 เป็น 51,000 ราย ในปี ค.ศ. 2010 โดยคาดการว่าความชุกจะเพิ่มขึ้นในผู้ใหญ่อายุ 30 ปีขึ้นไปจาก 13.2% ในปี ค.ศ. 2020 เป็น 16.7% ในปี ค.ศ. 2030 ภายใต้กรอบของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 17.6% ของประชากร (ประมาณ 8 ล้านคน) โดยผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี จาก 68.35 ต่อล้านคน ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 249.06 ต่อล้านคน ในปี พ.ศ. 2556 ค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตโดยล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเฉลี่ยประมาณ 240,000 บาท/คน/ปี และต้องใช้งบประมาณสูงถึง 6,318 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งกำลังเป็นภาระต่อระบบสุขภาพแห่งชาติไปอย่างมาก[1, 2]

National Kidney Foundation ได้กำหนดความหมายของภาวะไตเสื่อมว่า เกิดขึ้นเมื่ออัตราการกรองของหน่วยไตต่ำกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร เป็นเวลา 3 เดือนหรือมากกว่า 3 เดือน และอาจมีหรือไม่มีการทำลายไตหรือความผิดปกติโครงสร้างหรือหน้าที่ของไต ระยะรุนแรงของภาวะไตเสื่อมถูกแบ่งออกเป็น 5 ระยะ โดยการเสื่อมหน้าที่ไตเป็นการเสื่อมลงเรื่อย ๆ ซึ่งไม่สามารถกลับคืนมาได้ เนื่องจากการทำลายถาวรของไต ในระยะ 3-4 อัตราการกรองของหน่วยไตลดลง ส่วนในระยะ 5 จำเป็นต้องให้การบำบัดทดแทนไต เนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลงและมีการลดปริมาณของหน่วยไต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เนื่องจากไตจะทำงานลดลงจากขนาดและจำนวนหน่วยไตที่ทำงานได้ลดลงร่วมกับปริมาณเลือดมาเลี้ยงไตลดลง ชี้ว่าในระยะปกติตั้งแต่ทารกจนกระทั่งอายุ 30 ปีขึ้นไปอัตราการกรองที่ไตจะลดลง 1 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร และพบว่าโครงสร้างของไตมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงไตลดลง ผลกระทบจากการสูญเสียหน่วยไตทำให้อัตราการกรองลดลง ในวัย 70 ปีหน้าที่ไตลดลงร้อยละ 50 หรือมากกว่า[3]

จากรายงานการลงทะเบียนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558 พบว่าสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไตจากหน่วยไตเทียมมากที่สุดคือโรคเบาหวาน (37.5%) และต่อมาคือโรคความดันโลหิตสูง (26.8%) และโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะ เฉพาะนิ่วทางเดินปัสสาวะ (4.3%) และโรค Chronic Glomerulonephritis (2.4%) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคไตเรื้อรังร้อยละ 20.4 สูงกว่าภาคกลาง (13.7%) และภาคใต้ (13.4%) (สมาคมโรคไต, 2558) นอกจากนี้ ยังพบว่าการใช้ยาพื้นบ้านต่าง ๆ มีส่วนเสี่ยงในการเกิดโรคไตเสื่อม โดยเฉพาะการใช้ยาลูกกลอนที่มีสมุนไพรและโลหะหนัก รวมถึงการใช้ Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAID) เป็นเวลานาน ซึ่งทำให้เกิดการสะสมยาที่ไตลดลง และเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรักษาที่เหมาะสมเป็นสำคัญเพื่อ

ชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตและป้องกันการเปลี่ยนเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย[4] การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีความสำคัญในการชะลอการเสื่อมของไตและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อยืดเวลาการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างยาวนานที่สุด การจัดการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรมุ่งเน้นที่การวินิจฉัยและการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรกด้วยรูปแบบการจัดการที่มุ่งเสนอบริการโดยทีมสหวิชาชีพที่มีแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมจากผู้ป่วยและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญ การจัดทรัพยากรและทำงานร่วมกันของทีมเป็นส่วนสำคัญ การมีระบบข้อมูลที่เหมาะสมและการให้การสนับสนุนตลอดระยะเวลาดูแลรักษาเป็นปัจจัยสำคัญในการประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย[5]

โรงพยาบาลวังยาง อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด 361 คน แบ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามระยะของโรคคือ ระยะที่ 1 จำนวน 15 คน ระยะที่ 2 จำนวน 65 คน ระยะ 3a จำนวน 84 คน 3b จำนวน 88 คน ระยะที่ 4 จำนวน 51 คน และระยะที่ 5 จำนวน 58 คน[6] ซึ่งปัจจุบันปริมาณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะในระยะ 3a, 3b ฉะนั้นจึงจำเป็นจะต้องดำเนินการเพื่อชะลอไตเสื่อมเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ 4 และ5 โดยการใช้รูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อจัดรูปแบบการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยลดขั้นตอนบริการ ปรับปรุงคุณภาพการดูแลโดยเน้นการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในรูปของ Patient care team ใช้แผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ มีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมบุคลากรด้านสุขภาพ ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เน้นการชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและลดภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสมนำไปสู่ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืนและวางแนวทางการให้บริการ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย สามารถชะลอไม่ให้เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายให้ช้าที่สุดเพื่อลดขั้นตอนการบำบัดทดแทนไต รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างต่อเนื่องอันจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดีขึ้น

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในการชะลอไตเสื่อม โดยใช้การจัดการตนเอง และการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในการชะลอไตเสื่อม โดยใช้การจัดการตนเอง และการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม

**วิธีดำเนินการวิจัย**

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

**ขั้นตอนที่ 1** ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา สภาวะสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม

**ขั้นตอนที่ 2** สังเคราะห์รูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการจัดการตนเองและการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และจัดทำแนวทางการดูแล (Clinical Nursing Practice Guideline; CNPG) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 7 คน เภสัชกร 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน รวม 10 คน เข้าร่วมประชุมรับฟังผลการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและร่างรูปแบบ

ในการดูแลของผู้ป่วย ให้ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อปรับปรุงระบบการดูแลของผู้ป่วยที่เหมาะสม กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งพัฒนาสมรรถนะทีมดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

**ขั้นตอนที่ 3** นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่พัฒนาจากขั้นที่ 2 นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a จำนวน 17 คน และ 3b จำนวน 21 คน รวมจำนวน 38 คน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลวังยางและสมัครใจเข้าร่วม ประเมินก่อนและหลัง (Pretest-posttest one group design) โดยการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม คุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก

**ขั้นตอนที่** 4 ประเมินผลและแก้ไขปรับปรุงคืนข้อมูล โดยใช้ผลการศึกษาในขั้นที่ 1-3 หากพบผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ก็มีการทบทวนเพื่อแสวงหาวิธีการใหม่ จากนั้นก็ปฏิบัติตามวงรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการอีกครั้งตามขั้นตอน การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ทำซ้ำวนตามวงรอบ จนกระทั่งบรรลุผลตามวัตถุประสงค์

**กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) และเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เลือกกลุ่มผู้ร่วมวิจัยแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับยาที่คลินิกโรคไตเรื้อรังในช่วง พฤษภาคม – พฤศจิกายน 2566 และมีที่อยู่ในเขตตำบลวังยางที่ PCU โรงพยาบาลวังยางให้บริการดูแลต่อเนื่องที่ชุมชน และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวนทั้งหมด 38 คน จำแนกเป็น 3a จำนวน 17 คน และ 3b จำนวน 21 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ผู้ประกอบอาหารรับประทานเป็นประจำ ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และโรคร่วม

2. แบบบันทึกผลการตรวจประเมินทางคลินิก ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต (Systolic and diastolic blood pressure) และอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate, GFR) ผ่านตรวจสอบคุณภาพ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.21 - 0.62 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.81

3. แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้ยาสมเหตุผล มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ผ่านตรวจสอบคุณภาพ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.28 - 0.78 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.86

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ ปรับปรุงจากแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[7] ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ผ่านตรวจสอบคุณภาพ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.26 - 0.80 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.89

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคลและตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น โดยการหา

ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงวิเคราะห์ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังดำเนินการ ด้วยสถิติ paired sample t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

**การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย**

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยจังหวัดนครพนม เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย เลขที่ 023/66

**ผลการวิจัย**

**1. ผลเชิงกระบวนการ**

1.1 สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในการดูแลของโรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม

โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3a และ 3b จำนวน 38 ราย มีโรคประจำตัวเดิมที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 71.05 ลักษณะชุมชนอำเภอวังยางเป็นชุมชนชนบท ส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานเอง สาเหตุการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง เนื่องจากชอบรับประทานอาหารประเภทแกงที่ใส่ปลาร้าและผงชูรส เช่น แกงหน่อไม้ แกงอ่อมใบขี้เหล็กใส่หนังเค็ม พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากต้องประกอบอาชีพ และมีการใช้ยาไม่ถูกต้อง การเข้าถึงระบบคัดกรองสุขภาพน้อย เนื่องจากการเดินทางลำบาก ส่งผลให้ประชากรมีการดูแลสุขภาพน้อย รวมถึงการใช้ยาต้านอักเสบชนิด NSAID ที่มีผลต่อการเสี่ยงต่อการเสื่อมของไต เป็นปัจจัยที่ทำให้โรคไตเรื้อรังเกิดขึ้น

จากการประชุมร่วมกันของผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ได้ข้อสรุปแนวทางการชะลอความเสื่อมของไต จัดเป็นทางออกที่ดีที่สุด ในการลดความรุนแรงของปัญหาโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลวังยาง มุ่งเน้นการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต ลดการอักเสบของไต การจำกัดโปรตีนในอาหาร และแก้ไขภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะเป็นส่วนสำคัญ นอกจากการใช้ยา ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารเพื่อลดความรุนแรงของโรค การจัดการอาหารสำหรับโรคไตควรคำนึงถึงพลังงานอาหารที่เหมาะสม และควบคุมสัดส่วนของโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน ร่วมกับการระมัดระวังอาหารที่มีฟอสเฟตสูง เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการที่อาจเสี่ยงต่อการรุนแรงของโรคไต

1.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม มุ่งสร้างคลินิกโรคไตเรื้อรังและใช้แนวทางการจัดการตนเองร่วมกับรายกรณี เพื่อลดความรุนแรงของโรค ทีมสหวิชาชีพร่วมมือวางแผนรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทีมสหวิชาชีพรับผิดชอบในการบริการและวางแผนการปฏิบัติงานเพื่อสร้างความดุลยภาพในการดำเนินงานและเพิ่มประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม บุคลากร และผู้ป่วยช่วยพัฒนาศักยภาพในการดูแลโรคไตเรื้อรังอย่างครบวงจร ผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกัน ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองผ่านการตั้งเป้าหมายและความสามารถในการกำกับตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังและการเสริมความรู้

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 4 ประสานภาคีเครือข่ายระดับชุมชน

การปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนมีการตั้งเป้าหมาย, การติดตาม, การตัดสินใจ, การวางแผน, และการประเมินตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและชะลอโรคไตเรื้อรังในระดับชุมชน

**2. ผลเชิงผลลัพธ์**

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

| ตัวแปร | ก่อนพัฒนารูปแบบ | | หลังพัฒนารูปแบบ | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{X}$ | S.D. | $\bar{X}$ | S.D. | | |
| พฤติกรรมการจัดการตนเอง | 43.18 | 5.07 | 68.39 | 7.08 | 26.86 | .000** |

** มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อม สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$)

2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

| คุณภาพชีวิต | ก่อนพัฒนารูปแบบ | | หลังพัฒนารูปแบบ | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{X}$ | S.D. | $\bar{X}$ | S.D. | | |
| 1. ด้านสุขภาพกาย | 15.16 | 1.85 | 30.13 | 3.17 | 27.43 | .000** |
| 2. ด้านจิตใจ | 12.74 | 2.13 | 26.03 | 3.17 | 28.40 | .000** |
| 3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | 6.34 | 1.58 | 12.87 | 1.74 | 22.20 | .000** |
| 4. ด้านสิ่งแวดล้อม | 17.63 | 3.63 | 34.26 | 4.15 | 27.12 | .000** |
| 5. คุณภาพชีวิตโดยรวม | 56.05 | 6.16 | 112.00 | 11.75 | 32.81 | .000** |

** มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$)

2.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

| ตัวแปร | ก่อนพัฒนารูปแบบ | | หลังพัฒนารูปแบบ | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{X}$ | S.D. | $\bar{X}$ | S.D. | | |
| 1. ดัชนีมวลกาย | 24.79 | 5.20 | 24.69 | 5.18 | 1.501 | .071 |
| 2. เส้นรอบเอว | 83.01 | 15.01 | 83.03 | 14.91 | 1.617 | .057 |
| 3. อัตราการกรองของไต | 43.51 | 10.92 | 53.12 | 12.72 | 10.322 | .000** |
| 4. ระดับความดันโลหิต | | | | | | |
| 4.1 Systolic | 124.32 | 22.19 | 120.47 | 21.29 | 4.203 | .000** |
| 4.2 Diastolic | 73.63 | 14.21 | 71.79 | 13.60 | 3.196 | .000** |

** มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิก หลังพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยโรคไต มีอัตราการกรองของไต สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และค่าความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$) ส่วนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ไม่แตกต่างกัน

**อภิปรายผล**

**1. อภิปรายผลเชิงกระบวนการ**

ผลเชิงกระบวนการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในการชะลอไตเสื่อม โดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี ก่อนเริ่มกระบวนการพัฒนารูปแบบได้มีการประเมินสถานการณ์โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลวังยาง พบว่า อำเภอวังยางเป็นชุมชนชนบท ส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานเอง แต่อาหารที่รับประทานจะเป็นอาหารประเภทแกงที่ใส่ปลาร้า และผงชูรส เช่น แกงหน่อไม้ แกงอ่อมใบขี้เหล็กใส่หนังเค็ม แจ่วปลาที่ใส่ปลาร้า อาหารเหล่านี้รับประทานเป็นเวลานานเข้าจะส่งผลให้ไตทำงานหนักมากขึ้น เพื่อเป็นการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตามแนวคิดการจัดการตนเองและการการจัดการรายกรณีขึ้นพบว่ารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอวังยาง คือ การจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรัง กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมสหวิชาชีพในการให้บริการเพื่อชะลอความเสื่อมของไตอย่างชัดเจน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยาสมเหตุผล โดยใช้ทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง (Self-regulation) โดยการตั้งเป้าหมาย ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยในการชะลอความเสื่อมของไตด้วยตนเอง การติดตามตนเองและการสะท้อนคิดจากการประเมินปัญหาและอุปสรรคของตนเองที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการชะลอโรคไตเรื้อรัง สิ่งที่ต้องได้รับการแก้ไข การตัดสินใจหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง การวางแผนและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง และการประเมินตนเอง ภายหลังการปฏิบัติว่าบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต เล่าประสบการณ์ตรง และฝึกทักษะการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยแยกเป็นฐานเรียนรู้ ในแต่ละด้านของพฤติกรรมการร่วมกับการเสริมความรู้ เกี่ยวกับการจัดการตนเอง 3) การติดตามต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเยี่ยมเสริมพลังแก้ปัญหา ระดับบุคคล ร่วมกับญาติผู้ป่วย มีบันทึกการติดตามรายบุคคล ภายหลังการเยี่ยมจะร่วมประชุมประเมินพฤติกรรมเสี่ยงปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน วางแผนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำการประเมินความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และวางแผนจัดการตั้งแต่เริ่มพบความเสี่ยง วางแผนให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติให้สามารถจัดการกับภาวะฉุกเฉิน 4) การประสานภาคีเครือข่ายระดับชุมชนในการดูแลแบบองค์รวม ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วย และครอบครัวหรือผู้ดูแลให้มีศักยภาพ และสามารถจัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการวิจัยของ จารุวรรณ บุญศล[8] ได้ศึกษารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การประเมินเพื่อค้นหาปัญหา โดยการประเมิน ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังจากเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเอง การวางแผนปฏิบัติตัวและการเตรียมความพร้อมรายบุคคล แก้ไขปัญหาและสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองและติดตามเยี่ยมบ้าน และติดตามและประเมินผลการจัดการสุขภาพตนเอง และสอดคล้องกับการวิจัยของ คำแปลง ศรีซ้ง[9] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การวิจัยและพัฒนา ที่ได้ศึกษาบริบทก่อนแล้วนำปัญหามาพัฒนารูปแบบตามกรอบแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model [CCM]) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ การออกแบบระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การจัดการระบบฐานข้อมูลสุขภาพ และการสนับสนุนการตัดสินใจและสอดคล้องกับการวิจัยของ ปิยะดา ด้วงพิบูลย์[10] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทักษะในการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลวัดเพลง โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้รูปแบบทักษะการจัดการตนเองด้านพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ได้แก่ การทบทวนความรู้ การจัดการตนเอง ฝึกทักษะการจัดการตนเอง ทั้ง 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การสะท้อนตนเอง

**2. อภิปรายผลเชิงผลลัพธ์**

ผลเชิงผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี ในการชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี ในด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อม ก่อนพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อม อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 73.68 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 26.32 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 43.18, S.D.= 5.07) หลังพัฒนารูปแบบ มีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อม อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 81.58 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 18.42 โดยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 68.39, S.D.= 7.08) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไต พบว่า หลังพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อม สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วราทิพย์ แก่นการ[11] ที่ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง ของจังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สิทธิพงษ์ พรมแสง[12] ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม พบว่า พฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ บุญศล[8] ได้ศึกษารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า หลังพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับสูงร้อยละ 100 คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การจัดการตนเอง และการจัดการรายกรณีในการชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม ระดับและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไต ก่อนพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 78.95 ระดับปานกลาง ร้อยละ 21.05 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 456.05, S.D.= 6.16) หลังพัฒนารูปแบบ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.21 ระดับปานกลาง ร้อยละ 15.79 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 112.00, S.D.= 11.75) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่า หลังพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วราทิพย์ แก่นการ[11] ที่ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่นกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (49.57,46.23 มล./นาที/1.73 ตร.ม.) กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (129.58/78.08, 135.79/83.59 มม.ปรอท) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีสามารถชะลอโรคไตเรื้อรังทั้งนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญญาพร ฉายะโคตร, รักชนก ถวิลการ และ สุขขี แสงส่อง[13] ได้ศึกษารูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกโรคไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีค่าอัตราการกรองของไต (GFR) ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าอัตราการกรองของไต (GFR) มากกว่าก่อนดำเนินการสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตและชะลอการลุกลามของโรคไตเรื้อรังได้

ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว อัตราการกรองของไต และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการพัฒนา

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไต ก่อนการพัฒนารูปแบบ มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ($\bar{X}$ = 24.79 S.D. =5.20) เส้นรอบเอว ($\bar{X}$ = 83.01 เซนติเมตร S.D.=15.01) อัตราการกรองของไต ($\bar{X}$ = 43.51 mL/min/1.73 sq.m. S.D.=10.92) ระดับความดันโลหิต Systolic ($\bar{X}$ = 124.32 มิลลิเมตรปรอท S.D.=22.19) และระดับความดันโลหิต Diastolic ($\bar{X}$= 73.63 มิลลิเมตรปรอท S.D.=14.21) หลังพัฒนารูปแบบ มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ($\bar{X}$= 24.69 S.D. =5.18) เส้นรอบเอว ($\bar{X}$ = 83.03 เซนติเมตร S.D.=14.91) อัตราการกรองของไต ($\bar{X}$= 53.12 mL/min/1.73 sq.m. S.D.= 12.72) ระดับความดันโลหิต Systolic ($\bar{X}$ = 120.47 มิลลิเมตรปรอท S.D.=21.29) และระดับความดันโลหิต Diastolic ($\bar{X}$= 71.79 มิลลิเมตรปรอท S.D.=13.60) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไต ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิก หลังพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยโรคไตมีอัตราการกรองของไต สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.01) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และค่าความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.01) ส่วนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วราทิพย์ แก่นการ[11] ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา ภักดิ์จรุง[14] ที่พบว่า อัตราการกรองของไตหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=3.725, p<0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ คำแปลง ศรีซ้าง[9] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ระดับ HbA1c, ระดับครีเอทินิน และอัตราการกรองของไต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ความดันโลหิตซิสโตลิค ไดแอสโตลิค และค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน

**ข้อเสนอแนะ**

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1. จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี มีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.58 ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อย่างต่อเนื่อง

1.2. หลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีในการชะลอไตเสื่อม มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.21 ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อย่างต่อเนื่อง

1.3. หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การจัดการตนเอง และการจัดการรายกรณีในการชะลอไตเสื่อม มีผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไต ได้แก่ อัตราการกรองของไตและระดับความดันโลหิต หลังการพัฒนารูปแบบอัตราการกรองของไตมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.12 mL/min/1.73 sq.m. และระดับความดันโลหิต Systolic มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 120.47 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิต Diastolic มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 71.79 มิลลิเมตรปรอท เป็นค่าผลลัพธ์ที่ดี ดังนั้น จึง

ควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อย่างต่อเนื่อง

**2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

2.1 การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลา 6 เดือนในการพัฒนาและเก็บข้อมูลประเมินผลหลังเสร็จสิ้นทันที ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะติดตามผลเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม และคุณภาพชีวิตเนื่องจากใช้ระยะเวลานาน

2.2 ควรมีการทำวิจัยที่เน้นข้อมูลคุณภาพ ในการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรัง

## เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2565.
2. กรมควบคุมโรค. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
3. National Kidney Foundation. Chronic Kidney Disease (CKD). [online] 2023 [cited 2023 Sep 15]. Available from: https://www.kidney.org/atoz/content/about-chronic-kidney-disease#about-chronic-kidney-disease-ckd.
4. ธัญญารัตน์ ธีรพรเลิศรัฐ, สุนันทา วิจิตรจิตเลิศ, ธีรยุทธ เจียมจริยาภรณ์, กชรัตน์ วิภาสธวัช, สุพัตรา กาญจนกร, ปิยะรัตน์ ไพรัชเวทย์, เอกหทัย แซ่เตีย. การป้องกันและการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังและไตวาย. กรุงเทพฯ: สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์; 2558.
5. กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง, ประสมรักษ์ ประเสริฐ. การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรมการตูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพรายเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 4(4): 405-503; 2559.
6. โรงพยาบาลวังยาง. สรุปผลการดำเนินงานการป้องกันและการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง ปี 2565. นครพนม: งานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลวังยาง; 2566.
7. กรมสุขภาพจิต. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. [ออนไลน์] 2566 [อ้างเมื่อ 15 กันยายน 2566]. จาก https://dmh.go.th/test/download/view.asp?id=17.
8. จารุวรรณ บุญศล. รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(4): 560-568; 2566.
9. คำแปลง ศรีช้าง. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(2), 181-193; 2566.
10. ปิยะดา ด้วงพิบูลย์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทักษะในการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลวัดเพลง. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 2(3), 13-24; 2565.
11. วราทิพย์ แก่นการ, เกษม ดำนอก และ ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้การจัดการโรคเชิงบูรณาการและการจัดการรายกรณีในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 37(3): 173-182; 2562.
12. สิทธิพงษ์ พรมแสง. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 6(3), 63-71; 2564.
13. ปัญญาพร ฉายะโคตร, รักชนก ถวิลการ และ สุขขี แสงส่อง. รูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกโรคไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(3), 495-504; 2566.
14. สุจิตรา ภักดิ์จรุง. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการชะลอความเสื่อมของไตระยะ 3 โรงพยาบาลคอนสวรรค์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 8(3), 712-717; 2566.

# การพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

# The Development of Guideline for Surveillance of Urinary Tract Infection in Patients with Urinary Catheter in Ward Thauthen Hospital Nakhon Phanom Province

(Received: February 6,2024 ; Revised: February 22,2024 ; Accepted: February 24,2024)

**ปัทมาวดี แก้วมาตย์**[1]
**Pattamawadee Kaewmart**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ระยะเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 - มกราคม 2567 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลท่าอุเทน จำนวน 20 คน ในช่วงเดือนตุลาคม 2566 ถึง มกราคม 2567 สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ และแบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ (UTI/ CAUTI) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเทียบกับเกณฑ์ (2.40 คะแนน หรือ ร้อยละ 80.00) โดยใช้สถิติ paired t - test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1. ผลเชิงกระบวนการ 1.1 มีแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่ง่ายต่อการนำไปใช้ CAUTI BUNDLE 1.2 มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) เกิน 48 ชั่วโมงและภายใน 2 วันหลังถอดสายสวนปัสสาวะ 2. ผลเชิงผลลัพธ์ 2.1 หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ พบว่า ไม่พบอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่มี refer และไม่มีอุบัติการณ์การเสียชีวิต 2.2 ผลการประเมินประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ อยู่ในระดับสูง 89.47 ($\overline{X}$ = 2.84, S.D.= 0.29) 2.3 หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ สูงกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$)

**คำสำคัญ**: การพัฒนาแนวปฏิบัติ, การเฝ้าระวังการติดเชื้อ, ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ

**Abstract**

This action research aimed to develop and evaluate the development of guideline for surveillance of urinary tract infection in patients with urinary catheter in ward of Thauthen hospital, Nakhon Phanom province. The study duration spanned from October 2566 to January 2567. Sample size were 20 catheterized patients voluntarily participating in the program. The research tools included a questionnaire to gather opinions from healthcare professionals and a record-keeping form for monitoring urinary tract infection (UTI/ CAUTI) surveillance. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean ($\overline{X}$), and standard deviation (S.D.). Comparative analysis of the average scores for the effectiveness of the implemented urinary tract infection surveillance practices post-development was conducted. The comparison was made against the criterion of 2.40 points or 80.00%, was achieved using the t-test (one-sample). Additionally, qualitative data analysis was performed through content analysis.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

The research found that: 1. Procedural Results 1.1 The guideline for surveillance of urinary tract infection in patients with urinary catheter was successfully developed, making it easy to implement the CAUTI BUNDLE. 1.2 The guideline for surveillance of urinary tract infection in patients with urinary catheter (CAUTI) was implemented beyond 48 hours and within 2 days after catheter removal. 2. Outcome Results 2.1 Following the development guideline for surveillance of urinary tract infection in patients with urinary catheter, it was observed that there were no instances of infection from catheterization, no occurrences of complications, no referrals, and no incidents of mortality. 2.2 The assessment of the effectiveness of guideline for surveillance of urinary tract infection in patients with urinary catheter revealed a high level of performance, with average score of 89.47 ($\overline{X}$ = 2.84, S.D. = 0.29). 2.3 After the development, the average efficiency score for guideline for surveillance of urinary tract infection in patients with urinary catheter was significantly higher than the established criterion ($p < 0.01$).

**Keyword**: Development of guideline, Surveillance of infection, Patients with urinary catheter.

**บทนำ**

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะเป็นปัญหาสำคัญที่พบในโรงพยาบาลทั่วโลก ซึ่งมีผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพและทางเศรษฐกิจ จากข้อมูลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับการคาสายสวนปัสสาวะมากถึง 93,300 รายต่อปี[1] และจากรายงานของสมาคมควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลนานาชาติ (INICC) พบว่าการติดเชื้อนี้มีอัตราการติดเชื้อต่อจำนวนวันนอนและการเสียชีวิตที่สูง 13.0-20.3 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนและ 99,000 รายต่อปี การคาสายสวนปัสสาวะทำให้เกิดความไม่สุขสบายและเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่อคาสายสวนปัสสาวะนาน โดยเพิ่มร้อยละ 5 ต่อวัน และหลังจาก 10 วันพบการติดเชื้อถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วย ผลกระทบร้ายแรงทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะมากกว่า 13,000 รายต่อปี การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นสิ่งสำคัญเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพและทางเศรษฐกิจ

ประเทศไทยพบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลทั่วประเทศไทย มีการรายงานจาก 40 แห่ง ระหว่าง 3.7-5.3 ครั้งต่อ 1,000 วันของการใส่สาย ค่าเฉลี่ยของการติดเชื้อคาสาสวนปัสสาวะเป็น 46 ครั้งต่อ 1,000 วัน[2] ในปี 2559 โรงพยาบาลทั่วประเทศรายงานจำนวนผู้ป่วยคาสาสวนปัสสาวะที่ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเฉลี่ย 1.52 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สาย ผู้ป่วยวิกฤตต่างประเทศมีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น และเป็นสาเหตุของปัญหาร้ายแรง เช่นการติดเชื้อกระแสเลือดและการเสียชีวิตในร้อยละ 13-30 การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด ประมาณร้อยละ 20-45 ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับการคาสายสวนปัสสาวะประกอบด้วยปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เชื้อก่อโรค และสิ่งแวดล้อม การคาสายสวนที่นานขึ้นเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่เชื่อมโยงกับการคาสายสวนปัสสาวะ โดยการคาสายสวนนานกว่า 6 วันเพิ่มความเสี่ยง 5.1-6.8 เท่า การรบกวนระบบปิดท่อระบายการวางสายสวน และการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยง การจัดให้ท่อระบายปัสสาวะต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะลดความเสี่ยง แต่การไม่ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพิ่มความเสี่ยง 2.49 เท่า[3,4]

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ที่เกี่ยวข้องกับการคาสายสวนปัสสาวะมีความนิยม เนื่องจากมีการวิเคราะห์และประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดี การนำแนวปฏิบัติที่เชื่อถือได้ช่วยลดการปฏิบัติที่หลากหลายของบุคลากร ส่งเสริมการบริการที่มีคุณภาพ และลดการใช้ทรัพยากร อย่างไรก็ตาม ยังมี

ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติงาน ทรัพยากร การสนับสนุนอุปกรณ์ และการส่งเสริมการปฏิบัติ ขาดการส่งเสริมและความรู้ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ และความขาดเครื่องมือที่ชัดเจน[5]

โรงพยาบาลท่าอุเทนเป็นโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียงที่พบปัญหาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2562-2565 มีการระดมสมองเพื่อลดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ในปี 2566 พบผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ จำนวน 13 ราย เนื่องจากการติดเชื้อเดิมทำให้เสี่ยงต่อภาวะช็อก และค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยเสนอพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อลดความรุนแรงของการติดเชื้อที่อาจเสี่ยงถึงชีวิต

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

2. เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

**วิธีดำเนินการวิจัย**

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา แนวทางการดูแล การรักษา การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม 2) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย 1) จัดตั้งทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยใน 12 คน พยาบาลห้องคลอดและหลังคลอด 5 คน พยาบาลวิชาชีพงานติดเชื้อ 1 คน รวมทั้งหมด 19 คน 2) ระดมสมองทีมสหวิชาชีพในการวางแผนเฝ้าระวังการติดเชื้อ จัดทำแนวปฏิบัติ (Clinical Nursing Practice Guideline; CNPG) สำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ 3) ชี้แจงแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น แก่พยาบาลวิชาชีพได้รับทราบทั่วกันทุกเวร ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยทุกรายที่คาสายสวนปัสสาวะ 4) จัดทำชุดดูแล (อุปกรณ์) แบบพร้อมใช้ในการใช้กับผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ทั้งในขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล และการวางแผนจำหน่าย 5) ออกแบบบันทึกการเฝ้าระวังที่นำไปใช้ง่ายๆในการดูแลผู้ป่วย 6) พัฒนาความรู้ และทักษะการเฝ้าระวังการติดเชื้อ สำหรับพยาบาล รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้เกิดความพร้อมในการให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติที่ดูแล

ระยะที่ 3 ประเมินผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ประกอบด้วย 1) ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย (1) ผลการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น (2) ผลความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ 2) ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด ประกอบด้วย (1) อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวน (2) Re-visit, Re-admit (3) การเกิดภาวะแทรกซ้อน (4) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (5) อัตราการ refer (6) อุบัติการณ์การเสียชีวิต

**กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในโรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) และเข้า

ร่วมด้วยความสมัครใจ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลท่าอุเทน จำนวน 20 คน ในช่วงเดือนตุลาคม 2566-มกราคม 2567 สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และสามารถร่วมดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1.แบบประเมินประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ผ่านตรวจสอบคุณภาพ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.25 - 0.81 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.84

2. แบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ (UTI/ CAUTI) ที่พัฒนาขึ้นจากการระดมสมองของทีมสหวิชาชีพ ผ่านตรวจสอบคุณภาพ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.27 - 0.83 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.86

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคล และตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น โดยการหาความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม หลังการพัฒนาแนวเทียบกับเกณฑ์ 2.40 คะแนน (ร้อยละ 80.00) โดยใช้สถิติ t-test (one samples)

3. วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลบันทึกแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ

**การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย**

งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยจังหวัดนครพนม เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย เลขที่ REC 074/66

**สรุปผลการวิจัย**

**1. ผลเชิงกระบวนการ**

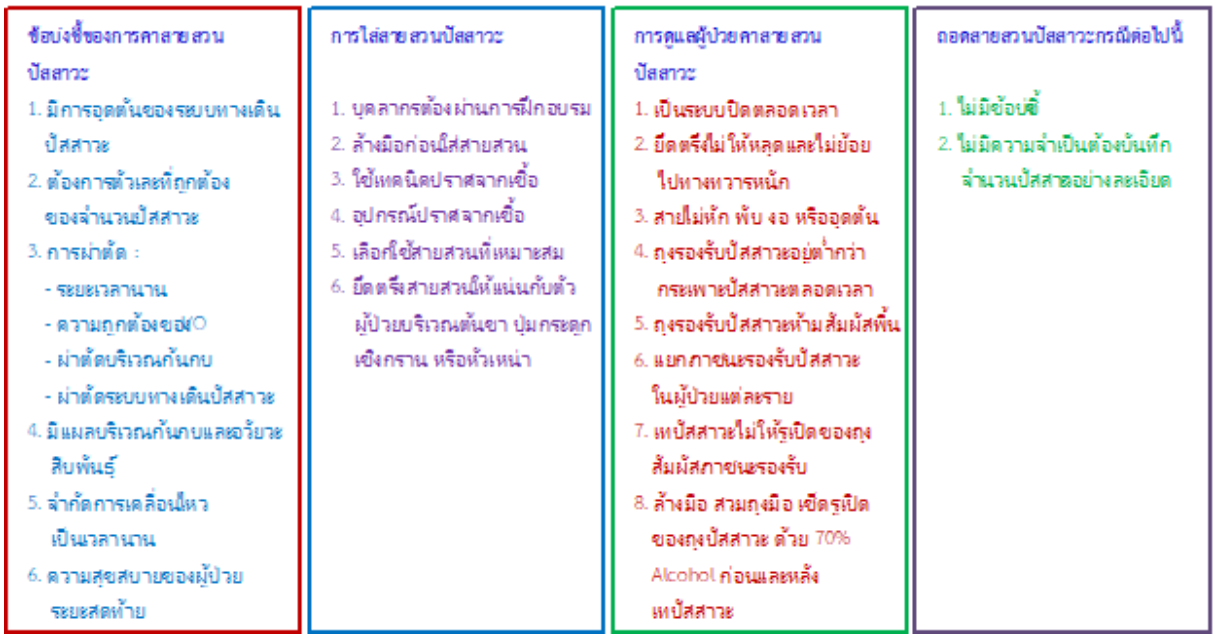
1.1 ผลการวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน

โรงพยาบาลท่าอุเทน เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง พบปัญหาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ปี 2562-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (2.76, 1.94, 0.78, 2.84 ต่อพัน) ผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ติดเชื้อซ้ำๆ กระบวนการเฝ้าระวัง และแนวปฏิบัติยังต้องพัฒนาเพิ่มเติม

1.2 ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน

จัดตั้งทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยใน 12 คน พยาบาลห้องคลอดและหลังคลอด 5 คน พยาบาลวิชาชีพงานติดเชื้อ 1 คน รวมทั้งหมด 19 คน และประชุมระดมสมองทีมสหวิชาชีพ จัดทำแนวปฏิบัติ (Clinical Nursing Practice Guideline; CNPG) สำหรับใช้ ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ได้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) ข้อบ่งชี้ของการคาสายสวนปัสสาวะ 2) การใส่สายสวนปัสสาวะ 3) การดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ และ 4) ข้อบ่งชี้การถอดสายสวนปัสสาวะ รายละเอียดตามภาพที่ 1

สรุปแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลท่าอุเทน




ภาพที่ 1 CAUTI BUNDLE

**2. ผลเชิงผลลัพธ์**

2.1 ผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน ได้นำแนวแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลท่าอุเทน จำนวน 20 คน ในช่วงเดือนตุลาคม 2566-มกราคม 2567 ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผลการใช้แนวปฏิบัติ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น (N=20)

| รายการ | เป้าหมาย (ร้อยละ) | ผลงาน จำนวน (ร้อยละ) |
|---|---|---|
| 1. อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ | ≤5 ครั้ง ต่อ 1000 วันคาสายสวน | 0 |
| 2. re-visit | ≤ ร้อยละ 5 | 1 (5.00) |
| 3. re-admit | ≤ ร้อยละ 5 | 1 (5.00) |
| 4. การเกิดภาวะแทรกซ้อน | ≤ ร้อยละ 5 | 0 |
| 5. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล > 5 วัน | ≤ร้อยละ 25 | 3 (15.00) |
| 6. อัตราการ refer | ≤ร้อยละ 2 | 0 |
| 7. อุบัติการณ์การเสียชีวิต | ร้อยละ 0 | 0 |

จากตารางที่ 1 ผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 20 ราย หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม พบว่า พบการ re-visit จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 5.00) พบการ re-admit จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 5.00) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล >5 วัน จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 15.00) ไม่พบอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่พบการ refer และไม่พบอุบัติการณ์การเสียชีวิต ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

2.2 ผลการประเมินประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม โดยพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 2 ระดับและคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ ของแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (n = 19)

| ประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| 1. ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.40 คะแนนขึ้นไป หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป) | 17 | 89.47 |
| 2. ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.80- 2.39 คะแนน หรือร้อยละ 60.0-79.9) | 2 | 10.53 |
| 3. ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 1.80 คะแนน หรือร้อยละ 60.0 ลงมา) | - | - |
| รวม | 19 | 100 |
| คะแนนเฉลี่ย | ($\overline{X}$ = 2.8 | S.D.= 0.2 |

จากตารางที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิภาพการนำไปใช้ ของแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพ พบว่าหลังการพัฒนา ประสิทธิภาพการนำแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 89.47 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.53 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 2.84, S.D.= 0.29)

2.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ ของแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อเทียบกับเกณฑ์

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยใน หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อ เทียบกับเกณฑ์ (2.40 คะแนน หรือ ร้อยละ 80.00)

| ตัวแปร | ค่าเกณฑ์ | ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) | S.D. | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อ | 2.40 | 2.84 | 0.29 | 6.74 | .000** |

** มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 3 หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการนำไปใช้ ของแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม สูงกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$)

**อภิปรายผล**

1. อภิปรายผลเชิงกระบวนการการพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

จากการศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถาณการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน ทำให้ได้ทราบว่าการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะยังเป็นปัญหาที่สำคัญ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง ติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ได้มีการระดมสมองในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อลดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่นอนโรงพยาบาล จากนั้นนำแนวปฏิบัติมาใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะเกิน 48 ชั่วโมง และภายใน 2 วัน หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์เฝ้าระวัง คือ 1) มีไข้โดยไม่พบสาเหตุอื่น 2) ปัสสาวะขุ่นมาก 3) ปัสสาวะมีเลือดออก 4) ผู้ป่วยบอกมีอาการแสบขัด ปวดปั้นเอว ปวด หน่วงท้องน้อย 5) หายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตต่ำ โดยไม่ทราบ และ 6) มีdischarge ออกทางสายสวน หรือมีน้ำรั่วซึม ในระบบ Foley's Cath เมื่อพบอาการผู้ป่วยจากการเฝ้าระวังเพียงข้อใดข้อหนึ่ง พยาบาลจะปฏิบัติ คือ 1) แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ สงสัย UTI/ CAUTI เพื่อพิจารณา ส่ง UA / ส่งH/ C ถ้าผลบวก พิจารณา empirical Antibiotic 2) แจ้ง ICN ภายใน 24 ชั่วโมง โดยสามารถประสานงาน ทีม IC ตึกผู้ป่วยใน หรือแจ้งหัวหน้าผู้ป่วยใน นอกเวลาราชการให้แจ้งหัวหน้าเวร (และให้แจ้ง ICN เมื่อเปิดทำการ) หลังส่ง UA / ส่ง H/C ถ้าผลลบ ก็ให้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตาม Bundle (แนวทางในการดูแลผู้ป่วยทุกราย แม้ไม่พบความเสี่ยง) คือ 1) การล้างมือตามหลัก 5 Moment เช่น การล้างมือก่อนให้การดูแลผู้ป่วย ก่อน-หลังการสัมผัสสายสวนปัสสาวะหรือเทปัสสาวะ หรือก่อนการทำหัตถการ 2) ตรวจสอบ ทบทวนการทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ด้วยน้ำสบู่อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง/ การเปลี่ยน pampers/ การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย (ทุกหน่วยต้องทำแนวทางให้เห็นชัดเจนตรวจสอบได้) 3) ตรวจสอบบาดแผล/ การติดเชื้อรอบ ๆ บริเวณอวัยวะสืบพันธ์ 4) การตรวจสอบตำแหน่งถุงปัสสาวะให้อยู่ในตำแหน่งต่ำกว่า กระเพาะปัสสาวะ และถุงต้องไม่สัมผัสหรือวางกับพื้น 5) มีการตรึงสายสวน พร้อมดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวกและมีปริมาณในถุงรองรับ ไม่เกิน 3/4 ของถุง 6) ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย สม่ำเสมอ 7) ปิด/ Clamp สายสวนปัสสาวะเฉพาะช่วงเวลาที่มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 8) ถอดสายสวนปัสสาวะเมื่อไม่มีข้อบ่งชี้ 9) สอนผู้ป่วยหรือญติเรื่องการดูแลทำความสะอาดและเฝ้าระวังเรื่องความสะอาด แนวปฏิบัตินี้ได้นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าอุเทน จำนวน 20 ราย หลังการใช้แนวปฏิบัตินี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทันถ่วงที ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ไม่พบการ refer และอุบัติการณ์การเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ชวนไชยสิทธิ์ และคณะ[6] ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลชัยภูมิ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ผลการศึกษาพบว่า 1) ระบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะสามารถนำไปใช้ได้จริง 2) คุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะที่ระดับ 2.81 3) อุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ 1.07 ต่อ1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ 4) ผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะถูกต้องในระดับดีที่ร้อยละ 87.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ วชิราภรณ์ พึ่งศรีเพ็ง[7] การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยที่คาสายสวน

ปัสสาวะในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่พบว่า มีการติดเชื้อ 4.3 ครั้งต่อ 1000 วันคาสายสวนปัสสาวะ

2. อภิปรายผลเชิงผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม โดยการประเมินตามแบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ (UTI/ CAUTI) จำนวน 20 คน พบว่า เป็นการใส่สาย Foley's Cath >48 ชั่วโมง มี 2 ราย ที่เป็นผู้ป่วยมีโรคทางเดินปัสสาวะเดิม และอีก 1 รายเป็นผู้ป่วย Bed Ridden ทุกรายได้รับการดูแลตามเกณฑ์การเฝ้าระวัง พบว่า มีปัสสาวะขุ่นมาก 8 ราย มีไข้โดยไม่พบสาเหตุอื่น 4 ราย ผู้ป่วยบอกมีอาการแสบขัด ปวดบั้นเอว ปวด หน่วงท้องน้อย 4 ราย ปัสสาวะมีเลือดออก 2 ราย และหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตต่ำ โดยไม่ทราบ 2 ราย จากการเฝ้าระวังมีการแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ สงสัย UTI/ CAUTI จำนวน 16 ราย แพทย์ให้ส่ง UA และ พิจารณา Empirical Antibiotic 15 ราย และ ส่ง H/C 9 ราย และรายที่ไม่พบอาการก็ได้รับการเฝ้าระวังตามมาตรฐาน ผลจากการพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม พบว่า ไม่พบอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่มี refer และอุบัติการณ์การเสียชีวิต ในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ แต่พบมีการ re-visit จำนวน 1 ราย เป็นผู้ป่วย CHF ที่มีโรคร่วม คือ CVA และ HT พบการ re-admit จำนวน 1 ราย เป็นผู้ป่วย Bed Ridden อายุ 91 ปี จำนวนวันนอนโรงพยาบาล >5 วัน จำนวน 3 ราย ในผู้สูงอายุและมีโรคร่วม DM, HT และ CKD สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์[8] ที่ศึกษาอัตราการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ พบว่าโรคร่วมทางไตเบาหวานและจำนวนวันคาสายสวนปัสสาวะ ร่วมกันทำนายการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะได้ ร้อยละ 70.50 โดยผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางไตมีโอกาสเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็น 2.95 เท่า ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเบาหวานมีโอกาสเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็น 2.46 เท่าและจำนวนวันคาสายสวนปัสสาวะเพิ่มขึ้น 1 สัปดาห์ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็น 1.30 เท่าหรือร้อยละ 29.8 ส่วนผลการประเมินประสิทธิภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในการวิจัยนี้โดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 19 คน พบว่า หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวัง มีระดับความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.47 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 2.84, S.D.= 0.29) และหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ สูงกว่าเกณฑ์ 2.40 คะแนน (ร้อยละ 80.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของทิวากร กล่อมปัญญา และ ดลวิวัฒน์ แสนโสม9 ที่ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยกลุ่มทดลองจำนวน 57 คน ได้รับการดูแลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจร้อยละ 87.6 และสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ทั้งหมด ร้อยละ 100

**ข้อเสนอแนะ**

1.ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1. จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยใน ไม่พบอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่มี refer และอุบัติการณ์การ

เสียชีวิตในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ อย่างต่อเนื่อง

1.2. หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ผลการประเมินประสิทธิภาพการนำแนวปฏิบัติไปใช้ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.47 ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ อย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลา 4 เดือนในการพัฒนาและเก็บข้อมูลประเมิลผลหลังเสร็จสิ้นทันที ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะติดตามผลเพื่อประเมินความคงอยู่ของประสิทธิภาพการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการใช้แนวปฏิบัติอย่างเดียวกับการใช้แนวปฏิบัติร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อดูประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ

## เอกสารอ้างอิง

1. Dudeck, M. A., Weiner, L. M., Allen-Bridson, K., Malpiedi, P. J.. Peterson, K. D..Pollock, D. A., ... Edwards, J. R. National Healthcare Safety Network (NHSN) Report, Data Summary for 2012, Device-associated Module. *American Journal of Infection Control*, 41(12): 1148-1166; 2013.
2. อะเคื้อ อุณหเลขกะ, สุขาดา เหลืองอาภาพงศ์, และ จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ. *การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในหออภิบาลผู้ป่วย*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
3. Lee, J. H., Kim, S. W.. Yoon, B. I., Ha, U. S., Sohn, D. W., & Cho, Y.-H. Factors That Affect Nosocomial Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Intensive Care Units: 2-Year Experience at a Single Center, *Korean Journal of Urology*, 54(1): 59-65; 2013.
4. Tsuchida, T., Makimoto, K., Toki, M.. Sakai, K., Onaka, E.. & Otani, Y. The effectiveness of a nurse-Initiated intervention to reduce catheter-associated bloodstream infections in an urban acute hospital: An intervention study with before and after comparison. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8): 1324-33; 2007.
5. ปัทมา วงษ์กี้ยู้. *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกต่อการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม*. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
6. กาญจนา ชวนไชยสิทธิ์, กิตติรัตน์ สสัสติวัดษ์, และ ศันสนีย์ ชัยบุตร. การพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ,* 36(1): 224-233; 2561.
7. วชิราภรณ์ พึ่งศรีเพ็ง. *การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยวิกฤติโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
8. เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*. 12(1): 48-57; 2563.
9. ทิวากร กล่อมปัญญา, และ ดลวิวัฒน์ แสนโสม. ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะต่อผลลัพธ์ที่คัดสรร. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 41(4): 34-43; 2561.

# ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจรในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

# Factors related to death from traffic accidents in Kap Choeng District Surin Province.

(Received: February 22,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**วิชญนนท์ เหล่าอุดม**[1]
**Witchayanon Laoudom**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจย้อนหลังแบบ Matched Case – control โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจรในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ประสบอุบัติเหตุทางการจราจร ในอำเภอกาบเชิง ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 จนถึง กันยายน พ.ศ. 2564 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 220 คน จับคู่อายุที่เท่ากัน 1 : 4แบ่งเป็นกลุ่มเสียชีวิต 44 คน และกลุ่มไม่เสียชีวิต 176 คน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์โรงพยาบาล วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Conditional logistic regression นำเสนอค่า Odds Ratio (OR) ช่วงเชื่อมั่น 95% CI กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจร ด้านบุคคล คือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($OR_{adj}$= 3.09, 95%CI = 1.18 – 8.09, p–value = 0.021) ส่วนด้านสิ่งแวดล้อม คือ การเกิดอุบัติเหตุจราจรบนถนนสายหลัก ($OR_{adj}$ = 4.44, 95%CI = 2.09 – 9.75, p–value < 0.001) และช่วงเวลาการเกิดเหตุตอนกลางคืน (ORadj = 3.34, 95%CI = 1.38 – 8.06, p–value = 0.007) ดังนั้น ควรมีมาตรการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่ยานพาหนะ การตรวจสอบถนนจุดที่เกิดอุบัติเหตุจราจร และจุดที่มีผู้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิตทุกครั้ง เพื่อวิเคราะห์หาปัญหาและแนวทางแก้ไข จะช่วยลดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรได้

**คำสำคัญ** อุบัติเหตุจราจร การเสียชีวิต ความสัมพันธ์

**Abstract**

This study was survey research by retrospective analytical study using the Matched Case-control method was conducted with the objective of studying factors associated with death from traffic accidents in Kap Choeng District, Surin Province The sample group was traffic accident victims. In Kap Choeng District From October 2017 to September 2021, a total sample of 220 people were matched by age 1 : 4, divided into a death group of 44 people and a group of 176 people who did not die. Data were collected from patient medical records. and the database in the Kap Cheong Hospital computer program Factors associated with death were analyzed using Conditional logistic regression, presenting Odds Ratio (OR), confidence interval 95% CI, significance level set at 0.05.

The results of the study found that factors were related to death from traffic accidents are personal factors, including drinking alcoholic beverages ($OR_{adj}$ = 3.09, 95%CI = 1.18 – 8.09, p–value = 0.021), environmental factors were traffic accidents on main roads ($OR_{adj}$ = 4.44, 95% CI = 2.09 – 9.75, p –value < 0.001) and the time of the incident at night ($OR_{adj}$ = 3.34, 95% CI = 1.38 – 8.06, p–value = 0.007). Therefore, there should be measures to control the consumption of alcoholic beverages among vehicle drivers. Furthermore, the road inspection of traffic accident spots and where every person is seriously injured or killed should be analyzed problems and find solutions. It will help reduce the severity of injuries and deaths from traffic accidents.

**Keywords:** Traffic accidents, deaths, relationships

---

[1] พ.บ.,อว.เวชศาสตร์ครอบครัว, วว.เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา โรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

**บทนำ**

อุบัติเหตุจากการจราจรเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข สังคม และเศรษฐกิจที่สำคัญในระดับต้นๆ ของทุกประเทศทั่วโลก การพัฒนาอย่างก้าวกระโดดในด้านเทคโนโลยียานยนต์ที่มีความทันสมัย และการปรับปรุงถนนให้มีความสะดวกในการคมนาคม ทำให้การขับขี่รถยนต์หรือพาหนะอื่นๆบนถนนมีความเร็วเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีอุบัติการณ์ในการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอุบัติเหตุจากการจราจรทางบกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีความรุนแรงมากขึ้น ตั้งแต่การบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต สร้างความสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สิน และระบบเศรษฐกิจทั้งในระดับครอบครัวจนถึงระดับชาติ [1] การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกทั่วโลก และเป็นสาเหตุให้มีผู้เสียชีวิตราว 1.4 ล้านราย ส่งผลให้ประเทศส่วนใหญ่สูญเสียค่าใช้จ่ายร้อยละ 3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ และร้อยละ 93 ของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรของโลกเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง [2] ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรมากเป็นอันดับ 9 ของโลก มีผู้เสียชีวิต 22,491 รายต่อปี อีกทั้งมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจรเป็นอันดับที่หนึ่งของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยอยู่ที่ 32.7 คน ต่อประชากร 1 แสนคน และยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุและมีการเสียชีวิตมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ ซึ่งถือเป็นรูปแบบยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุทางจราจรมากกว่ารูปแบบยานพาหนะอื่น ๆ กว่าร้อยละ 75 อีกทั้งยังพบว่าในแต่ละปีมีจำนวนรถจักรยานยนต์จดทะเบียนทั้งประเทศเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 20 [3]

ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ มีรายงานการเสียชีวิตจากอุบติเหตุทางจราจรที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากอัตราตาย 25.40 ต่อแสนประชากร ในปี 2560 เพิ่มเป็น 25.87 ต่อแสนประชากร ในปี 2563 เป็นอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ร้อยละ 79.44 โดยเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุมากถึงร้อยละ 52.34 [4] อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ เป็นพื้นที่อยู่ทางตอนใต้ของจังหวัดสุรินทร์ และเป็นพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา มีเส้นทางสายเศรษฐกิจที่ใช้ในการคมนาคมขนส่งและลำเลียงสินค้า สามารถเดินทางเชื่อมต่อยังภูมิภาคต่างๆ และประเทศเพื่อนบ้านได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ด้วยเหตุนี้จึงมีการสัญจรผ่านเขตพื้นที่เป็นจำนวนมากและเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง โดยในปี 2563 -2565 อำเภอกาบเชิงประสบกับปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรและพบอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจรที่เพิ่มขึ้น เป็น 24.75 36.31 และ 38.68 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ผู้บาดเจ็บเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 4.63 เท่า ยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือ รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 80.29 โดยร้อยละ 82.94 ของผู้บาดเจ็บ และร้อยละ 100 ของผู้เสียชีวิตไม่สวมหมวกนิรภัย นำไปสู่การบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะ พฤติกรรมที่ยังเป็นปัญหาคือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบร้อยละ 66.10 เมาสุราขณะขับขี่และอุบัติเหตุมีความรุนแรงถึงเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุและเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลกาบเชิง ร้อยละ 70 กลุ่มอายุที่เสียชีวิตสูงสุดคือ อายุ 11-20 ปี รองลงมาคือ มากกว่า 60 ปี โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรมากที่สุดคือ มนุษย์ (Human factors) [5]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยของการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรนั้นประกอบไปด้วย คน ยานพาหนะ ถนน และสิ่งแวดล้อม อุบัติเหตุบางราย เกิดจากปัจจัยหนึ่งปัจจัยใดเพียงปัจจัยเดียวแต่อุบัติเหตุหลายราย เกิดจากปัจจัยร่วมมีความสัมพันธ์แบบลูกโซ่ ในส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บเมื่อพิจารณาลักษณะทางระบาดวิทยาของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร พบว่าเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยด้วยกันมี 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อม ในระยะก่อนเกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุ [6] ส่วนปัจจัยที่มีผลกับความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุจราจร พบว่า ปัจจัยสำคัญที่คือปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อายุที่มากกว่า 50 ปี การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมไม่เพียงพอ และถนนที่เกิดอุบัติเหตุ ปัจจัยด้านยานพาหนะ ได้แก่ ความเร็วในการขับขี่ยานพาหนะ รถยนต์ชนคนเดินถนน และรถจักรยานยนต์ชนคนเดินถนน [7-9] ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้ตระหนักถึงปัญหาอุบัติเหตุทางจราจรที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น และเชื่อมั่นว่าการเกิดอุบัติเหตุจราจรนั้นสามารถป้องกันและลดความรุนแรงได้ จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต และความรุนแรงจากอุบัติเหตุทางการจราจรในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันและลดความรุนแรงของปัญหาอุบัติเหตุจราจรในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจรในประชากรที่เกิดอุบัติเหตุในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

**วิธีดำเนินการวิจัย**

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง แบบ Matched- case-control study

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนราษฎร์อยู่ในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ที่ได้รับการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจรที่เกิดขึ้นในพื้นที่อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ และมีข้อมูลบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลกาบเชิง ตั้งแต่เดือนตุลาคม ปีพ.ศ. 2560 ถึงเดือนกันยายน ปี พ.ศ. 2564 กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษา (Cases) หมายถึงประชาชนที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจรทั้งเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ หรือที่โรงพยาบาล และ กลุ่มควบคุม (Control) หมายถึง ผู้ประสบอุบัติเหตุทางการจราจรได้รับการบาดเจ็บแต่ไม่เสียชีวิต

3. การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ [10] โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าพารามิเตอร์จากตัวแปรการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการบาดเจ็บรุนแรง ( $P_0$ = 34.29%, $P_1$=66.67%,OR =3.83, $R^2$ = 0.23) (11) ค่าอำนาจการทดสอบ ร้อยละ 80 ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 จับคู่ตัวแปรอายุ Case : Control ในอัตรา 1 : 4 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น Case จำนวน 44 คน และ Control จำนวน 176 คน รวมทั้งสิ้น 220 คน แบ่งสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลกาบเชิง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าคือเป็นประชาชนที่ประสบอุบัติเหตุทางการจราจร มีภูมิลำเนาทะเบียนราษฎร์อยู่ที่อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ และเข้ารับการรักษาและมีข้อมูลบันทึกอยู่ในเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลกาบเชิง สามารถติดต่อผู้ป่วยหรือญาติเพื่อเก็บข้อมูลที่ต้องการได้

4. เครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัย และ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจร เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลกาบเชิงเป็นแหล่งข้อมูลหลัก โดยแบบบันทึกข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านบุคคล (เพศ อายุ การขับขี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสวมหมวกนิรภัย/การคาดเข็มขัดนิรภัย) ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านยานพาหนะ (ประเภทของยานพาหนะ) ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ ประเภทของถนน และถนนสายที่เกิดอุบัติเหตุ) และส่วนที่ 4 ผลกระทบจากอุบัติเหตุ (กลุ่มที่เสียชีวิต และ กลุ่มที่ไม่เสียชีวิต (กลุ่มผู้บาดเจ็บรุนแรง (Resuscitation, Emergency และUrgent) และกลุ่มผู้บาดเจ็บไม่รุนแรง (Semi–urgent และ Non–urgent) โดยประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ

(Reverse trauma score; RTS)) ทั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เก็บรวบรวมโดยการสร้างรหัสในการเก็บและบันทึกข้อมูล โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลใดๆของกลุ่มตัวอย่าง

5. การดำเนินการวิจัย โดยดำเนินการดังนี้

1) ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาบเชิง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยจากระบบเวชระเบียนในโปรแกรม HosXP โรงพยาบาลกาบเชิง

2) ประสานงานส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานีตำรวจภูธรกาบเชิง ข้อมูลสามฐานจังหวัดสุรินทร์ และประสานงานกับญาติของผู้เสียชีวิต เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมโดยใช้การสื่อสารทางโทรศัพท์

3) นำข้อมูลของผู้ที่ประสบอุบัติเหตุทางจราจรที่ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิต มาบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง

6. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำเสนอค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานในการหาความสัมพันธ์ ด้วยวิธี Conditional logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Odds Ratio (OR) และช่วงเชื่อมั่น 95% (95%CI) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

7. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยครั้งนี้ได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างและหลักความยุติธรรม โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA 003/2562 วันที่ 15 กรกฎาคม 2562

**ผลการวิจัย**

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจร ร้อยละ 100 อยู่ในระดับรุนแรง (Reverse trauma score; RTS ≥5) โดบพบการบาดเจ็บรุนแรงมากที่สุดคือ การบาดเจ็บที่ศีรษะ ร้อยละ 63.00 รองลงมาคือ การแตกหักของกระดูก ร้อยละ 17.00 การบาดเจ็บบริเวณทรวงอก ร้อยละ 13.00 การบาดเจ็บบริเวณช่องท้อง ร้อยละ 3.00 การบาดเจ็บบริเวณคอ ร้อยละ 2 และการบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นๆ ร้อยละ 2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่เสียชีวิตเป็นเพศชาย ร้อยละ 81.82 อายุเฉลี่ย 36.61 ปี (SD=22.62 ปี) มีอายุมากกว่า 25 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 61.36 อายุน้อยกว่า 18 ปี ร้อยละ 25.00 เป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 77.27 ไม่สวมหมวกกันน็อค/ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 90.91 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 75.00 ขับขี่จักรยานยนต์ ร้อยละ 80.09 เกิดอุบัติเหตุช่วงกลางคืน (18.00 น.-06.00 น.) ร้อยละ 61.36 เกิดเหตุบนถนนลาดยาง ร้อยละ 90.91 และเป็นเส้นทางหลัก ร้อยละ 75.00

4.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจรในประชากรที่เกิดอุบัติเหตุในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์คราวละตัวแปร พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจรในประชากร ได้แก่ ช่วงเวลาที่เกิดเหตุตอนกลางคืน (OR=2.29; 95%CI:1.16-4.51) ลักษณะถนนเป็นถนนลาดยาง/ถนนคอนกรีต (OR=2.29; 95% CI: 4.86-57.39) และ เป็นเส้นทางหลัก (OR=4.76; 95% CI : 2.15-11.10) รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์คราวละตัวแปร

| ตัวแปร | เสียชีวิต (%) | OR crude | 95%CI | P-value |
|---|---|---|---|---|
| เพศ | | | | |
| หญิง | 8 (18.18) | 1 | | |
| ชาย | 36 (81.82) | 1.55 | 0.47- 3.13 | 0.736 |
| ประเภทการขับขี่ | | | | |
| ผู้โดยสาร/เดินเท้า | 10 (22.73) | 1 | | |
| ผู้ขับขี่ | 34 (77.27) | 1.13 | 0.49 - 2.78 | 0.754 |
| สวมหมวกกันน็อค/คาดเข็มขัดนิรภัย | | | | |
| ปฏิบัติ | 4 (9.09) | 1 | | |
| ไม่ปฏิบัติ | 40 (90.91) | 1.14 | 0.34 - 4.88 | 0.822 |
| การดื่มแอลกอฮอล์ | | | | |
| ไม่ดื่ม | 11 (25.00) | 1 | | |
| ดื่ม | 33 (75.00) | 1.88 | 0.89 - 3.98 | 0.095 |
| ประเภทของยานพาหนะ | | | | |
| รถยนต์ สามล้อ จักรยาน | 7 (15.91) | 1 | | |
| จักรยานยนต์ | 37 (84.09) | 0.79 | 0.30 - 2.36 | 0.623 |
| ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ | | | | |
| กลางวัน | 17 (38.64) | 1 | | |
| กลางคืน | 27 (61.36) | 2.29 | 1.16 - 4.51 | 0.015 |
| ลักษณะของถนน | | | | |
| ถนนลูกรัง /ถนนดิน | 4 (9.09) | 1 | | |
| ถนนลาดยาง/คอนกรีต | 40 (90.91) | 14.4 | 4.86 - 57.39 | < 0.001 |
| ชนิดของเส้นทาง | | | | |
| เส้นทางรอง | 11 (25.00) | 1 | | |
| เส้นทางหลัก | 33 (75.00) | 4.76 | 2.15 -11.10 | < 0.001 |

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ Conditional Logistic Regression โดยจับคู่ (Match) อายุที่เท่ากัน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจรในประชากร มี 3 ปัจจัย คือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ และชนิดของเส้นทาง โดยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าคนที่ไม่ดื่ม 3.09 เท่า (95%CI 1.18-8.09) การเกิดเหตุตอนกลางคืนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าตอนกลางวัน 3.34 เท่า (95%CI 1.38-8.06) และการเกิดเหตุบนเส้นทางหลัก มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าเส้นทางรอง 4.44 เท่า (95% CI 2.09-9.75) รายละเอียดดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจร ด้วยวิธี Conditional Logistic Regression โดยจับคู่ (Match) อายุที่เท่ากัน

| ตัวแปร | เสียชีวิต (%) | OR crude (95%CI) | OR adjusted (95%CI) | p-value |
|---|---|---|---|---|
| การดื่มแอลกอฮอล์ | | | | |
| ไม่ดื่ม | 11 (25.00) | 1 | 1 | |
| ดื่ม | 33 (75.00) | 1.88 (0.89 - 3.98) | 3.09 (1.18-8.09) | 0.021 |
| ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ | | | | |
| กลางวัน | 17 (38.64) | 1 | 1 | |
| กลางคืน | 27 (61.36) | 2.29 (1.16 - 4.51) | 3.34 (1.38- 8.06) | 0.007 |
| ชนิดของเส้นทาง | | | | |
| เส้นทางรอง | 11 (25.00) | 1 | 1 | |
| เส้นทางหลัก | 33 (75.00) | 4.76 (2.15 -11.10) | 4.44 (2.09- 9.75) | <0.001 |

**อภิปรายผล**

การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจาราจร ในพื้นที่อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ จะพบในผู้ประสบอุบัติเหตุที่มีการการตอบสนองของร่างกายหลังการบาดเจ็บ (RTS) ระดับความรุนแรงทุกราย ซึ่งเป็นผลการเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรง ประกอบกับจุดเกิดเหตุเป็นพื้นที่ห่างไกล ซึ่งระยะทางมีความสำคัญต่อการเข้าถึงการช่วยเหลือผู้ป่วย หากระยะทางไกลหรือสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออานวยต่อการเข้าถึงจุดเกิดเหตุ เช่น สภาพถนนขรุขระ ระยะทางไกล พิกัดจุดเกิดเหตุไม่ชัดเจน จะส่งผลต่อการเข้าช่วยเหลือได้ไม่ทัน ใช้ระยะเวลานาน จึงส่งผลให้ผู้ประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล และเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ซึ่งความรุนแรงจากการบาดเจ็บ จึงเป็นต้นเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรธิดา ศรีภู่ และคณะ[9] และ กีรติ สวรรณยานุกิจ และคณะ[3] สำหรับกลุ่มที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจร เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต และวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วย Conditional Logistic Regression โดยจับคู่อายุเป็นปีที่เท่ากัน พบว่าปัจจัยด้านบุคคล คือผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือการเกิดเหตุช่วงกลางคืน และการเกิดอุบัติเหตุบนเส้นทางหลัก มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือเมาแล้วขับขี่ยานพาหนะ โอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากกว่าคนที่ไม่ดื่ม 3.09 เท่า (95%CI 1.18-8.09) ซึ่งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงในการเดินทาง หรือการเกิดอุบัติเหตุ โดยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเมื่อดื่มเข้าไปแล้วจะกดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การทำงานของร่างกายช้าลงกว่าปกติ เช่น การมองเห็นสัญญาณจราจรไม่ชัดเจนหรือช้าลง ขอบเขตของการมองเห็นแคบกว่าปกติ เกิดการคาดคะเนที่ผิด ขาดสติสัมปชัญญะ มีความคึกคะนอง และการตัดสินใจที่ผิดพลาดในการขับขี่ แล้วส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุจราจรที่รุนแรงและเป็นปัจจัยที่ทำให้เพิ่มโอกาสการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งอุบัติเหตุโดยส่วนใหญ่ในพื้นที่อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ เกิดจากรถจักรยานยนต์และไม่สวมหมวกกันน็อค จึงทำให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

M. Demissie [12] และฐิติพร วิชัยวงษ์ และคณะ[11] ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่า การเกิดเหตุตอนกลางคืนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าตอนกลางวัน 3.34 เท่า (95%CI 1.38-8.06) และการเกิดเหตุบนเส้นทางหลัก มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าเส้นทางรอง 4.44 เท่า (95% CI 2.09-9.75) ช่วงเวลาในการเกิดอุบัติเหตุมักเป็นช่วงเวลากลางคืนเนื่องจากทัศนวิสัยในการขับขี่ลดลง ประสิทธิภาพของผู้ขับขี่ลดลง และการมีผู้ใช้ถนนลดลงอาจทำให้ผู้ขับขี่ขับด้วยความเร็วมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความรุนแรงในการเกิดอุบัติเหตุและมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุบนเส้นทางหลัก ร้อยละ75.00 การเกิดอุบัติเหตุจราจรบนถนนสายหลัก จึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากมีการสัญจรบนถนนสายหลักในพื้นที่อำเภอกาบเชิงเป็นถนนลาดยาง มีจำนวนช่องจราจรมากถึง 4 ช่อง มีความสะดวก คล่องตัวกว่าถนนสายรอง มียานพาหนะที่สัญจรบนถนนสายหลักจำนวนมากและขับขี่ด้วยความเร็วสูงทำให้การเกิดอุบัติเหตุจราจรและความรุนแรงมีมากกว่าบริเวณถนนสายรอง จึงมีอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิติพร วิชัยวงษ์ และคณะ[11]

โดยสรุป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจรในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ มี 2 ปัจจัยหลักคือ ปัจจัยด้านบุคล ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ การเกิดเหตุช่วงกลางคืน และการเกิดอุบัติเหตุบนเส้นทางหลัก

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการขับเคลื่อนมาตรการเคร่งครัดเกี่ยวกับการดื่มไม่ขับ สวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่ การปฏิบัติตามกฎจราจร ในพื้นที่อย่างเคร่งครัด ทั้งในช่วงเทศกาลและช่วงปกติ

2.หน่วยงานหรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องควรมีการตรวจสอบจุดเกิดเหตุในถนนสายหลักและสายรอง มีการติดตั้งสัญญาณแจ้งเตือนจุดเสี่ยงที่ชัดเจน ที่สามารถมองเห็นได้ทั้งตอนกลางวันและกลางคืน จุดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งและมีผู้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิตแล้ววิเคราะห์หาปัญหาและแนวทางแก้ไขที่ตรงจุด เพื่อลดความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ที่ให้การอนุเคราะห์ข้อมูลการวิจัย และขอบคุณทีมงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทุกท่านให้ความร่วมมือในการสืบค้นข้อมูลการวิจัย และขอขอบคุณศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้

**เอกสารอ้างอิง**

1. ทนงศักดิ์ สุวรรณเตมีย์. รายงานการศึกษาเรื่อง การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่ ในเขตเทศบาลตาบลเมืองเก่า อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี ปี 2561. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาบุคลากรด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย2561.
2. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร สำนักแผนความปลอดภัย. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงคมนาคม; 2562.
3. กีรติ สวรรณยานุกิจ, เกรียงศักดิ์ ปินตาธรรม. การกระจายพื้นที่การเกิดอุบัติเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2564;2(2):106-14.

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน จังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ 2564 สุรินทร์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564. เข้าถึงได้จาก: https://surin.moph.go.th/SPHO_Meeting_sys/upload/Files/35_721_646_822037.pdf.
5. โรงพยาบาลกาบเชิง. การพัฒนากลไกการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรโดยภาคีเครือข่าย สุรินทร์: งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกาบเชิง; 2564.
6. Haddon W, Jr. Advances in the epidemiology of injuries as a basis for public policy. Public Health Rep. 1980;95(5):411-21.
7. เมษญา ชาติกุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ประสบอุบัติเหตุที่นำส่งด้วยหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูงในประเทศไทย. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2557;11(4):311-26.
8. จริยา ละมัยเกศ, ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, วัชรินทร์ โกมลมาลัย. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรทางบกที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2561;1(2):66-78.
9. ฉัตรธิดา ศรีภู่, เลิศชัย เจริญธัญรักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ประสบอุบัติเหตุที่นำส่งด้วยหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง โดยการรับแจ้งเหตุจากโทรศัพท์หมายเลข1669 ในจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563;13(1):41-7.
10. Demidenko E. Sample size determination for logistic regression revisited. Stat Med. 2007;26(18):3385-97.
11. ฐิติพร วิชัยวงษ์, รุจิรา ดวงสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่มารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2561;21(3):12-21.
12. Demissie M, editor Risk factors associated with serious and fatal road traffic accidents in Manzini City, Swaziland2017.

# การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน; กรณีศึกษา 2 ราย

# Nursing care of teenage pregnant women in the community: Two case studies.

(Received: February 10,2024 ; Revised: February 17,2024 ; Accepted: February 18,2024)

**ศิริขวัญ พันมะลี**[1]
**Sirikwan Punmalee**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ในชุมชน โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดา-ทารก แนวคิดการมีส่วนร่วมในชุมชน การเยี่ยมบ้าน INHOMESS เป็นกรอบในการศึกษา ในกลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

ผลการศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 อายุ 13 ปี มารดา G1P0A0L0ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 19 สัปดาห์ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดา มารดา โดยเลิกรากับแฟน มารดาเป็นผู้พามาฝากครรภ์ แพทย์วินิจฉัย G1P0A0L0 อายุครรภ์ 19 สัปดาห์ by U/S ผลตรวจเลือดครั้งที่ 1 มีภาวะซีด ตรวจพบติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ รักษาโดยให้ยา Ferrous Fumarate , Amoxicilline(500) มีวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ กรณีศึกษาที่ 2 อายุ 18 ปี มารดา G1P0A0L0 ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัวสามี โดยสามีเป็นผู้ดูแลหลัก มาฝากครรภ์ครั้งแรกพร้อมสามี แพทย์วินิจฉัย G1P0A0L0 อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ by U/S ผลเลือด 2 ครั้งปกติ ผลตรวจปัสสาวะ พบติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ รักษาโดยให้ยา Amoxicilline(500) มีวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ประเมินผลลัพธ์ที่คลายคลึงกัน มีการเฝ้าระวังและติดตามการพยาบาลในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างใกล้ชิด

**คำสำคัญ:** การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, การพยาบาล

**Abstract**

This study is a case study aimed at studying nursing care for teenage pregnant women during pregnancy in the community. By comparing two case studies using Gordon's health model concept. Concepts and theories related to maternal-infant nursing. Community participation concept INHOMES home visits provide a framework for education. In the target group of teenage pregnant women who receive prenatal care services at the Primary and Holistic Services Group. Phuphaman Hospital Khon Kaen Province 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 two case studies.

Results: Case study 1, aged 13 years, mother G1P0A0L0, first prenatal care, 19 weeks pregnant, currently living with her parents, having broken up with her boyfriend. The mother brought her for prenatal care. The doctor diagnosed G1P0A0L0 at 19 weeks of pregnancy by U/S. The 1st blood test result was anemia and detected a urinary tract infection. Treated with Ferrous Fumarate, Amoxicilline (500). Anxiety during Case study 2, age 18. Mother G1P0A0L0, first prenatal care, 10 weeks pregnant, currently living with her husband's family.The husband is the main caretaker. Came for prenatal care for the first time with my husband. The doctor diagnosed G1P0A0L0,10 weeks pregnant by U/S, blood results 2 times normal, urine test results. Found a urinary tract infection Treated with medicine Amoxicilline(500) I have anxiety during pregnancy. The two case studies evaluate similar results. There is close surveillance and monitoring of nursing care in the community with family participation.

**Keywords**: teenage pregnancy, nursing

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูผาม่าน

**บทนำ**

การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสนใจ ปัจจุบันจำนวนการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นทั่วโลกมี ประมาณร้อยละ 20 โดยเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในกลุ่ม ประเทศกำลังพัฒนาประมาณร้อยละ 95 ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งหมด สำหรับสถานการณ์ตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุขประจำปีพบว่าจากปี พ.ศ.2556 ถึง พ.ศ. 2560 มีอัตราการคลอดของมารดาอายุ 10-14 ปี คิดเป็นอัตรา 1.7 , 1.6 , 1.5 , 1.4 และ 1.3 ต่อประชากรหญิงพันคนตามลำดับ และอัตราการคลอดของมารดาอายุ 15-19 ปี คิดเป็นอัตรา 51.1 , 47.9 , 44.8 , 42.5 และ 39.6 ต่อประชากรหญิงพันคน[1]

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะด้านสุขภาพจะเกิดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ในวัยอื่น เช่น ภาวะเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น ในขณะที่ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจนั้น ไม่เพียงแต่เกิดในหญิงวัยรุ่นและครอบครัวเท่านั้น แต่ยังมีผลทางสังคมและเศรษฐกิจในระดับชาติด้วย ผลกระทบด้านจิตใจเกิดภาวะซึมเศร้าได้เนื่องจากไม่ได้มีการเตรียมตัวสำหรับการปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นแม่ และการดำเนินชีวิต ผลกระทบด้านสังคม ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวนมาก หยุดเรียนและเลิกเรียนกลางคัน แม้จะไม่มีบทบัญญัติที่ห้ามนักเรียนที่ตั้งครรภ์ไปเรียนหนังสือ[1]ที่โรงเรียน แต่การตัดสินใจดังกล่าวเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนและคนในชุมชนเพราะทำผิดจารีตประเพณี ถูกผู้ปกครองห้ามไปโรงเรียนเนื่องจากเห็นว่าเป็นความเสื่อมเสียของครอบครัว หรือมีความจำเป็นต้อง ออกจากโรงเรียนเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เป็นต้น หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงต้องการที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งจากคู่ครอง ครอบครัวและสังคม ทั้งการช่วยเหลือดูแลการให้คำปรึกษา การให้กำลังใจ การยอมรับการเปลี่ยนแปลง รวมไปถึงความต้องการที่จะได้รับการศึกษา การประกอบอาชีพ จากปัญหาและความต้องการดังกล่าวทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมสุขภาพต่างๆแตกต่างกันไป หากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behaviors) ที่ถูกต้อง จะช่วยให้มีสุขภาพที่ดี ป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพของมารดาและทารกลดลง[3]

จากข้อมูลสถิติของคลินิกฝากครรภ์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลภูผาม่าน มีหญิงที่มาฝากครรภ์ทั้งหมดใน ปีพ.ศ. 2563-2565 เท่ากับ 134 , 139 และ 157 รายตามลำดับ พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี มารับบริการฝากครรภ์คิดเป็นร้อยละ 5.97 , 8.63 และ 8.28 ตามลำดับ โดยพบความเสี่ยงด้านสุขภาพ ปี พ.ศ. 2565 คิดเป็น ร้อยละ 5.09 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เสี่ยงให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ขณะอยู่ในชุมชน ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน จำนวน 2 ราย โดยศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีผลกระทบการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ แบบแผนสุขภาพ การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน[4] เพื่อนำมาพัฒนาในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อย่างถูกต้อง ตอบสนองต่อความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อนและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีต่อไป

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

**วิธีการศึกษา**

เป็นการศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ในกลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้ารับบริการที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลภูผาม่าน มีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม-สิงหาคม 2566 การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วย

และญาติ ร่วมกับการสังเกต กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษาที่ 1 อายุ 13 ปี มารดา G1P0A0L0 ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 19 สัปดาห์ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดา มารดา โดยเลิกรากับแฟน มารดาเป็นผู้พามาฝากครรภ์ แพทย์วินิจฉัย G1P0A0L0 อายุครรภ์ 19 สัปดาห์ byU/S ผลตรวจเลือดครั้งที่ 1 มีภาวะซีด ตรวจพบติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ รักษาโดยให้ยา Ferrous Fumarate , Amoxicilline(500) มีวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์

กรณีศึกษาที่ 2 อายุ 18 ปี มารดา G1P0A0L0 ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัวสามี โดยสามีเป็นผู้ดูแลหลักมาฝากครรภ์ครั้งแรกพร้อมสามี แพทย์วินิจฉัย G1P0A0L0 อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ byU/S ผลการตรวจเลือด 2 ครั้งปกติ ผลตรวจปัสสาวะ พบติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ รักษาโดยให้ยา Amoxicilline(500) มีวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ประเมินผลลัพธ์ที่คลายคลึงกัน มีการเฝ้าระวังและติดตามการพยาบาลในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างใกล้ชิด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

## ผลการศึกษา

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา**

| ข้อมูลทั่วไป | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| เพศ | หญิง | หญิง |
| อายุ | 13 ปี | 18 ปี |
| สถานภาพสมรส | ร้าง | คู่ |
| อาชีพ | นักเรียน | รับจ้าง |
| รายได้ | - บาท/ เดือน | 5,000 – 10,000 บาท/ เดือน |
| สิทธิการรักษา | ประกันสุขภาพถ้วนหน้า | บัตรทอง 30 บาท |
| ภูมิลำเนา | ต.ภูผาม่าน อ.ภูผาม่าน จ.ขอนแก่น | ต.ปอ อ.เวียงแก่น จ.เชียงราย |
| ผู้ดูแลหลัก | มารดา | สามี |
| วันที่เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกในโรงพยาบาล | 12 พฤษภาคม 2566 | 11 เมษายน 2566 |
| วันแรกของระดูครั้งสุดท้าย | จำระดูครั้งสุดท้ายไม่ได้ | จำระดูครั้งสุดท้ายไม่แน่นอน |
| วันกำหนดคลอด | 8 ตุลาคม 2566 | 4 พฤศจิกายน 2566 |
| การวินิจฉัยโรค | G1P0 GA 19 wk. by U/S | G1P0 GA 10 wk. by U/S |
| ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน | มารดา G1P0A0L0 ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 19 สัปดาห์ น้ำหนักแรกรับ 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตรน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 42 กิโลกรัม ให้ประวัติประจำเดือนขาดมาประมาณ 4 เดือน จำประจำเดือนขาดไม่ได้ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดามารดา โดยเลิกรากับแฟนเนื่องจากตั้งครรภ์ไม่พร้อมมารดาเป็นผู้พามาฝากครรภ์ แพทย์วินิจฉัย G1P0 GA 19 สัปดาห์ by U/S ได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจเลือดสำหรับการฝากครรภ์ครั้งแรก รับยาบำรุงในสตรีตั้งครรภ์และนัดฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน | มารดา G1P0A0L0 ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ น้ำหนักแรกรับ 59 กิโลกรัม ส่วนสูง 154 เซนติเมตร น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 65 กิโลกรัม ให้ประวัติ จำประจำเดือนขาดได้ไม่แน่นอน มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ จึงมาตรวจการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาล ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัวสามี โดยสามีเป็นผู้ดูแลหลัก มาฝากครรภ์ครั้งแรกพร้อมสามี แพทย์วินิจฉัย G1P0 GA 10 สัปดาห์ by U/S ได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจเลือดสำหรับการฝากครรภ์ครั้งแรก รับยาบำรุงในสตรีตั้งครรภ์ ยาลดอาการคลื่นไส้อาเจียนและนัดฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน |
| ประวัติการแพ้ยา/อาหารและสารเสพติด | ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร สารเคมี ปฏิเสธการใช้สารเสพติด | ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร สารเคมี ปฏิเสธการใช้สารเสพติด |

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา**

| ข้อมูลทั่วไป | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว | บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติโรคประจำตัว | มารดาป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง |
| อาการแรกรับ | หญิงตั้งครรภ์ G1P0A0L0 อายุ 13 ปี ฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลภูผาม่าน อายุครรภ์ 19 สัปดาห์ ตรวจร่างกายพบน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 42 กิโลกรัม ปัจจุบันน้ำหนัก 50 กิโลกรัม ความสูง 155 เซนติเมตร เยื่อบุตาซีด เต้านมปกติหัวนมยาวประมาณ 0.3 เซนติเมตร ทั้งสองข้างมีอาการบวมปลายเท้าเล็กน้อย ไม่มีท้องผูก อุจจาระและปัสสาวะปกติ มีตกขาวเพิ่มขึ้นไม่คัน รับประทานอาหารได้ปกติ | หญิงตั้งครรภ์ G1P0A0L0 อายุ 18 ปี ฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลภูผาม่าน อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ตรวจร่างกายพบน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 65 กิโลกรัม ปัจจุบันน้ำหนัก 59 กิโลกรัม ความสูง 154 เซนติเมตร เยื่อบุตาไม่ซีด เต้านมปกติหัวนมยาวประมาณ 0.3 เซนติเมตรทั้งสองข้าง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ มีอาการบวมปลายเท้าเล็กน้อย ไม่มีท้องผูก อุจจาระและปัสสาวะปกติ มีตกขาวเพิ่มขึ้นไม่คัน |
| ตรวจครรภ์ | ตรวจครรภ์พบว่า ระดับยอดมดลูกอยู่ที่ระดับสะดือ วัดขนาดของมดลูกได้ 19 ซม.บริเวณยอดมดลูกคลำพบ ก้อนนิ่มๆ ได้ large part อยู่ด้านซ้ายมือค่อนไปด้านขายโครงของลำตัวสตรีตั้งครรภ์ ฟังบริเวณหน้าท้องได้ยินเสียงฟู่เท่ากับเสียง FHS 140 ครั้ง/นาที V/S แรกรับ BT 36.9 C PR 86 /min. RR 20 /min. BP 118/76 mmHg | ตรวจครรภ์พบว่า ระดับยอดมดลูกอยู่ที่ระดับ 1/3 เหนือSymphysis V/S แรกรับ BT 36.5 C PR 84 /min. RR 20 /min. BP 116/78 mmHg |
| พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง | หญิงตั้งครรภ์มีเปลือกตาซีด ผลค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง เท่ากับ 32.7% ปัสสาวะขัด ตรวจปัสสาวะพบ wbc 5-10 cell/HPE | หญิงตั้งครรภ์มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ ปัสสาวะขัดตรวจปัสสาวะพบ wbc 5-10 cell/ HPE ตรวจเลือดคัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ GST : 153.3 mg/dl |
| แบบแผนสุขภาพ | หญิงตั้งครรภ์ G1P0A0L0 อายุ 13 ปี ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 19 สัปดาห์ ไม่มีโรคประจำตัว มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในระยะก่อนตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ช้า<br>ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์มีความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก การตัดสินใจบางอย่างต้องอยู่ในความดูแลของบิดามารดา ด้านการบริโภคอาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน นอนหลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระปกติ มีความเครียดเกี่ยวกับบิดาที่ไม่พึงพอใจในการตั้งครรภ์ | หญิงตั้งครรภ์ G1P0A0L0 อายุ 18 ปี ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ไม่มีโรคประจำตัว มาฝากครรภ์ต่อเนื่องตามนัด<br>ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว พบว่ามารดามีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หญิงตั้งครรภ์รับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ทราบว่ามีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีความกังวลเกี่ยวกับอาการแพ้ท้อง และไม่มีรายได้จากการหยุดงาน มีสามีเป็นผู้ดูแลหลัก มีสัมพันธภาพที่ดีกับสามี มีภูมิลำเนาต่างจังหวัด เป็นลูกสะใภ้ที่มาอาศัยอยู่กับครอบครัวสามี การตัดสินใจบางอย่างจึงอยู่ในความดูแลของครอบครัวสามีเป็นหลัก ด้านการบริโภคอาหาร สามารถรับประทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้ อาเจียน ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระปกติ นอนหลับพักผ่อนได้ |
| ตรวจทางห้องปฏิบัติการ | วันที่ 12 พฤษภาคม 2566 CBC : Hct. 32.7 %,MCV 76.3 fLV DRL : non reactive HBsAg : negative Anti-HIV : negative DCIP : negative Blood gr. : O Rh : positive GST : 108.8 mg/dl Urine analysis (UA) : wbc 5-10 cell/HPE | วันที่ 11 เมษายน 2566 CBC : Hct.36.8 % MCV 72.3 fL VDRL : non reactive HBsAg : negative Anti-HIV : negative DCIP :negative Blood gr. : B Rh : positive GST : 153.3 mg/dl Urine analysis (UA) : wbc 30-50 cell/HPE |
| ยาที่ได้รับ | - Triferdine 1x1 oral pc<br>- CaCo3 1x1 oral pc<br>- Amoxicilline(500) 1x3 oral pc | - Triferdine 1x1 oral pc<br>- CaCo3 1x1 oral pc<br>- Amoxicilline(500) 1x3 oral pc |

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา**

| ข้อมูลทั่วไป | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| | - Paracetamol (500) 1x1 oral prn ทุก4-6 ชั่วโมง<br>- Ferrous Fumarate 1x1 oral pc | - Paracetamol (500) 1x1 oral prn ทุก4-6 ชั่วโมง<br>- Plasil 1x3 oral ac |

**ผลลัพธ์ทางการพยาบาล**

ผลการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เปรียบเทียบ พบว่า

- การเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

กรณีศึกษารายที่ 1 ภายหลังได้รับความรู้และส่งเสริมการปฏิบัติตัว หญิงตั้งครรภ์มีระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดในการตรวจเลือดครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้น 37% พัฒนาการทารกในครรภ์ปกติ การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์สัมพันธ์กับอายุครรภ์ ก่อนตั้งครรภ์พบภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ขณะตั้งครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ไตรมาส 1 น้ำหนักเพิ่ม 3 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย = 18.75 ไตรมาส 2 น้ำหนักเพิ่ม 7 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย = 23.75 ไตรมาส 3 น้ำหนักเพิ่ม 3 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย = 25.0 โดย ไตรมาส 3 พบน้ำหนักมากเกินเกณฑ์ จากการฝากครรภ์ต่อเนื่อง แพทย์ตรวจร่างกายและอัลตร้าซาวด์ทารก มีพัฒนาการในครรภ์ปกติ การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์สัมพันธ์กับอายุครรภ์

กรณีศึกษารายที่ 2 ตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรก โดยการใช้น้ำตาลกลูโคส 50 กรัม GCT พบผล 153.5 mg% ภายหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และตรวจคัดกรอง โดยการใช้น้ำตาลกลูโคส 100 กรัม OGTT พบผล glucose (ก่อนกินน้ำตาล) = 81.9 mg% glucose 1 ชั่วโมง = 195.5 mg% glucose 2 ชั่วโมง = 270.2 mg% glucose 3 ชั่วโมง = 222.9 mg% ไม่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ค่าความดันโลหิตระหว่าง 120-129 / 80-84 มม.ปรอท มีน้ำหนักลดลงในไตรมาส 1 ค่าดัชนีมวลกาย = 27.13 ไตรมาส 2 น้ำหนักเพิ่ม 5 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย = 25.31 ไตรมาส 3 น้ำหนักเพิ่ม 1 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย = 25.73 โดยไตรมาส 3 พบน้ำหนักมากเกินเกณฑ์

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาฝากครรภ์ตามนัดปกติ ผลการตรวจครรภ์ ทารกในครรภ์มีอัตราการเต้นของหัวใจปกติ แพทย์ทำการตรวจอัลตร้าซาวด์ในไตรมาส 3 กรณีศึกษารายที่ 1 คะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ 2,730 กรัม กรณีศึกษารายที่ 2 คะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ 2,548 กรัม

- การเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผลตรวจปัสสาวะในการฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ผล Urine analysis (UA) : wbc 3-5 cell/HPE แพทย์ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้องน้อย ปัสสาวะปกติ กรณีศึกษารายที่ 2 ผลตรวจปัสสาวะในการฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ผล Urine analysis (UA) : wbc 3-5 cell/HPE แพทย์ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะต่อเนื่องเช่นเดียวกับกรณีศึกษารายที่ 1 โดยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่พบภาวะคลอดก่อนกำหนด

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ สีหน้าคลายความกังวล ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมเครือข่ายสุขภาพ มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความตั้งใจในการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ มีความเครียดแต่สามารถจัดการได้

- พร่องความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า เป็นหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ครั้งแรก ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ พร่องความรู้ในการเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยาบำรุง ข้อควรระวังและข้อห้ามระหว่างตั้งครรภ์ ภายหลังได้รับความรู้และ

คำแนะนำจากการลงติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมเครือข่ายสุขภาพ พบว่าหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลมีความเข้าใจในแบบแผนการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์มีสีหน้าสดชื่น และเข้าใจแผนการดูแลตนเองมากขึ้น

**อภิปรายผล**

หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นวัยรุ่นจะต้องใช้กระบวนการที่ถูกต้องครบถ้วนเพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ในชุมชน จากการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น คลอดก่อนกำหนด ภาวะโลหิตจาง การติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจระหว่างการตั้งครรภ์ ผลสำเร็จของการรักษาพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งสองรายมีความปลอดภัย เนื่องจากมีการประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การให้การพยาบาลและประเมินผลโดยยึดหลักองค์รวม ใช้แนวคิดแบบ และเยาวชนมีความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และค่านิยม เพื่อนำไปสู่การเสริมพลังในการเลือกที่จะกระทำใน[1,4] แผนสุขภาพของกอร์ดอน[5] แนวคิดการมีส่วนร่วมในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ซึ่งการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นวัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และชุมชนต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เจ้าหน้าที่ต้องสร้างสัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ คลายความกังวล เกิดกำลังใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

การพยาบาลเชิงป้องกัน เช่น ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพให้แก่เด็กและเยาวชน เสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ที่ช่วยให้เด็กเรื่องเกี่ยวกับการสร้างความสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์และการอนามัยเจริญพันธุ์[3]

**เอกสารอ้างอิง**

1. กิตติพงศ์แซ่เจ็ง และคณะ.2558.คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น.
2. สุพร อภินันทเวช. (2553). การให้คำปรึกษาในวัยรุ่นตั้งครรภ์. อ้างใน ธราธิป โละทัต และคณะ. (บรรณาธิการ), วัยรุ่นตั้งครรภ์และทารกคลอดก่อนกำหนด ปัญหาที่ท้าทาย (หน้า 107-112). กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พลับบลิชชิ่ง.
3. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2560.
4. มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2563). การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด.แนวคิดและการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์มรภาวะแทรกซ้อน ปรับปรุงใหม่.
5. วัฒนา ศรีพจนารถ. การพยาบาลหลังหญิงตั้งครรภ์:แบบแผนสุขภาพ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2543.

# รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

# Promoting model of health literacy for health behavior change in diabetic patients at Ban Hai Health Promoting Hospital, Phanna Nikhom, District, Sakon Nakhon Province

(Received: January 18,2024 ; Revised: February 18,2024 ; Accepted: February 21,2024)

**สุภาพ จองกัลยา**[1]
**Supap Jungkanlaya**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Paired sample t–test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง จำนวน 7 ด้าน ดังนี้ 1) ผลของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ผลความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) ผลของการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ 4) ผลของการตัดสินใจด้านสุขภาพ 5) ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง 6) ผลของการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ 7) ผลของการการรับประทานอาหาร และพบว่าผู้ป่วยมีผลของความเครียด และผลของการสูบบุหรี่และสุรา หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**คำสำคัญ :** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, ผู้ป่วยเบาหวาน

**ABSTACT**

This research was action research with the objective of studying health literacy and changing health behaviors in diabetic patients. and a model for promoting health literacy to change health behavior in diabetic patients. Sample size were 50 diabetic patients. Data analysis comparison of the mean of health literacy on health behavior change among diabetic patients. Before and after using the guideline, using Paired sample t–test statistics, the level of statistical significance 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

## บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น และจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ของสถาบันวิจัย

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

ระบบสาธารณสุข เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี 2557 พบคนไทยเป็นเบาหวานมากขึ้นทุกช่วงอายุ จากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 ที่น่าเป็นห่วงคือช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน โรคนี้ได้คุกคามเข้าไปในกลุ่มของเด็กๆมากขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานจากภาวะอ้วน อันเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ออกกำลังกาย จนทำให้การหลั่งและการทำงานของอินซูลินมีปัญหา นอกจากนี้ในประเทศกำลังพัฒนาโรคเบาหวานยังเป็นโรคที่พบมากขึ้น เนื่องจากลักษณะของการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปตามแบบตะวันตก ทำให้ได้รับอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น[1]

สถานการณ์โรคเบาหวาน ของจังหวัดสกลนคร ใน ปี พ.ศ. 2561-2565พบผู้ป่วยจำนวน 35,798, 43,456 , 63,242 , 64,625 , 68,763 คนพบอัตราป่วย3,114.30 , 3,774.47 . 5,383.14 , 5,534.58, 5,998.77 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่าในเขตอำเภอพรรณานิคมปีพ.ศ.2561-2565 พบผู้ป่วยจำนวน 4,622 , 4,742 ,4,789 ,4,824 , 4,849 คน พบอัตราป่วย 5,762.95 , 5881.19 , 5920.02 , 5,947.92 , 5,965.80 ต่อประชากรแสนตามลำดับ และในเขต ตำบลไร่ปี พ.ศ. 2561-2565 พบผู้ป่วยจำนวน 517, 524, 548, 566, 602 คน พบอัตราป่วย5,360.85 , 5,431.18 , 5,674.64 , 5,845.90, 6,219.65 ต่อประชากรแสนตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ่ มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 222, 249 , 286, 302, 331, .คน พบอัตราป่วย4483.04 , 5016.12 , 5,760.32 , 6,083.80 , 6,666.67... ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (HDC จังหวัดสกลนคร, 2566) [2]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันไข้หวัดใหญ่ การตรวจคัด กรองโรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และรายงานวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) โดยมีความสามารถทำ นายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรคและมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคมะเร็ง[3] อาจจะเนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเองนั่นเอง

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามความเหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร และก่อให้เกิดการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำองค์ความรู้ไปเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในการควบคุมป้องกันโรค และให้การสนับสนุนการดำเนินงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชนให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่นโรคหลอดเลือดโคโรนารีย์ และหลอดเลือด อัมพาต อัมพฤกษ์ แผลเท้า ไตวาย หรือตาบอดซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะทุพลภาพและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาซึ่งถือเป็นต้นทุนทางด้านสาธารณสุข

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

เพื่อศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

**วัตถุประสงค์เฉพาะ**

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนครการ รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มทดลอง จำนวน 50 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร โดยการบรรยาย วิดิทัศน์ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามกิจกรรมประกอบด้วย

1.1 การสร้างแนวคิดเพื่อป้องกันภาวะป่วย

1.2 ค่านิยมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

1.3 ปัจจัยเสริมต่อการเกิดโรคของบุคคล

1.4 ปัจจัยเสริมด้านความสะดวกในการเดินทาง

1.5 ปัจจัยเสริมทางสุขภาพ

1.6 การสร้างแนวคิดและพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ

2.2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วย เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

2.4 ความพึงพอใจในรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

1. การตรวจสอบความตรง (Content Validity) โดยนำแบบสอบถาม และรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ่ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยและบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้วิธี IOC ผู้ศึกษาได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมและชัดเจนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการพรรณนาคุณลักษณะทั่วไป โดยตัวแปรประเภทแจงนับ (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 ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ใช้สถิติ Paired sample t–test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

**ผลการวิจัย**

**1. ผลความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนครการ** สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.69 (S.D.=0.626) อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.90 (S.D.=0.434) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.43 (S.D.=0.578)อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.72 (S.D.=0.494) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.29 (S.D.=0.594) อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.77 (S.D.=0.546) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

การตัดสินใจด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.47 (S.D.=0.692) อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.88 (S.D.=0.692) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.27 (S.D.=0.555) อยู่ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.45 (S.D.=0.572) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.45 (S.D.=0.782) อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.59 (S.D.=0.712) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

การรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.57 (S.D.=0.748) อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.88 (S.D.=0.592) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

การใช้ยาอย่างเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.62 (S.D.=0.726) อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.52 (S.D.=0.772) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

การออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.28 (S.D.=0.886) อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.20 (S.D.=0.882) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

ความเครียด มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.71 (S.D.=0.652) อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.34 (S.D.=0.739) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

การสูบบุหรี่และสุรา มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.58 (S.D.=0.698) อยู่ในระดับมาก และและมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.38 (S.D.=0.853) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

**2. ผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน**

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1) การสร้างแนวคิดเพื่อป้องกันภาวะป่วย 2) ค่านิยมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ 3) ปัจจัยเสริมต่อการเกิดโรคของบุคคล 4) ปัจจัยเสริมด้านความสะดวกในการเดินทาง 5) ปัจจัยเสริมทางสุขภาพ

ร่วมกับกิจกรรมหรือข้อมูลที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างความรอบรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการ วิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีความจำเป็นต้องทราบและรู้ถึงของมูลที่จำเป็นจนสามารถนำมาออกแบบในการ

เสริมสร้างความรอบรู้ได้ดังนี้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำเป็นศึกษาสถานการณ์ไปพบแพทย์บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ สามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหาที่ท่านและคนในครอบครัวได้ ความมั่นใจว่าแหล่งบริการสุขภาพ สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการ และการตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือ ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำเป็นศึกษา ทราบถึงข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย การให้ความรู้และเข้าใจคำอธิบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับข้อมูลเรื่องโรค อาการหรือการดูแลสุขภาพ การเก็บข้อมูลความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือเอกสารหรือแผ่นพับโปสเตอร์ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้ ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยสามารถบอกเล่าข้อมูลสุขภาพของท่านให้หมอพยาบาล หรือคนอื่น รับรู้และเข้าใจสุขภาพ มีช่องทางให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้รู้ด้านสุขภาพเพื่อให้หายสงสัย ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพจำเป็นต้องให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่ง จนได้แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือการตัดสินใจลงมือปฏิบัติ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำเป็นต้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยว่าสามารถควบคุม กำกับสุขภาพตนเอง เช่น น้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปีมองโลกในแง่บวก ลดอาหารทำลายสุขภาพ ออกกำลังกาย จนวางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ จำเป็นต้องทราบข้อมูลพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่นการชักชวนให้ผู้อื่นเพิ่มการกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และกล้าเตือนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไม่ให้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ลดรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม เป็นต้น

**3. ผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน**

กลุ่มทดลอง ผลของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.434 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 คะแนน (S.D. = 0.626 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.134– 0.296), ผลความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.494 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 คะแนน (S.D. = 0.578 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.203– 0.369), ผลของการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.546 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 คะแนน (S.D. = 0.594 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.365– 0.539) ผลของการตัดสินใจด้านสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.692 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 คะแนน (S.D. = 0.692 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.283– 0.492), ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.572 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 คะแนน (S.D. = 0.555 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.086– 0.257) และผลของการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.712 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ

3.45 คะแนน (S.D. = 0.782 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.097– 0.181) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่** 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

| ชื่อตัวแปร | n | $\overline{X}$ | S.D. | t | Mean Difference | 95%CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ** | | | | | | | |
| หลังทดลอง | 50 | 3.90 | 0.434 | 5.22 | 0.215 | 0.134– 0.296 | <0.001** |
| ก่อนทดลอง | 50 | 3.69 | 0.626 | | | | |
| **ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ** | | | | | | | |
| หลังทดลอง | 50 | 3.72 | 0.494 | 6.80 | 0.286 | 0.203– 0.369 | <0.001** |
| ก่อนทดลอง | 50 | 3.43 | 0.578 | | | | |
| **การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ** | | | | | | | |
| หลังทดลอง | 50 | 3.74 | 0.546 | 10.220 | 0.452 | 0.365– 0.539 | <0.001** |
| ก่อนทดลอง | 50 | 3.29 | 0.594 | | | | |
| **การตัดสินใจด้านสุขภาพ** | | | | | | | |
| หลังทดลอง | 50 | 3.86 | 0.692 | 7.292 | 0.388 | 0.283– 0.492 | <0.001** |
| ก่อนทดลอง | 50 | 3.47 | 0.692 | | | | |
| **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง** | | | | | | | |
| หลังทดลอง | 50 | 3.45 | 0.572 | 3.971 | 0.172 | 0.086– 0.257 | <0.001** |
| ก่อนทดลอง | 50 | 3.27 | 0.555 | | | | |
| **การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ** | | | | | | | |
| หลังทดลอง | 50 | 3.59 | 0.712 | 6.524 | 0.139 | 0.097– 0.181 | <0.001** |
| ก่อนทดลอง | 50 | 3.45 | 0.782 | | | | |

**4. ผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง**

กลุ่มทดลอง ผลของการการรับประทานอาหาร หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.592 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 คะแนน (S.D. = 0.748 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.201– 0.412), ผลของการใช้ยาอย่างเหมาะสม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.772 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 คะแนน (S.D. = 0.726 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.062, 95%CI = -0.005– 0.221), ผลของการออกกำลังกาย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.882 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 คะแนน (S.D. = 0.866 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.255, 95%CI = -0.054– 0.205), ผลของความเครียด หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.739 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71

คะแนน (S.D. = 0.652 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.261– 0.483), และผลของการสูบบุหรี่และสุรา หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.853 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 คะแนน (S.D. = 0.698 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.002, 95%CI = 0.069– 0.319) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่** 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

| ชื่อตัวแปร | n | $\bar{X}$ | S.D. | t | Mean Difference | 95%CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **การรับประทานอาหาร** | | | | | | | |
| หลังทดลอง | 50 | 3.88 | 0.592 | 5.703 | 0.306 | 0.201– 0.412 | <0.001** |
| ก่อนทดลอง | 50 | 3.57 | 0.748 | | | | |
| **การใช้ยาอย่างเหมาะสม** | | | | | | | |
| หลังทดลอง | 50 | 3.52 | 0.772 | 1.876 | 0.108 | -0.005– 0.221 | 0.062 |
| ก่อนทดลอง | 50 | 3.62 | 0.726 | | | | |
| **การออกกำลังกาย** | | | | | | | |
| หลังทดลอง | 50 | 3.20 | 0.882 | 1.141 | 0.075 | -0.054– 0.205 | 0.255 |
| ก่อนทดลอง | 50 | 3.28 | 0.866 | | | | |
| **ความเครียด** | | | | | | | |
| หลังทดลอง | 50 | 3.34 | 0.739 | 6.615 | 0.372 | 0.261– 0.483 | <0.001** |
| ก่อนทดลอง | 50 | 3.71 | 0.652 | | | | |
| **การสูบบุหรี่และสุรา** | | | | | | | |
| หลังทดลอง | 50 | 3.39 | 0.853 | 3.050 | 0.194 | 0.069– 0.319 | 0.002* |
| ก่อนทดลอง | 50 | 3.58 | 0.698 | | | | |

**สรุปและอภิปรายผล**

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) ซึ่งมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง สรุปได้ดังต่อไปนี้

ผลของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.434 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 คะแนน (S.D. = 0.626 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.134– 0.296) สอดคล้องกับสมจินต์ มากพา และวิทวัฒน์ อูปคำ (2566)[4] ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพและ คะแนน

รวม ก่อนและหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.05)

ผลความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.494 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 คะแนน (S.D. = 0.578 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.203– 0.369) แต่ไม่สอดคล้องกับ กับสมจินต์ มากพา และวิทวัฒน์ อูปคำ (2566)[4] ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.05)

ผลของการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.546 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 คะแนน (S.D. = 0.594 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.365– 0.539) สอดคล้องกับสมจินต์ มากพา และวิทวัฒน์ อูปคำ (2566)[4] ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพและ คะแนนรวม ก่อนและหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.05)

ผลของการตัดสินใจด้านสุขภาพหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.692 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 คะแนน (S.D. = 0.692 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.283– 0.492) สอดคล้องกับสมจินต์ มากพา และวิทวัฒน์ อูปคำ (2566)[4] ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพและ คะแนนรวม ก่อนและหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.05)

ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.572 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 คะแนน (S.D. = 0.555 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.086– 0.257) ซึ่งไม่สอดคล้องกับ ณัฐนนท์ พีระภาณุรักษ์ (2565)[5] ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานีผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม

ผลของการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.712 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 คะแนน (S.D. = 0.782 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value

<0.001, 95%CI = 0.097– 0.181) สอดคล้องกับสมจินต์ มากพา และวิทวัฒน์ อูปคำ (2566)[4] ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพและ คะแนนรวม ก่อนและหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.05)

การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสรุปได้ดังต่อไปนี้

ผลของการการรับประทานอาหาร หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.592 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 คะแนน (S.D. = 0.748 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.201– 0.412) สอดคล้องกับการศึกษาสอดคล้องกับ อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ (2566)[8] ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน บุหรี่ สุรา (3 ลด) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน ลดบุหรี่ ลดสุรา (3 ลด) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ผลของการใช้ยาอย่างเหมาะสม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.772 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 คะแนน (S.D. = 0.726 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.062, 95%CI = -0.005– 0.221) สอดคล้องกับสมจินต์ มากพา และวิทวัฒน์ อูปคำ (2566)[4] ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมการอบรม มีค่า 38.81±6.48 คะแนน ซึ่งถือว่ามีคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับไม่เพียงพอ นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยใช้แบบจำลอง V-shape และ Nutbeam แล้ววัดประสิทธิผลของรูปแบบฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมก่อนและหลัง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.05) โดยคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสูงขึ้น เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับยาและดูแลสุขภาพ และการบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ผลของการออกกำลังกาย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.882 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 คะแนน (S.D. = 0.866 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.255, 95%CI = -0.054– 0.205) สอดคล้องกับรัตนา เกียรติเผ่า (2558)[6] ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลทัพทัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี พบว่า หลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักและรอบเอว ก่อนและ

หลังใช้โปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) และสอดคล้องกับ วัชราพร เนตรคำยวง (2566)[7] ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 66.80, S.D. = 25.09) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกายและการลดความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001)

ผลของความเครียด หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.739 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 คะแนน (S.D. = 0.652 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.261– 0.483) สอดคล้องกับ วัชราพร เนตรคำยวง (2566)[7] ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 66.80, S.D. = 25.09) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกายและการลดความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001) และสอดคล้องกับ อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ (2566)[8] ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน บุหรี่ สุรา (3 ลด) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน ลดบุหรี่ ลดสุรา (3 ลด) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ผลของการสูบบุหรี่และสุรา หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.853 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 คะแนน (S.D. = 0.698 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.002, 95%CI = 0.069– 0.319) สอดคล้องกับ อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ (2566)[8] ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน บุหรี่ สุรา (3 ลด) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัย**

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ และนำแนวทางหรือรูปแบบที่ได้จากผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีเพื่อหาแนวทางที่

ครอบคลุมชัดเจนในการเฝ้าระวัง/ป้องกันภาวะหรือป้องกัน และท้ายสุดผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้เกิดคุณภาพมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และควรเพิ่มการวัดความถี่ในการติดตามให้มากกว่าทุกการติดตามทุก 2 เดือนพุธของเดือน) เพื่อให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสามารถทราบข้อมูลที่แท้จริงจนนำมาวางแผนให้เกิดรูปแบบแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปขยายต่อในพื้นที่อื่นๆ ได้ในลำดับต่อไป และควรมีการวัดผลก่อนและหลังดำเนินการวิจัยในครั้งต่อไป

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหารผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยจากโรงพยาบาลโรงพยาบาลบ้านไฮ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

**เอกสารอ้างอิง**

1.สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1/2018-02-08-14-52-46

2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. กลุ่มรายงานมาตรฐานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 4 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก:https://snk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11

3.Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J. et al. The association between age and health literacy among elderly persons. J Gerontol Series B-Psychol Scien Soc Scien. 2000;55(6):S368–74

4.สมจินต์ มากพา และวิทวัฒน์ อูปคำ. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร วารสารศูนย์อนามัยที่ 9; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/260934/178434

5.ณัฐนนท์ พีระภาณุรักษ์ (2565) ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/260585/176253

6.รัตนา เกียรติเผ่า. ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลทัพทัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี.วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2558:24(3), 405-412.

7.วัชราพร เนตรคำยวง (2566) ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/260493/180276

8.อติญาณ์ ศรเกษตริน, จินตนา ทองเพชร, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, นงณภัทร รุ่งเนย 2566. ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ วารสารวิชาการสาธารณสุข ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/13627/11096

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง
# The Factors Associated with Depression Disorder in Adolescents of Khuan Khanun District, Phatthalung Province.

(Received: February 11,2024 ; Revised: February 21,2024 ; Accepted: February 25,2024)

**ซุรยานี บือซา[1] ซูรียานี สาเมาะ[1] เบ็ญจวัน ขำเกื้อ[2] บุญเรือง ขาวนวล[3] ชไมพร ทองเพชร[4]**
**Suryani Buesa[1] Suryani Samo[1] Benjawan Khamkua[1] Bunruang Khawnuan[1]**
**Chamaiphon Thongphet[4]**

**บทคัดย่อ**

การศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 15-19 ปี จำนวน 200 คน ในตำบลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินปัจจัยด้านสังคม แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) สถิติที่ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแคว์ (Chi-square test) และสถิติค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม การปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป และเหตุการณ์กดดันในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ($P<0.05$) ส่วนความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ดังนั้น ทีมสุขภาพและผู้ใกล้ชิดควรให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น และควรศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่
**คำสำคัญ:** ภาวะซึมเศร้า, วัยรุ่น

**Abstract**

The objective of this survey research was to determine the factors associated with depression among adolescents. Data were collected from a sample of 200 adolescents aged 15-19 years in Khuan Khanun Sub-district, Khuan Khanun District, Phatthalung Province. by simple random the research tool consisted of four parts: a personal questionnaire. Social Factors Assessment Form Health Behavior Risk Factors Questionnaire and the Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A). The statistics used were frequency, percentage, mean, and standard deviation. and Chi-square test and Pearson Product Moment Correlation statistics.

The results of the study of depression among adolescents were divided into 2 levels: 60.0% without depression and 40.00% with depression. Personal factors were not associated with depression among adolescents. statistically significant (p-value=0.05). Factors associated with a low level of depression among adolescents were family relationships in problem-solving (r = -0.186; p-value=0.008), and communication (r = -0.275). ; p-value=0.000) Roles (r = -0.291 ; p-value=0.000) emotional response ( r = -0.267 ; p-value=0.000) emotional attachment (r = 0.308 ; p-value=0.000), behavioral control (r = 0.244 ; p-value=0.000), general duty performance (r = -0.236 ; p-value=0.001), relationship with peers (r = -0.001 ; p-value=0.990) and events. Life pressures and social support (r = 0.239; p-value=0.001) Therefore, the health personnel team the research results should be used to plan appropriately addressing the problems of depression in adolescents. to reduce the risk factors for depression in adolescents
**Keywords:** Depression Disorder, Adolescents

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลควนขนุน
[3] นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลควนขนุน
[4] อาจารย์คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

**บทนำ**

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่เปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม รวมทั้งเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับปัจจัยกระตุ้นจากภายนอกหลายประการที่จะส่งผลต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่น ปัญหาสุขภาพจิตเริ่มต้นเมื่ออายุ 14 ปี และปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นถือเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้บ่อย และเป็นสาเหตุชักนำที่สำคัญของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลับไม่ได้รับการตรวจคัดกรองหรือตรวจรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในวัยรุ่น[1]

องค์การอนามัยโลก World Health Organization ให้นิยามวัยรุ่นว่า เป็นบุคคลที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยแบ่งวัยรุ่นเป็น 3 ช่วงอายุตามพัฒนาการของวัยรุ่น ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น 10-14 ปี วัยรุ่นตอนกลาง 15-17 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย 18-19 ปี วัยรุ่นตอนกลางและวัยรุ่นตอนปลาย เป็นกลุ่มวัยรุ่นที่พบปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าวัยรุ่นตอนต้น และปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจะเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาในวัยผู้ใหญ่ต่อไป[1] วัยรุ่นตอนกลางและวัยรุ่นตอนปลายส่วนใหญ่เป็นนักเรียนในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงและมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง[2] จากการวิเคราะห์สถานการณ์วัยรุ่นในประเทศไทย พบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2556 วัยรุ่นไทยขอรับบริการและความช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 63 และจากการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทยในวันที่ 1 มกราคม – 25 กันยายน 2564 โดยสำรวจวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 12 พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในภาพรวมมีความชุกของภาวะซึมเศร้าจำนวน 1,107 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 24.59 โดยเขตสุขภาพที่ 13 (กลุ่มตัวอย่างจากจังหวัด กรุงเทพมหานคร) มีความชุกมากที่สุด (ร้อยละ 26.2)[3] จะเห็นได้ว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในแต่ละเขตสุขภาพหรือแต่ละพื้นที่จะมีความแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก เช่น สภาพสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ดังนั้นควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในแต่ละพื้นที่เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาได้ตรงตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่

ปัญหาที่สำคัญของตำบลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง คือปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น สาเหตุของปัญหาขึ้นอยู่กับปัจจัยในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก เช่น ปัญหาครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน สิ่งแวดล้อมรอบตัว เหตุการณ์กดดันในชีวิต พฤติกรรมการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการเสพสารเสพติดเป็นต้น ทำให้ส่งผลกระทบด้านการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น ปัญหาที่เกิดจากการขาดการประเมินความเสี่ยงอย่างจริงจัง ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ที่ดีในวัยรุ่น และยังพบผู้ประสบปัญหาส่วนหนึ่งที่ยังเข้าไม่ถึงการไม่ได้รับการปฏิบัติดูแลที่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญและนำมาหาแนวทางการป้องกันแก้ไข จึงควรมีการผลักดันให้เกิดการวางแผน เพื่อลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นในวัยรุ่น โดยวัยรุ่นส่วนใหญ่จะตั้งความคาดหวังกับหน่วยงานหลักในการแก้ไขปัญหา จำนวนประชากรวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ปี พ.ศ.2564 มีจำนวนทั้งหมด 333 คน[4]

จากการสำรวจความชุกของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 12 ปี 2564 พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในภาพรวมมีความชุกของภาวะซึมเศร้าจำนวน 1,791 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 39.78 จะเห็นได้ว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก เช่น สภาพสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม เป็นต้น และไม่พบว่ามีการประเมิน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ดังนั้นการสำรวจและประเมินความเสี่ยงเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงมีความจำเป็นในตำบลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาได้ตรงตามสภาพปัญหาของแต่ละคน

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคมปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 - มกราคม พ.ศ. 2565

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรการวิจัยครั้งนี้ เป็นวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 15-19 ปี ในพื้นที่ ตำบลควนขนุนอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง จำนวน 333 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Simple) กำหนดขนาดตัวอย่างได้จาก สูตรของทาโร่ ยามาเน (Taro Yamane) (Yamane, 1973 อ้างใน ภัทรานิษฐ์เหมาะทอง และคณะ[5] ได้ขนาดตัวอย่าง 182 คน เพื่อป้องกันอัตราการสูญหาย (ร้อยละ 10) คำนวณได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 200 คน จากนั้นกำหนดจำนวนของกลุ่มตัวอย่างโดยคิดตามสัดส่วนของจำนวนประชากรในแต่ละเขตพื้นที่ได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละเขตพื้นที่แล้วนำมาสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อในแต่ละหมู่บ้าน จนครบตามกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ และเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) วัยรุ่นทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 15-19 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในตำบลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง 2) มีความสามารถในการอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 3) สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในงานวิจัย และเกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่ วัยรุ่นที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนปีการศึกษาที่ผ่านมา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา คนในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินปัจจัยด้านสังคม

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความสัมพันธ์ในครอบครัว (family Relationship Questionnaire) พัฒนาขึ้นโดย: ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ[6] แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมิน 4 ระดับ คือ ไม่ตรงเลย ตรงเล็กน้อย ตรงปานกลาง และตรงมากที่สุด ข้อความในแบบสอบถามทั้งหมดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว 7 ด้านดังนี้ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การสื่อสาร 3)บทบาท 4) การตอบสนองทางอารมณ์ 5) ความผูกพันทางอารมณ์ 6) การควบคุมพฤติกรรม 7)การปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบประเมินความสัมพันธ์กับเพื่อน (Friendship Assessment Form) ของเบอร์เมสเตอร์ (Burhrmester) มีคำถามจำนวน 11 ข้อ เป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนในลักษณะของการมีมิตรภาพ การเปิดเผยตนเอง การสนับสนุนทางอารมณ์ และความพึงพอใจในสัมพันธภาพ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ

ตอนนที่ 3 แบบสอบถามเหตุการณ์กดดันในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยคำถามจำนวน 3 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ
ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 5 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า 5 อันดับ

ส่วนที่ 4 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พัฒนามาจาก The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) เป็นแบบประเมินแบบ self-

report ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ระดับ

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและได้นำมาปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยแบบสอบถามส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 คือแบบประเมินปัจจัยด้านสังคม ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ และส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พัฒนามาจาก The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) เป็นแบบประเมินแบบ Self-Report ประกอบด้วย 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วนำไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.954

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Average) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ใช้สถิติไคสแคว์ (Chi-square test) และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ( Pearson Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณา รับรองจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมในคนของมหาวิทยาลัยทักษิณ การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่ COA No. TSU 2021-217

**ผลการวิจัย**

จากศึกษาพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.00 ส่วนใหญ่อายุ 17-18 ปี ร้อยละ 44.00 มีอายุเฉลี่ย 16.94 ปี มีระดับการศึกษาสูงสุดชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 29.50) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลการเรียน (เกรดเฉลี่ย) ปีการศึกษาที่ผ่านมาสูงสุด มากกว่าหรือเท่ากับ 2.0 ร้อยละ 91.00 ส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวสูงสุด 6,000-9,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 32.50 ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวส่วนใหญ่ มีรายได้ปานกลาง ร้อยละ51.00 สถานภาพสมรสของบิดามารดส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 71.50 คนในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 4.50 ไม่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 95.50 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 94.00

ปัจจัยด้านสังคม

ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบทั้ง 7 ด้าน พบว่า ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวด้านการแก้ปัญหา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีปานกลาง ร้อยละ 62.00 ($\bar{X}$ = 2.80, S.D.= 0.58) ด้านการสื่อสาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีปานกลาง ร้อยละ 62.00 คะแนนเฉลี่ย $\bar{X}$ = 2.80, S.D.= 0.58) ด้านการแสดงบทบาท ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 58.00 $\bar{X}$ = 3.52, S.D.= 0.61) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีปานกลาง ร้อยละ 87.00 $\bar{X}$ = 2.98, S.D.= 0.36) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเล็กน้อย ร้อยละ

53.50 ($\bar{X}$ = 1.72, S.D.= 0.64) ด้านการควบคุมพฤติกรรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเล็กน้อย ร้อยละ 80.00 $\bar{X}$ = 2.20, S.D.= 0.42) และ ด้านการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป ส่วนใหญ่ในระดับดีปานกลาง ร้อยละ 85.5 0 $\bar{X}$ = 2.86, S.D.= 0.35)

ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.50 $\bar{X}$ = 3.42, S.D.= 0.48)

ด้านสังคมเหตุการณ์กดดันในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเล็กน้อย ร้อยละ 77.50 $\bar{X}$ = 2.00, S.D.= 0.49)

ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีปานกลาง ร้อยละ 69.00 คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 3.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.54

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อจำแนกตามรายข้อ พบว่ามีกลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่ มีความคิดอยากตายหรือไม่อยากมีชีวิตอยู่ จำนวน 15 คน และมีกลุ่มวัยรุ่นพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตาย จำนวน 6 คน

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น**

ปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ,อายุ,ระดับการศึกษา, ผลการเรียนปีการศึกษาที่ผ่านมา,รายได้ของครอบครัวต่อเดือน,ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว, สถานภาพสมรสบิดามารดา,คนในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าและโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

**ตารางที่ 1** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นตำบลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

| ปัจจัยส่วนบุคคล | ระดับภาวะซึมเศร้า | | $x^2$ | *P-value* |
|---|---|---|---|---|
| | ไม่มีภาวะซึมเศร้า | มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้า | | |
| เพศ | | | 0.866 | 0.385* |
| หญิง | 64 | 48 | | |
| ชาย | 56 | 32 | | |
| อายุ | | | 1.772 | 0.399* |
| 15-16 ปี | 46 | 36 | | |
| 17-18 ปี | 53 | 35 | | |
| 19 ปีขึ้นไป | 21 | 9 | | |
| ระดับการศึกษา | | | 3.765 | 0.597* |
| มัธยมศึกษาปีที่ 3 | 32 | 27 | | |
| มัธยมศึกษาปีที่ 4 | 20 | 9 | | |
| มัธยมศึกษาปีที่ 5 | 20 | 17 | | |
| มัธยมศึกษาปีที่ 6 | 31 | 20 | | |
| ปวช. | 15 | 14 | | |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 2 | 3 | | |
| ผลการเรียนปีการศึกษาที่ผ่านมา | | | 1.994 | 0.208* |
| น้อยกว่า 2.0 | 8 | 10 | | |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 2.0 | 112 | 70 | | |
| รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท) | | | 2.095 | 0.560* |

**ตารางที่ 1** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นตำบลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

| ปัจจัยส่วนบุคคล | ระดับภาวะซึมเศร้า | | $x^2$ | *P-value* |
|---|---|---|---|---|
| | ไม่มีภาวะซึมเศร้า | มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้า | | |
| 3,000-5,000 | 27 | 24 | | |
| 6,000-9,000 | 40 | 24 | | |
| 10,000 | 33 | 17 | | |
| 20,000 ขึ้นไป | 20 | 15 | | |
| ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว | | | 2.077 | 0.353* |
| เพียงพอ | 46 | 23 | | |
| ปานกลาง | 59 | 44 | | |
| ไม่เพียงพอ | 15 | 13 | | |
| สถานภาพสมรสบิดามารดา | | | 1.228 | 0.752* |
| อยู่ด้วยกัน | 82 | 60 | | |
| หย่าร้าง | 17 | 9 | | |
| แยกกันอยู่ | 15 | 7 | | |
| ถึงแก่กรรม | 6 | 4 | | |
| คนในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า | | | 0.175 | 0.744* |
| ไม่มี | 114 | 77 | | |
| มี | 6 | 3 | | |
| โรคประจำตัว | | | 0.144 | 0.757** |
| ไม่มี | 114 | 75 | | |
| มี | 6 | 5 | | |

กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ***** Pearson Chi-square test ****** Fisher's exact test.

**ปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น** ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำ (r=-0.186) และด้านการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำ (r=-0.236) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับด้านการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำ (r=-0.275) ด้านบทบาท มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำ (r=-0.291) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำ (r=-0.267) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สำหรับด้านความผูกพันทางอารมณ์และด้านการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้า ในระดับต่ำ (r=0.308 ,r=0.244 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านเหตุการณ์กดดันในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในระดับต่ำ (r=0.239) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

**ตารางที่ 2** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมกับระดับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น อำเภอควนขนุน จังหวัด พัทลุง

| ปัจจัยด้านสังคม | ระดับภาวะซึมเศร้า | | |
|---|---|---|---|
| | r | P-value | ระดับความสัมพันธ์ |
| **ความสัมพันธ์ในครอบครัว** | | | |
| - การแก้ปัญหา | -0.186 | 0.008 | ระดับต่ำ |
| - การสื่อสาร | -0.275 | 0.000 | ระดับต่ำ |
| - บทบาท | -0.291 | 0.000 | ระดับต่ำ |
| - การตอบสนองทางอารมณ์ | -0.267 | 0.000 | ระดับต่ำ |
| - ความผูกพันทางอารมณ์ | 0.308 | 0.000 | ระดับต่ำ |
| - การควบคุมพฤติกรรม | 0.244 | 0.000 | ระดับต่ำ |
| - การปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป | -0.236 | 0.001 | ระดับต่ำ |
| **ความสัมพันธ์กับเพื่อน** | -0.001 | 0.990 | ระดับต่ำ |
| **เหตุการณ์กดดันในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม** | 0.239 | 0.001 | ระดับต่ำ |

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

**ตารางที่ 3** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ กับระดับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

| ข้อมูล | ระดับภาวะซึมเศร้า | | |
|---|---|---|---|
| | r | P-value | ระดับความสัมพันธ์ |
| ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ | -0.010 | 0.891 | ระดับต่ำ |

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**อภิปรายผล**

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวุธ แก้วสุทธา, ณรงค์ศักดิ์ เหล่าศรีสิน, และวิกุล วิสาลเสสถ์[7] เนื่องจากเพศ อายุ ระดับการศึกษาและความไม่เพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ ลักษิกา พิสุทธิไพศาล และจารุพร ตั้งพัฒนกิจ[8] พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่ำและมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้านั้น เนื่องมาจากการมีการศึกษาที่ต่ำมักมีตำแหน่งหน้าที่การงานไม่ดีไม่มีความมั่นคง สวัสดิการและรายได้ไม่แน่นอนมีข้อจำกัดในการแก้ไขปัญหาและการป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ การศึกษาสูงพบว่ามีการแก้ไขปัญหาได้ดีแต่ก็มีบางการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษาสูงมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าสูง เนื่องมาจากความกดดันและความคาดหวังจากสังคมสูงทำให้เกิดความเครียดและเป็นโรคซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ การเรียนสอบตก เรียนไม่ทันเพื่อน เป็นต้น[8]

2. การศึกษาปัจจัยด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญศรี นุเกตุ,ปาลีรัตน์ พรทวีกัณทา และคณะ[9] พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีอิทธิพลทางลบกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งหากผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับสูงก็จะมีความซึมเศร้าระดับต่ำในทางตรงกันข้าม หากมี

สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำก็จะมีความซึมเศร้าในระดับสูง ผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้เกือบทั้งหมดมีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับดีมาก และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน/คู่ สมรส ซึ่งสังคมไทยถือว่าเป็นครอบครัวขยาย และมีความช่วยเหลือเกื้อกูลให้ความเคารพ สนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

3. ความสัมพันธ์กับเพื่อน มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของสราวลี สุนทรวิจิตร และคณะ[10] พบว่า ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (r=-.297; p<0.01) แต่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาได้เป็นไปในทิศทางเดียวกับผลการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดเชียงราย พบว่าความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากนักเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.80 ยังอาศัยอยู่กับบิดาและมารดานักเรียนจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาก็มีผู้ที่คอยให้คำปรึกษา ดูแล หรือให้ความช่วยเหลือ จึงทำให้นักเรียนเหล่านี้ไม่ได้ให้ความสำคัญหรือ ผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมากเท่าที่ควรเมื่อเกิดปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่นก็มักจะปรึกษาหารือและมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่ดี จึงทำให้ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้

4. เหตุการณ์กดดันในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม มีระดับความสัมพันธ์ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ สราวลี สุนทรวิจิตร และคณะ[9] พบว่าความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($\beta$=-.112; p <0.05) สามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลในการได้รับความรัก ความสนใจ ช่วยเหลือเกื้อกูลในด้านต่างๆ จากบุคคลรอบข้างหรือจากบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกัน เมื่อบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีบุคคลที่คอยประคับประคองช่วยเหลืออยู่ก็จะรู้สึกว่าตนเองปลอดภัยได้รับการดูแล มีผู้เห็นคุณค่ารู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นๆ ทำให้สามารถปรับตัวให้ก้าวผ่านสถานการณ์หรือวิกฤติของชีวิตได้ เช่นเดียวกับนักเรียนขยายโอกาสที่รับรู้ว่าตนเองมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยรับรู้ว่าตนเองเป็นที่รักใคร่ ผูกพันและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เช่น ได้รับการปลอบโยนจากบุคคลในครอบครัว ได้รับข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำในการแก้ปัญหา ตลอดจนสิ่งของจากครอบครัวหรือเพื่อนบ้านก็จะรู้สึกว่าตนเองมีกำลังใจและมีคุณค่าของตนเอง จึงไม่เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสได้

5. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ อุบลบาน และสุทิน ชนะบุญ[11] พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ เพื่อนสนิท สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เพื่อนสนิทสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เนื่องจากมนุษย์เป็นปัจจัยแวดล้อมของบุคคลทั้งส่งเสริมและบั่นทอนสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้อยู่ใกล้ชิดและการพบเห็น หรืออยู่ท่ามกลางผู้ที่สูบบุหรี่จะทำให้โอกาสของความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จะมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้น จังหวัด พะเยา พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ วัยรุ่นที่มีคนในครอบครัวและเพื่อนสูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่คนในครอบครัวและเพื่อนไม่สูบบุหรี่ 3.55 เท่า และการศึกษาของอนงค์ ดิฐสังข์ และสุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย[12] ที่พบว่าปัจจัยเรื่องเพศและผลการเรียนสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา เพราะผู้ที่มีผลการเรียนไม่ดี มักเกิดความเครียดได้ง่าย หรือต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน จึงใช้การดื่มสุราเป็นตัวช่วย นอกจากนี้สภาพครอบครัวที่หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย มีรายได้ต่ำ และมีสมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา มีโอกาสเสี่ยงต่อวัยรุ่นดื่มสุรามากกว่า เพราะผู้ปกครองอาจมีความเครียดสูงจากปัญหาครอบครัวและการเงินจึงไม่มีเวลาควบคุม

พฤติกรรมของบุตร ขาดการส่งเสริมงานที่ต้องรับผิดชอบ ในวัยรุ่น และผู้ปกครองมีแนวโน้มดื่มสุราเพื่อลดความเครียดจากปัญหาต่างๆ จึงเป็นตัวอย่างการดื่มสุราให้แก่บุตรหลานและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรวิพรรณ พูลลาภ และอาจินต์ สงทับ[13] พบว่าการประยุกต์ใช้หลัก MAST โดยให้เพื่อนเข้ามามีบทบาทสำคัญในการสังเกตและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในตัวเพื่อน เพราะเพื่อนจะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันจะทำให้ทราบถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าและสังเกตอาการได้รวดเร็วมากกว่าบุคคลอื่นและการส่งเสริมกิจกรรมทางกายจิตใจให้ได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เพื่อใช้เวลาที่อาจปล่อยทิ้งไปกับภาวะซึมเศร้าให้เกิดกิจกรรมทางกายและส่งเสริมจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส่ขึ้น

**ข้อเสนอแนะ**

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การมีปัญหาในครอบครัว พ่อแม่มีการทะเลาะเบาะแว้ง หย่าร้าง ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนน้อย มีโลกส่วนตัวสูง การเผชิญปัญหาเหตุการณ์กดดันในชีวิต มีการสูญเสียบุคคลในครอบครัว มีปัญหาความรัก การคบเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวเสพสารเสพติด และการไม่มีกิจกรรมทางกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ดังนั้นควรพัฒนารูปแบบในการให้บริการทางด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพ ครู ผู้ปกครอง ที่มีหน้าที่ในการดูแลวัยรุ่น เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม

1.2 เสนอแนะให้โรงเรียนมีระบบการประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นและการให้คำปรึกษา ผ่านระบบโซเชียลมีเดีย

2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่น ตำบลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในพื้นที่

2.2 ควรศึกษาวิจัยปฏิบัติการมีส่วนร่วมของวัยรุ่นในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เพื่อสามารถแก้ปัญหาและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นได้มากขึ้น

**กิตติกรรมประกาศ**

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์บุญเรือง ขาวนวล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ชไมพร และนางสาวเบ็ญจวัน ขำเกื้อ อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอนของการทำวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์ รวมทั้งให้กำลังใจและเอาใจใส่แก่ผู้วิจัยมาตลอด ผู้วิจัยขอกราบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย และขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนขนุน ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้โอกาสในการศึกษา โดยเฉพาะวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ที่กรุณาเอื้อเฟื้อ สละเวลา และให้ความร่วมมือในการเข้าทำแบบสอบถามจนทำให้การวิจัยครั้งนี้ลุล่วงไปด้วยดี

**เอกสารอ้างอิง**

1. Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D.S., & Thapar, A. (2012). Depression in adolescence. Seminar, 379(9820), 1056-1067. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60871-4
2. บรรจง เจนจัดการ, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, และชนัดดา แนบเกษร, วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, และ โชษิตา ภาวสุทธิไพ ศิฐ. (2563). “ภาวะซึมเศร้า และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น” วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 21(2); 42. (พฤษภาคม-สิงหาคม)
3. วิมลวรรณ ปัญญาว่อง รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล และโชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. (2563). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563;28(2):136-149.

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (2564). ปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. [ออนไลน์] ได้จาก :http://ptho.moph.go.th/main.php?fbclid=IwAR2ZwJ3BiDUgHehH-tOSBM63byXA4AmFHmReeUDMTaPk1itArmb7pJg9O8k. [สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2564].
5. ภัทรานิษฐ์เหมาะทอง, วนิดา ทองโคตร และสุพรรณี อึ้งปัญสัตวงศ. (มปป.) การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane (Determining the sample size by the Yamane's formula. [ออนไลน์] ได้จาก :https://sc2.kku.ac.th/stat/statweb/images/Eventpic/60/Seminar/01_9_Yamane.pdf .[สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2564].
6. อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544).จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว.5 พมคง,editor. กรุงเทพฯ.ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
7. ณัฐวุธ แก้วสุทธา, ณรงค์ศักดิ์ เหล่าศรีสิน, และวิกุล วิสาลเสสถ์ (2557). ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาไทย บทบาท ที่สำคัญสำหรับสถาบันการศึกษา. ซึมเศร้า. [ออนไลน์] ได้จาก : file:///C:/Users/ASUSWiTT/ Downloads/244029-Article%20Text-892278-1-10-20210131%20(5).pdf [สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2564].
8. ลักษิกา พิสุทธิไพศาล และจารุพร ตั้งพัฒนกิจ (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี. [ออนไลน์] ได้จาก : file:///C:/Users/ASUSWiTT/Downloads/241022-A1-899763-1-10-20210629.pdf. [สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2564].
9. บุญศรี นุเกตุ,ปาลีรัตน์ พรทวีกัณทา และคณะ. (2550). การพยาบาลผู้สูงอายุ. นนทบุรี : โครงการ สวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
10. สราวลี สุนทรวิจิตร ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ .(2559). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ Prevention of Adolescent Depression: From Evidence to Practice. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 24(1) ,1-12.
11. กนกวรรณ อุบลบาน1, สุทิน ชนะบุญ(2564).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น.วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการ สาธารณสุขชุมชน. 4(2);45-56. กรกฎาคม–ธันวาคม2564
12. อนงค์ ดิษฐสังข์ และสุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย.(2550).ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมประชานิเวศน์ เขตจคุจักร กรุงเทพมหานคร. วารสาร ศึกษาศาสตร์ปริทัศน์.22(3).93-104.
13. รวิพรรณ พูลลาภ และอาจินต์ สงทับ. (2563). บทบาทเพื่อนในการช่วยเพื่อนวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า. [ออนไลน์] ได้จาก : https://he01.tcithaijo.org.[สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2564].

# ผลของการใช้ระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร

# Effects of using group appointment system on receiving services according to the appointment date for patients with chronic non-communicable diseases of fisheries in Paknam Chumphon Hospital.

(Received: February 22,2024 ; Revised: February 24,2024 ; Accepted: February 27,2024)

**กติยา นิธรรม**[1]
**Katiya Nitum**[1]

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง และเปรียบเทียบระดับความรู้ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา ศึกษาในโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 - มกราคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อประกอบอาชีพประมง จำนวน 71 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง แบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired samples t-test

ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง ดำเนินกิจกรรม 5 ครั้ง ดังนี้ 1) การจัดทำตารางนัดให้ตรงกับวันที่ผู้ป่วยเรือหยุด หรือตามกำหนดเรือเข้าฝั่ง และใช้ปฏิทิน ข้างขึ้น ข้างแรมในตารางนัด 2) การให้ความรู้ผู้ป่วย 3) การฝึกการประกอบอาหารของตัวเอง 4) ให้ผู้ป่วยสรุปปัญหาตนเอง 5) ให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยผิดนัดต่ำกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 54.9 สาเหตุการผิดนัดส่วนใหญ่คือ ลืมวันนัด และมียาเหลืออยู่ ร้อยละ 36.6 หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมาตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 100.0 หลังพัฒนาผู้ป่วยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการดีขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ ดัชนีมวลกาย จาก 29.03±5.74 เป็น 25.58±4.45 ความดันโลหิต systolic จาก 150.48±6.959 เป็น 142.76±13.51 ความดันโลหิต diastolic จาก 86.45±8.61 เป็น 82.72±9.70 น้ำตาลสะสมในเลือด HbA1C จาก 8.52±2.10 เป็น 7.38±1.30 และไขมันในเลือด จาก 205.71±18.7 เป็น 169.93±37.0 ผู้ป่วยมีความรู้ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมหลังพัฒนาอยู่ในระดับมากเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 87.3 เป็นร้อยละ 100.0 หลังพัฒนาผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา จาก 51.34±4.38 เป็น 60.86±8.05 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference -9.521, 95%CI: 7.01-12.02, $p<0.001$) หลังพัฒนาผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา โดยพบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มจาก 65.82±3.76 เป็น 80.87±3.84 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference -15.056, 95%CI: 14.06-16.05, $p<0.001$)

**คำสำคัญ:** ระบบนัดรายกลุ่ม ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาชีพประมง

## Abstract

This research was action research aimed to group appointment system on receiving services according to appointment date for patients with chronic non-communicable diseases of fisheries and compare level of knowledge in controlling chronic non-communicable diseases, self-care behavior and quality of life of patients with non-communicable diseases were fishermen, between before and after development in Paknam Chumphon Hospital, Chumphon Province. Between November 2023 - January 2024. Sample of 71 group non-communicable diseases patients were fishermen. Tools used were questionnaires: knowledge questionnaire KR-20 = 0.97, self-care

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร

behavior alpha= 0.89, quality of life assessment form alpha= 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics and paired samples T-Test.

**Results**: found that group appointment system program for receiving services according to the appointment date for patients with non-communicable diseases were fishermen, activities 5 times as follows: 1) Preparing the appointment schedule to coincide with the day the boat patient out off or according to scheduled boat arrival to shore and use the moon phase calendar in appointment schedule. 2) Educating patients. 3) Practicing to cook their own food. 4) Allowing patients to summarize their own problems. 5) Allowing patients to review knowledge and exchange experiences. Before joining the program, 54.9% of patients missed appointments less than 10 times. The most common reason was forgetting the appointment date and having medicine left 36.6%. After joining the program, patients came to their appointments every time 100.0%. Patients had results laboratory was better than before developed were statistically significantly different ($p<0.05$), including: Body mass index from 29.03±5.74 to 25.58±4.45, systolic blood pressure from 150.48±6.959 to 142.76±13.51, diastolic blood pressure from 86.45±8.61 to 82.72±9.70, accumulated sugar HbA1C from 8.52±2.10 to 7.38±1.30 and cholesterol from 205.71±18.7 to 169.93±37.0. Patients' overall knowledge in controlling chronic non-communicable diseases after development increased to a high level from 87.3% to 100.0%. After development, patients had overall self-care behavior at a moderate level, increasing more than before development from 51.34±4.38 to 60.86±8.05, statistically significant difference (mean difference -9.521, 95%CI: 7.01-12.02, $p<0.001$). After improving patient's quality of life overall was moderate level, increasing more than before development. It was found that patients' mean quality of life increased from 65.82±3.76 to 80.87±3.84, statistically significant difference (mean difference -15.056, 95%CI: 14.06-16.05, $p<0.001$).

**Keywords:** Group Appointment System, Chronic Non-communicable Diseases Patients, fisheries

**บทนำ**

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นับว่าเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ทั้งนี้สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับในประเทศไทยความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เพิ่มจากร้อยละ 6.9 ในปี 2552 ส่วนความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับร้อยละ 24.7 ในปี 2557 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี 2552 ระหว่างปีพ.ศ.2556–2560 การบริโภคขนมกรุบกรอบ และอาหารจานด่วนมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่การบริโภคอาหารสำเร็จรูปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปีพ.ศ. 2560 ความชุกของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน และผู้ที่ดื่มเป็นประจำมีอัตราลดลงทั้งในเพศหญิงและชาย ทั้งในวัยผู้ใหญ่ และวัยรุ่น โดยความชุกในวัยผู้ใหญ่เท่ากับร้อยละ 28.4 ซึ่งลดลงจากในปีพ.ศ.2558 ร้อยละ 16.5 ความชุกในวัยรุ่นเท่ากับ ร้อยละ 13.6 ซึ่งลดลงจากในปีพ.ศ. 2558 ร้อยละ 29.9 อย่างไรก็ตามปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็น 7.3 ลิตร/คน/ปีในปีพ.ศ. 2560 ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันเท่ากับร้อยละ 19.1[1] โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (non-communicable diseases) เป็นโรคที่ไม่ได้เกิดขึ้นจากการ ติดเชื้อโรค และไม่ได้ติดต่อจากคนสู่คน โดยการสัมผัสหรือการหายใจ แต่เป็นโรคทีเกิดจากการใช้ชีวิตประจำวัน ที่ไม่เหมาะสมของเรากลุ่มโรค NCDs ประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน ลงพุง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง เป็นต้น การใช้ชีวิตประจำวันของเราในปัจจุบันมีสิงอำนวยความสะดวกมากขึ้น ทำให้เรามีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง รวมทั้งการรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารรสหวานจัด เค็มจัด และอาหารที่มีไขมันสูง จะทำให้เกิดภาวะอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ

และโรคหลอดเลือดสมองซึ่งอาจจะตีบหรือแตกได้ นอกจากนี้ การสูบบุหรี่เป็นประจำ ก็จะทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง รวมทั้งโรคมะเร็งต่าง ๆ ได้ เมื่อประกอบกับความเครียดและการพักผ่อนไม่เพียงพอ รวมกันและสะสมเรื้อรังไปนานๆ ก็นำไปสู่การเกิดกลุ่มโรค NCDs ได้[2]

กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาพรวมของจังหวัดชุมพร มีอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานลดลง เมื่อเทียบปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562 เท่ากับร้อยละ 1.73, 1.99, 1.98 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านเมื่อเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2561 และ 2562 เท่ากับร้อยละ 18.87 และ 49.30 ส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยพื้นที่โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร ยังไม่ผ่านเกณฑ์ (เป้าหมายร้อยละ 40) โดยในปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562 โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร มีผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 22.00, 30.22, 32.13 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี (เป้าหมายร้อยละ 50) ได้ร้อยละ 28.71, 37.35, 44.78 และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562 ได้ร้อยละ 82.25, 85.80 และ 89.40 ตามลำดับ [3]

เนื่องจากตำบลปากน้ำชุมพร เป็นชุมชนที่มีการประกอบอาชีพประมง เป็นอาชีพหลัก ซึ่งการออกเรือแต่ละครั้งจะออกครั้งละ 3-30 วัน ซึ่งในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวต้องรับการรักษาต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและหอบหืด ตามตารางการนัดจะพบว่ามีการนัดผู้ป่วยแต่ละคลินิกเป็นรายวันใน 1 สัปดาห์ ซึ่งพบว่ามีปัญหาในการติดตามการรักษาดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มอาชีพประมง ทำให้ไม่สามารถมารับการรักษา. ตรวจภาวะแทรกซ้อนตามเวลาที่กำหนดได้ ดังนั้นทีมดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงมีการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มประมง เพื่อให้ได้รับการรักษา ตรวจภาวะแทรกซ้อน และพบแพทย์ตามนัดได้ตามวันที่ผู้ป่วยสะดวก ได้แก่ ช่วงข้างขึ้นตั้งแต่ 13 ค่ำ ถึง แรม 1 ค่ำ ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยหยุดทำการประมง พักอยู่บ้านกับครอบครัว สามารถมาตรวจรักษาตามนัดได้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยผิดนัดลดลง ในปีพ.ศ. 2563-2565 คือ ร้อยละ 47.05 .41.06 และ 14.4 ตามลำดับ ทั้งนี้สาเหตุอาจเนื่องมาจากในปีพ.ศ. 2564 เริ่มมีการระบาดของโควิด 19 มากขึ้น โดยเฉพาะในตำบลปากน้ำชุมพรพบผู้ติดเชื้อ 1844, 4666 คน ตามลำดับ จากการพัฒนาระบบนัดติดตามในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่าผู้ป่วยมาตรวจตามนัดลดลง ขาดการรักษามากขึ้น และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคมากขึ้น[3]

ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บางส่วนที่ต้องมีความทุกข์ทรมานจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระยะท้ายของเจ็บป่วยอาจถึงขั้นเป็นผู้ป่วยหนักต้องเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติและเสียชีวิตในที่สุด ด้วยสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานเช่นกัน โดยข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง ใน 4 โรคหลัก ปี พ.ศ. 2566 ทั้งหมดมีจำนวน 292 คน แบ่งเป็น โรคเบาหวาน จำนวน 48 คน ความดันโลหิตสูง จำนวน 117 คน ไขมันในเลือดสูง จำนวน 118 คน โรคหอบหืดและถุงลมโป่งพอง จำนวน 9 คน ที่มีประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการวางแผนและการจัดการใช้ระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง มีความสำเร็จในระดับสูงในการลดอัตราการขาดนัดในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการบริการดูแลผู้ป่วยและลดอัตราการขาดนัดในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เหมาะสมกับบริบทอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการใช้ระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่

ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ครั้งนี้

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อพัฒนาระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ

**วิธีการศึกษา**

**รูปแบบ** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 - มกราคม 2567

**ประชากรที่ศึกษา** คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ จำนวน 71 คน คำนวณจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย [3]

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีประวัติ อ้างอิงจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) เลือกศึกษาได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 12 คน ความดันโลหิตสูง จำนวน 28 คน ไขมันในเลือดสูง จำนวน 29 คน หอบหืดและถุงลมโป่งพอง จำนวน 2 คน ที่มีประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร และสอบถามการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาวประมง ที่รับการรักษาในระบบที่ไม่สามารถติดต่อได้ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีภาวะต้องล้างไต

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมระบบนัดรายกลุ่ม ในการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร เป็นระบบการนัดผู้ป่วยเข้าคลินิกโรคไม่ติดต่อ โดยการจัดทำตารางนัดให้ตรงกับวันที่ผู้ป่วยเรือหยุด หรือตามกำหนดเรือเข้าฝั่ง และใช้ปฏิทิน ข้างขึ้น ข้างแรมในตารางนัด ได้แก่ ช่วงข้างขึ้นตั้งแต่ 13 ค่ำ ถึง แรม 1 ค่ำ ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยหยุดทำการประมง พักอยู่บ้านกับครอบครัว สามารถมาตรวจรักษาตามนัดได้

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ โรคที่ป่วยในปัจจุบัน ยาที่รับประทาน ระยะเวลาที่ทำการประมง จำนวนครั้งผิดนัด ความดันโลหิต ดัชนีมวลกายระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระยะเวลาที่ป่วยโรคไม่ติดต่อ สาเหตุการผิดนัด

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รหัสการตอบคือ 1= ใช่, ตอบ 2= ไม่ใช่ การแปลผลคะแนนรวม 20 คะแนน ใช้เกณ์ของ Bloom[5] แบ่งระดับคะแนนตามร้อยละเป็น 3 ระดับคือ ต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย, ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง และร้อยละ 80 – 100 ระดับมาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย คำตอบเป็นระดับความถี่ในการปฏิบัติตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ 5 ระดับ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท[6] คือ 1 ไม่ปฏิบัติ ถึง 5 ปฏิบัติเป็นประจำ การแปลผลคะแนนรวม 100 คะแนน ใช้เกณ์ของ Bloom[5] แบ่งคะแนนตามร้อยละเป็น 3 ระดับคือ ต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย, ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง และร้อยละ 80 – 100 ระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ (QOL: Quality of Life Indicator) คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของลูกเรือประมง[7] ความสัมพันธ์ของวิถีชีวิตและการปรับตัวตามแผนการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน[8] และความเชื่อมโยงของการจัดการตนเอง

และการใช้ยากับบริบทการดำเนินชีวิต[9] ประกอบด้วย ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ด้านอุปโภคบริโภค ด้านสิทธิมนุษยชน และด้านจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การตอบเป็นความรู้สึก 5 ระดับ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท[6] คือ 1 ไม่เลย ถึง 5 มากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 130 คะแนน ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์[10] เป็น 3 ระดับคือ 1.00-43.33 ระดับต่ำ, 43.34-86.67 ระดับปานกลาง 86.68-130.00 ระดับมาก

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย** การหาค่าความเที่ยง (content validity index: CVI) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสำหรับแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เลือกใช้คำถามรายข้อที่มีค่า CVI = 1 ทุกประเด็น คือ ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของผู้ป่วย การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (tryout) กับประชากรกลุ่มที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร นำระบบสอบถาม หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ปรากฏ ดังนี้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง alpha= 0.89 และ แบบประเมินคุณภาพชีวิต alpha= 0.87

3. แบบสอบถามความรู้ นำคะแนนที่ได้มาหาค่าอำนาจจำแนกความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20 โดยใช้โปรแกรม excel แบบสอบถามความรู้ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ค่าความยากง่าย KR-20 = 0.97

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล**

ระยะก่อนการทดลอง

1. การจัดโปรแกรมระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีกิจกรรม 5 ครั้ง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม (pretest)

2. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือ เตรียมสื่อการสอนและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะทดลอง

ครั้งที่ 1 การจัดโปรแกรมระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ประกอบอาชีพประมง โดยการจัดทำตารางนัดให้ตรงกับวันที่ผู้ป่วยเรือหยุด หรือตามกำหนดเรือเข้าฝั่ง และใช้ปฏิทิน ข้างขึ้น ข้างแรมในตารางนัด

ครั้งที่ 2 การจัดโปรแกรมทำให้ความรู้ผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาจากตัวเอง มีการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ และมาเข้าร่วมโปรแกรมตามนัดพร้อมนัดอีก 3 ครั้ง

ครั้งที่ 3 การจัดโปรแกรมการฝึกผู้ป่วยในการประกอบอาหารของตัวเอง ในขณะที่มีการออกเรือและปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติให้เหมาะสม

ครั้งที่ 4 ให้ผู้ป่วยสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น และผู้ป่วยสรุปการประเมินตนเองถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ยังมีอยู่และวางแผนแก้ปัญหาร่วมกัน

ระยะหลังการทดลอง

1. ให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ ทบทวนความคิดของตัวเอง มีการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างแรงจูงใจรายบุคคล และ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ให้ตอบแบบสอบถามหลังทดลอง (posttest)

2. เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับบันทึกรูปแบบ excel ลงใน google form วิเคราะห์ประมวลผล

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired samples t - test สำหรับวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ รหัส

โครงการ CPH-EC-067/2566 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566

**ผลการศึกษา**

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศชายทั้งหมด ร้อยละ 100.0 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 69.0 (62.38±7.71) เป็นผู้นำครอบครัว ร้อยละ 94.4 ระยะเวลาที่ทำการประมง 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 93.0 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 98.6 มารับบริการตามนัด 10 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 81.7 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผิดนัดต่ำกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 54.9 สาเหตุการผิดนัดคือลืมวันนัด และ มียาเหลืออยู่ ร้อยละ 36.6 หลังเข้าร่วมโปรแกรมมาตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 100.0 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 40.8 ระยะเวลาที่ป่วยโรคไม่ติดต่อต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 56.3 ยาที่รับประทาน คือ Amlodipine, Simvastatin, Enalapril, Lorsatan, ASA ร้อยละ 25.4 สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.1 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 87.3

2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการดีขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ ดัชนีมวลกาย จาก 29.03±5.74 เป็น 25.58±4.45 ความดันโลหิต systolic จาก 150.48±6.959 เป็น 142.76±13.51 ความดันโลหิต diastolic จาก 86.45±8.61 เป็น 82.72±9.70 น้ำตาลสะสมในเลือด จาก 8.52±2.10 เป็น 7.38±1.30 และไขมันในเลือด จาก 205.71±18.7 เป็น 169.93±37.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา (n=71)

| ผลตรวจ | ก่อนพัฒนา | หลังพัฒนา | Mean difference | 95%CI | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | Mean±SD | Mean±SD | | | |
| ดัชนีมวลกาย | 29.03±5.74 | 25.58±4.45 | 3.45 | 2.10-4.80 | <0.001* |
| ความดันโลหิต systolic | 150.48±6.959 | 142.76±13.51 | 7.71 | 5.10-10.33 | <0.001* |
| ความดันโลหิต diastolic | 86.45±8.61 | 82.72±9.70 | 3.73 | 1.73-5.73 | 0.028* |
| น้ำตาลสะสมในเลือด | 8.52±2.10 | 7.38±1.30 | 1.14 | 1.47-1.80 | 0.005* |
| ไขมันในเลือด | 205.71±18.7 | 169.93±37.0 | 35.78 | 3.01-15.05 | <0.001* |

*p< 0.05, paired samples T-Test

**3. ความรู้ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** พบว่า หลังพัฒนาโดยรวมผู้ป่วยมีความรู้อยู่ในระดับมากเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 87.3 เป็นร้อยละ 100.0 มีความรู้มากที่สุดคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติและผู้ที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวานถ้าเป็นแผลจะมีโอกาสหายยากกว่าคนปกติ ร้อยละ 98.6 รองลงมาคือด้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรหลีกเลี่ยงการกินผลไม้ที่มีรสหวานจัด ร้อยละ 97.2 น้อยที่สุดคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ร้อยละ 47.9 ตามลำดับ

**4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง** พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา โดยพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มจาก 51.34±4.38 เป็น 60.86±8.05 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference -9.521, 95%CI: 7.01-12.02, $p<0.001$) หลังพัฒนาผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุดคือการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป (MD=-4.831) รองลงมาคือด้านการออกกำลังกาย (MD=-2.493) น้อยที่สุดคือ ด้านการจัดการความเครียด (MD=-2.197) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระบบนัด จำแนกรายด้านและภาพรวม (n=71)

| พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง | ก่อน | หลัง | Mean difference | 95%CI | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | Mean±SD | Mean±SD | | | |
| การส่งเสริมสุขภาพทั่วไป | 25.55±1.68 | 30.38±4.77 | -4.831 | 3.61-6.04 | <0.001* |
| ด้านการออกกำลังกาย | 13.15±2.19 | 15.65±2.35 | -2.493 | 1.86-3.12 | <0.001* |
| ด้านการจัดการความเครียด | 12.63±1.84 | 14.83±2.28 | -2.197 | 1.40-2.99 | <0.001* |
| **เฉลี่ย** | **51.34±4.38** | **60.86±8.05** | **-9.521** | **7.01-12.02** | **<0.001*** |
| **คะแนนรวม** | **จำนวน (%)** | **จำนวน (%)** | | | |
| ต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย | 9 (12.7) | 0 (0.0) | | | |
| ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง | 62 (87.3) | 40 (56.3) | | | |
| ร้อยละ 80 – 100 ระดับมาก | 0 (0.0) | 31 (43.7) | | | |

*p< 0.05, paired samples t - test

**คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมระบบนัด** พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา โดยพบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เพิ่มจาก 65.82±3.76 เป็น 80.87±3.84 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference -15.056, 95%CI: 14.06-16.05, p<0.001) หลังพัฒนาผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมากที่สุดคือ ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม (MD= -1.732) รองลงมาคือ ด้านอุปโภคบริโภค (MD= -1.127) น้อยที่สุดคือ ด้านจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค (MD= -0.141) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ก่อนและหลังพัฒนา จำแนกรายด้านและภาพรวม (n=71)

| ปัจจัย | ก่อนพัฒนา | หลังพัฒนา | Mean difference | 95%CI | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | Mean±SD | Mean±SD | | | |
| ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม | 21.48±1.97 | 23.21±1.54 | -1.732 | 1.23-2.22 | <0.001* |
| ด้านอุปโภคบริโภค | 14.52±1.73 | 15.65±1.23 | -1.127 | 1.49-1.76 | <0.001* |
| ด้านสิทธิมนุษยชน | 11.34±1.61 | 12.34±1.59 | -1.000 | 1.33-1.66 | <0.001* |
| ด้านจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค | 29.82±1.65 | 30.68±1.73 | -0.141 | 0.17-0.45 | <0.001* |
| **เฉลี่ย** | **65.82±3.76** | **80.87±3.84** | **-15.056** | **14.06-16.05** | **<0.001*** |
| **คะแนนรวม** | **จำนวน** | **%** | **จำนวน** | **%** | |
| ต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย | 19 | 26.8 | 0 | 0.0 | |
| ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง | 52 | 73.2 | 64 | 90.1 | |
| ร้อยละ 80 – 100 ระดับมาก | 0 | 0.0 | 7 | 9.9 | |

*p< 0.05, paired samples T-Test

**อภิปรายผล**

**1. การพัฒนาระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง** มีกิจกรรมดังนี้ 1) การพัฒนาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย โดยจัดทำระบบนัดรายกลุ่ม การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและ แต่งตั้งผู้รับผิดชอบจัดการเป็นรายกรณี เพื่อเชื่อมโยงและประสานบริการตลอดจนการประเมินทบทวนทะเบียนผู้ป่วยเป็นรายบุคคล 2) การนำการเปลี่ยนแปลงแบบพลังบวก (appreciative leadership) มาใช้ในการปรับปรุงการบริการ แบบ 4D modal[11] มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาปัญหา (Discovery) ความคาดหวัง (Dream) การคิด

สร้างสรรค์ (Design) และ การทำงานเชิงบวก (Destiny) โดยใช้แนวคิด PDCA การปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม[12-13] ผลการจัดโปรแกรมระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ดำเนินการ 5 ครั้ง ดังนี้ 1) การจัดทำตารางนัดให้ตรงกับวันที่ผู้ป่วยเรือหยุดหรือตามกำหนดเรือเข้าฝั่ง และใช้ปฏิทิน ข้างขึ้นข้างแรมในตารางนัด 2) การให้ความรู้ผู้ป่วย 3) การฝึกการประกอบอาหารของตัวเอง 4) ให้ผู้ป่วยสรุปปัญหาตนเอง 5) ให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวัฒน์ บุญรักษ์[14] ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่เกาะ (เกาะปันหยี เกาะหมากน้อย และ เกาะไม้ไผ่) พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การแจ้งเตือนให้มารักษาตามนัด การรักษาพยาบาลและให้ความรู้ การติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยระบบการแพทย์ทางไกล และการสนับสนุนของโรงพยาบาลกับ รพ.สต. เครือข่าย ผลการใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ ขวัญชนก อินทจักร์ และ เยาวลักษณ์ อ่าราไพ[15] ศึกษาการพัฒนาระบบบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า การพัฒนาระบบอาศัยทุกองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายและทิศทางเป็นองค์ประกอบเริ่มต้นในการพัฒนา ต้องใช้ทั้งระบบสารสนเทศและการปรับระบบบริการ และการศึกษาของ Owusu[16] ศึกษาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในประเทศกานา พบว่า มีการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการให้ความรู้ การรับบริการตามนัด และการสนับสนุนบริการตรวจคัดกรอง

**2. ความรู้ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง** พบว่า หลังพัฒนาโดยรวมผู้ป่วยมีความรู้อยู่ในระดับมากเพิ่มขึ้น มีความรู้มากที่สุดคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ และผู้ที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวานถ้าเป็นแผลจะมีโอกาสหายยากกว่าคนปกติ รองลงมาคือด้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรหลีกเลี่ยงการกินผลไม้ที่มีรสหวานจัด น้อยที่สุดคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ตามลำดับ ในส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา โดยพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังพัฒนาผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุดคือการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป รองลงมาคือด้านการออกกำลังกาย น้อยที่สุดคือ ด้านการจัดการความเครียด ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผลการจัดโปรแกรมระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ทำให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มารับบริการตามนัดทุกครั้ง จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มประกอบอาชีพประมงมีการควบคุมโรคและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมากเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์ และคณะ[17] ศึกษาผู้ป่วยด้วยโรค NCD มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่า ลักษณะของผู้ป่วยด้วยโรค NCD ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานและวัยสูงอายุ ประกอบอาชีพที่ใช้ทักษะต่ำหรือทำงานภาคเกษตรกรรม โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในสัดส่วนใกล้เคียงกันทุกกลุ่ม และการศึกษาของ นัสรา เกตจินดา และคณะ[18] ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การได้รับความรู้ ญาติ เพื่อนสนิท และเพศชาย

**3. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมระบบนัด** พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น

มากกว่าก่อนพัฒนา โดยพบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังพัฒนาผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมากที่สุดคือ ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม รองลงมาคือ ด้านอุปโภคบริโภค น้อยที่สุดคือ ด้านจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผลการจัดโปรแกรมระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ทำให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มารับบริการตามนัดทุกครั้ง จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มประกอบอาชีพประมงมีการควบคุมโรคและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมากเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรางคณา คุ้มสุข และ อุมากร ใจยั่งยืน[19] ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนการสร้างเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของ อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข และคณะ[20] ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัว และการศึกษาของ ธนัญญา จิระพิบูลยพันธ์[21] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ด้านคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนน้อยที่สุด

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัย**

1. ด้านการบริหารจัดการระบบ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องถึงในระดับชุมชน ตามแผนการรักษาที่ตกลงร่วมกับผู้ป่วย คำนึงถึงระยะเวลาการป่วยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการเฝ้าระวังโรคตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การตรวจคัดกรอง การสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง รวมทั้งจัดการด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรสุขภาพประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถนำการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง ที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ ไปประยุกต์เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การฝึกประกอบอาหารรับประทานเอง มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม

**ข้อเสนอแนะการวิจัยในครั้งต่อไป**

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึก พัฒนาโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับวิจัยเชิงปริมาณ

**เอกสารอ้างอิง**

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กระทรวงสาธารณสุข. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์, 2563.
2. นันทกร ทองแตง. รายการพบหมอศิริราช เรื่อง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรค NCD). ภาควิชาอายุรศาสตร์ Faculty of Medicine Siriraj Hospital คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. [อินเตอร์เน็ต]. 2561. [สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2565] เข้าถึงจาก https://www.si.mahidol.ac.th
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. เอกสารผลการดำเนินงาน การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565 เพื่อประกอบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 จังหวัดชุมพร. [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 3 เมษายน 2566] เข้าถึงจาก http://www.cmpo. moph.go.th/cmpo

4. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์, 2557.
5. Bloom. Hand Book on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw Hill, 1997.
6. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son, 1967.
7. รณธิชัย แสงสด. คุณภาพชีวิตของลูกเรือประมงอวนดำสัญชาติไทย กรณีศึกษา : แพปลา อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎรธานี. การค้นคว้าอิสระปริญญา รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 2561.
8. ณัฐนนท์ พีระภาณุรักษ์. ความสัมพันธ์ของวิถีชีวิตและการปรับตัวตามแผนการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ตำบลนาคำ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2564; 36(2): 115-31.
9. อภิญญา จิวสืบพงษ์. ความเชื่อมโยงของการจัดการตนเองเพื่อการดูแลโรคและการใช้ยากับบริบทการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2562.
10. Best J. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall, Inc, 1977.
11. นิพัฒน์ ชัยวรมุขกุล. "การพัฒนา (Development) คือ การทำให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เจริญขึ้น ". [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2566] เข้าถึงจาก http://www.gotoknow.org/blogs/posts/485293
12. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St.Louis: Mosby, 2001.
13. Pender NJ, Murdaugh CL, Parson MA. Health Promotion in Nursing Practice. 4th ed. Upper Saddle River. N.J. : Prentia Hall, 2002.
14. จิรวัฒน์ บุญรักษ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่เกาะ. Singburi Hospital Journal 2566; 31(3): 19-35.
15. ขวัญชนก อินทจักร์, เยาวลักษณ์ อ่าราไพ. การพัฒนาระบบการดูแลด้านยาภายใต้การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพ: กรณีศึกษาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2562; 14(3): 100-10.
16. Owusu MF. Effective management of non-communicable Diseases in GHANA: The case of hypertension and diabetes mellitus. A thesis in partial fulfilment of the requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in Health Sciences in the University of Canterbury, 2019.
17. อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, สุพล ลิมวัฒนานนท์, จุฬาภรณ์ ลิมวัฒนานนท์, กัญจนา ติษยาธิคม, วลัยพร พัชรนฤมล. ผู้ป่วยด้วย NCD มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่มากน้อยแค่ไหน: รายงานจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 11(3): 345-54.
18. นัสรา เกตจินดา, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, สมสมัย รัตนกรีฑากุล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2561;26(4):30-39.
19. วรางคณา คุ้มสุข, อุมากร ใจยั่งยืน. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2560; 36(2): 123-32.
20. อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, พิชสุดา เดชบุญ, กฤติเดช มิ่งไม้, ศศิวิมล โพธิ์ภักตร์, สานุรักษ์ โพธิ์หา, สุชานรี พานิชเจริญ. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารราชพฤกษ์ 2560; 15(2): 16-26.
21. ธนัญญา จิระพิบูลยพันธ์. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2561; 1(2): 34-47.

# ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

# Associated of Health Literacy to Self-Care Behaviors of Hypertension Patients with Uncontrolled at Selaphum District, Roi Et Province.

(Received: January 29,2024 ; Revised: February 14,2024 ; Accepted: February 25,2024)

**จุลลดา เหมโส**[1]
**Jullada hemso**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ตำบลกลาง และตำบลขวัญเมือง จำนวน 136 คน วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาในการหาความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 2.33 คะแนน (S.D.= 0.68) อยู่ในระดับน้อย พฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ย 2.22 คะแนน (S.D.= 0.54) อยู่ในระดับน้อย ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=<0.001, r = 0.793) อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.001, r = 0.647, p<0.001, r = 0.711, p<0.001, r = 0.706, p<0.001, r = 0.793 และ p<0.001, r = 0.716 ตามลำดับ) ส่วนทักษะความความรู้ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (p= 0.251, r = -0.099)

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

**ABSTACT**

This survey research by cross-sectional study aimed to investigate health literacy associated with self-care behavior of hypertensive patients who cannot control their blood pressure level, Selaphum District, Roi Et Province. Data were collected questionnaires 136 patients with the questionnaires. Analyzed data by descriptive statistics and inferential statistics is pearson's product moment correlation.

According to the study's finding the majority of sample's health literacy was low level ($\bar{x}$ = 2.33, S.D. = 0.68), self-care behavior was low level ( $\bar{x}$= 2.22, S.D. = 0.54). Over all, health literacy had positive influence with self-care behavior with a level of the statistically significant at 0.05 (r = 0.793, p-value < 0.001), Access skill, Decision skill, Self-management skill and Media literacy skill had positive associated with self-care behavior with a level of the statistically significant at 0.05 (p<0.001, r = 0.647, p<0.001, r = 0.711, p<0.001, r = 0.706, p<0.001, r = 0.793 และ p<0.001, r = 0.716 respectively), but Cognitive skill had not associated with self-care behavior(p= 0.251, r = -0.099).

**Key word:** Health literacy, self-care behaviors, hypertensive patients

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่เป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ทาให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในประชากรทั่วโลก องค์การอัมพาตโลก(1)

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

รายงานว่า ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 17 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน และพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มีการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย (DALYs) ในปี พ.ศ. 2557 เป็นลำดับที่ 2 เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.3 เมื่อเทียบกับ ปี พ.ศ. 2552 นอกจากนั้น ยังเป็นลำดับที่ 1 ของจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิตก่อน วัยอันควร (YLL)ในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ.2560 มีจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 31,172 ราย (47.8 ต่อประชากรแสนคน) เป็นจำนวนผู้เสียชีวิตที่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี จำนวน 15,863 ราย อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 44.6 ต่อประชากรแสนคน[2]

องค์การอัมพาตโลก[3] ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไว้ 8 ปัจจัย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานระดับคลอเรสเตอรอลในเลือดสูง มีประวัติญาติสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายน้อย มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน สูบบุหรี่เป็นประจำ และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ[4] และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โรคหลอดเลือดสมอง มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ประวัติครอบครัวของโรคหลอดเลือดสมอง ไขมันในเลือดสูง น้ำหนักเกินและการสูบบุหรี่[5] โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยมีความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ 52%, มีน้ำหนักเกิน 43.8% และรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ 56.2%[6] และผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและรักษาอยู่ประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้[7] ซึ่งน่าจะเป็นเหตุปัจจัยสำคัญข้อหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย เนื่องจากหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักแข็งและเปราะบาง และเมื่อเกิดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้บริเวณหลอดเลือดที่เปราะบางโป่งพองและแตกออกได้ง่าย จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้โรคความดันโลหิตสูงเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าโรคอื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเสียชีวิตตามมา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง[8] โดยทักษะทางปัญญาประกอบด้วย ความรู้ ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ความเข้าใจ การวิเคราะห์ ประเมินและตัดสินใจเลือกกระทำพฤติกรรม ส่วนทักษะทางสังคมคือ การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการสุขภาพ การสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ และการมีทักษะเจรจาต่อรองกับบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น[9] ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายถึงผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพและกิจกรรมการสื่อสาร อันแสดงถึงศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบสอดคล้องกันว่า บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพ การทาความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสาร ดังนั้นหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อสถานะสุขภาพโดยรวมต่ำด้วย กล่าวคือ ประชาชนจะขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง[10] สอดคล้องกับศึกษาของรุ่งนภา จันทรา และคณะ[11]พบว่า ควรมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เช่ยเดียวกับการศึกษาของวันวิสา ยะเกี๋ยงงำ[12] ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการ

ตนเองด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพการสื่อสารด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การที่จะให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ผู้ป่วยจำเป็นจะต้องมีความรู้ทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง โอเร็ม [13] กล่าวว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้น การดูแลตนเองจึงต้องดำเนินไปทั้งภาวะปกติปกติและยามเจ็บป่วย การดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยนั้นเริ่มต้นจากความผิดปกติที่ผิดไปจากเดิมหรือเริ่มมีอาการบ่งบอก จากนั้นบุคคลแต่ละคนจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไป ซึ่งเพนเดอร์ [14] ได้อธิบายว่า กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและมีอิทธิพลสำคัญต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งบุคคลสามารถที่จะคงไว้และส่งเสริมซึ่งความผาสุก (Well-being) ของตนเองและป้องกันปัญหาสุขภาพตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้โดยการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนให้เป็นไปในรูแบบของการส่งเสริมสุขภาพ การประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลประกอบด้วย 6 ด้าน คือ (1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) (2) การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical activity) (3) โภชนาการ (Nutrition) (4) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) (5) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual growth) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ (6) การจัดการกับความเครียด (Stress management) จากการศึกษาของนวพร วุฒิธรรม และพิมพ์นิภา ศรีนพคุณ [15] พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และเจตคติต่อการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับความดันโลหิต ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ แหล่งประโยชน์ในชุมชน และปัจจัยเสริม พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว และกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับการจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้าน การรับประทานอาหาร การจำกัดเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย และการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของธัญญารัตน์ วงค์ชนะ [16] พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพศ สถานภาพสมรส ซึ่งสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 16.4

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในปีงบประมาณ 2565 [17] พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรจำนวน 10,039 คน อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรเท่ากับ 0.13 อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 997.28 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 3.96 และเป็นผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบคิดเป็นร้อยละ 45.24 ผู้ป่วยที่มารับบริการของหน่วยบริการจากแฟ้ม ChronicFU คิดเป็นร้อยละ 34.77 จะเห็นได้ว่ายังมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในพื้นที่อำเภอเสลภูมิอีกเป็นจำนวนมากที่ต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพให้สามารถมีพฤติกรรรมดูแลตนเองที่เหมาะ เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่ทำการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อทำให้ทราบถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งจะได้นำไปวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายเกิดความความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ด้านจิตใจเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ด้านเศรษฐกิจขาดรายได้จากการไม่สามารถทำงาน ส่งผลต่อการลดป่วย ลดตายที่มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูงได้

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

3. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

4. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในตำบลขวัญเมือง และตำบลกลาง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 964 คน (โรงพยาบาลเสลภูมิ, 2566) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย ในกรณีประชากรมีขนาดเล็ก[18] คำนวณได้จากสูตร

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}\sigma^2}{e^2(N-1)+Z^2_{\alpha/2}\sigma^2}$$

**σ**= ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์[19] เท่ากับ 0.32 แทนค่าในสูตรดังนี้

$$n = \frac{(964)(1.96)^2(0.32)^2}{(0.05)^2(964-1)+(1.96)^2(0.32)^2}$$

= 135.39

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม จำนวน 136 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีผู้ดูแล การได้รับการอบรมเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง

**ส่วนที่ 2** เป็นคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale)

ส่วนทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นคำถามแบบเลือกตอบว่า ใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ ระดับการวัดเป็น interval scale โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

**ส่วนที่ 3** เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ลักษณะคำถามเป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale)

**ส่วนที่ 4** เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความและแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ

การแปลผลคะแนนเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการจัดระดับ 5 ระดับคือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย[20] ดังนี้

มากที่สุด มีค่าคะแนนระหว่าง 4.50 - 5.00
มาก มีค่าคะแนนระหว่าง 3.50 - 4.49
ปานกลาง มีค่าคะแนนระหว่าง 2.50 - 3.49
น้อย มีค่าคะแนนระหว่าง 1.50 - 2.49
น้อยที่สุด มีค่าคะแนนระหว่าง 1.00 -1.49

โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม[21] ดังนี้

ความรู้ระดับดี หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป)

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 -79 (คะแนนตั้งแต่ 6 -7 คะแนน)

ความรู้ระดับน้อย หมายถึง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนต่ำกว่า 6 คะแนนลงไป)

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

**การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อของเครื่องมือแบบสอบถาม (Content Validity)** ให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ในเรื่องที่ศึกษาตรวจสอบข้อคำถามของแต่ละส่วน จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความสอดคล้องเชิงโครงสร้างและเนื้อหา(Content Validity) และปรับปรุงตามคำแนะนำแล้ว หลังจากนั้นหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) โดยค่าที่คำนวณได้ในแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00

**ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)** หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้ Cronbach's Method โดยการหาค่า Alpha coefficient ในการทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามนั้น โดยใช้ Cronbach's Method โดยการหาค่า Alpha coefficient โดยมีผลการทดสอบดังนี้ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม เท่ากับ 0.91 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวม เท่ากับ 0.88

**สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลแจงนับใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ใช้ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติ pearson's product moment correlation ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบ่งตามเกณฑ์ของอิลิฟสัน[22] มีค่าตั้งแต่ –1 ถึง +1 แบ่งระดับดังนี้

r = ± 1 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูงมาก (Perfect Relationship)

r = ± 0.71 ถึง ± 0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง (Strong Relationship)

r = ± 0.31 ถึง ± 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate Relationship)

r = ± 0.01 ถึง ± 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ (Weak Relationship)

r = 0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์ (No Relationship)

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE1032566 เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2566

**ผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 60.3 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 - 79 ปี จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 56.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 68.01 ปี (S.D.= 11.85 ปี) อายุต่ำสุด 32 ปี และอายุสูงสุด 97 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 55.1 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 47.8 ระยะเวลาเฉลี่ย 7.49 ปี

(S.D. = 5.63 ปี) ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 30 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการได้รับการอบรมเรื่องการดูแลสุขภาพสุขภาพตนเอง ร้อยละ 85.3

**2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในตำบลขวัญเมือง และตำบลกลาง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด** พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.33 คะแนน (S.D.= 0.68) โดยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 49.3 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีค่าเฉลี่ย 2.58 คะแนน (S.D.= 0.83) ทักษะความความรู้ความเข้าใจมีค่าเฉลี่ย 8.69 คะแนน (S.D.= 0.99) ทักษะการสื่อสารมีค่าเฉลี่ย 2.33 คะแนน (S.D.= 0.73) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีค่าเฉลี่ย 2.10 คะแนน (S.D.= 0.72) ทักษะการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ย 2.24 คะแนน (S.D.= 0.70) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีค่าเฉลี่ย 2.37 คะแนน (S.D.= 0.82)

**3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในตำบลขวัญเมือง และตำบลกลาง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด** พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.22 คะแนน (S.D.= 0.54) โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีค่าเฉลี่ย 1.78 คะแนน (S.D.= 0.61) พฤติกรรมการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ย 2.49 คะแนน (S.D.= 0.73) พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีค่าเฉลี่ย 2.27 คะแนน (S.D.= 0.64) พฤติกรรมการการมีสัมพันธภาพระหว่างบคคลมีค่าเฉลี่ย 2.21 คะแนน (S.D.= 0.71) พฤติกรรมการการพัฒนาด้านจิตวิญญาณมีค่าเฉลี่ย 2.27 คะแนน (S.D.= 0.60) พฤติกรรมการการจัดการกับความเครียดมีค่าเฉลี่ย 2.31 คะแนน (S.D.= 0.63)

**4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด** จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$, $r = 0.793$) อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$, $r = 0.647$, $p<0.001$, $r = 0.711$, $p<0.001$, $r = 0.706$, $p<0.001$, $r = 0.793$ และ $p<0.001$, $r = 0.716$ ตามลำดับ) ส่วนทักษะความความรู้ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($p= 0.251$, $r = -0.099$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | พฤติกรรมการดูแลตนเอง | | |
|---|---|---|---|
| | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) | p-value | ระดับความสัมพันธ์ |
| ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ | 0.647 | <0.001 | มีความสัมพันธ์ระดับสูง |
| ทักษะความความรู้ความเข้าใจ | -0.099 | 0.251 | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| ทักษะการสื่อสาร | 0.711 | <0.001 | มีความสัมพันธ์ระดับสูง |

**ตารางที่ 1**สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | พฤติกรรมการดูแลตนเอง | | |
|---|---|---|---|
| | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) | p-value | ระดับความสัมพันธ์ |
| ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง | 0.706 | <0.001 | มีความสัมพันธ์ระดับสูง |
| ทักษะการจัดการตนเอง | 0.793 | <0.001 | มีความสัมพันธ์ระดับสูง |
| ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ | 0.716 | <0.001 | มีความสัมพันธ์ระดับสูง |
| **ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ** | 0.793 | <0.001 | มีความสัมพันธ์ระดับสูง |

**อภิปรายผล**

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$, $r = 0.793$) อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$, $r = 0.647$, $p<0.001$, $r = 0.711$, $p<0.001$, $r = 0.706$, $p<0.001$, $r = 0.793$ และ $p<0.001$, $r = 0.716$ ตามลำดับ) ทั้งนี้สามารถอธิบายตามแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคลได้ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูงด้วยแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจึงมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่นาเชื่อถือได้มากพอต่ออการตัดสินใจที่ถูกต้องได้ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพรผานสื่อเฉพาะที่ผ่านการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลด้วยตนเองก่อนวาถูกต้องจริงและเป็นแบบอย่างที่ดีมีความสามารถและเชี่ยวชาญพอในด้านการฟง พูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจ มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญตพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่เกิดผลดีตอสุขภาพตนเองและผู้อื่นอย่างเคร่งครัดรวมถึงการจัดการเงื่อนไขต่างๆทั้งด้านอารมณ์ความต้องการภายในของตนเองและสภาพแวดล้อมรอบตัวที่เป็นอุปสรรคหรือมีผลต่อสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตรา หน่อแก้ว [23] (2565) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ ในเชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับสายใจ จันแดง [24] พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรคอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และวันวิสา ยะเกี๋ยงงำ[12] ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับ ปานกลางกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ทักษะความความรู้ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($p= 0.251$, $r = -0.099$)

**ข้อเสนอแนะ**

**1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย**

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ควรได้รับการจัดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. หน่วยบริการสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรกำหนดแผนพัฒนาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพไว้ในแผนยุทธศาสตร์และข้อบัญญัติและให้การสนับสนุนส่งเสริมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

**2. ข้อเสนอแนะที่ในการทำการวิจัยครั้งต่อไป**

1. การศึกษารูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

2. การศึกษาสื่อสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

3. การศึกษาการจัดการตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้แบบบูรณาการ

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเสลภูมิ ภาคีเครือข่าย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยและความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นอย่างดี

**เอกสารอ้างอิง**

1. World Stroke Organization. (2017). What's your reason for preventing stroke [Internet]. Vienna: World Stroke Organization. [5 มกราคม 2566]. เข้าถึงจาก: https://www.worldstroke.org/assets/downloads/English-World Stroke Day 2017 Brochure 20170720.pdf
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2561). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูง ปี 2561. [สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2566], เข้าถึงจาก http://www.thaincd.com
3. World Stroke Organization. (2008). Facts and Figures about Stroke. Retrieved from May, 21 2019 https://www.world-stroke.org/component/content/article/16-forpatients/84-facts-and-figures-about-stroke.
4. อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการที่หน่วยปฐมภูมิ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 24(1).
5. Wang, J., Wen, X., Li, W., Li, X., Wang, Y., & Lu, W. (2017). Risk factors for stroke in the Chinese population: a systematic review and meta-analysis. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 26(3), 509-517.
6. Abascal, J. V., Hernandez, Y. G., Mederos, L. E. A., & Caballero, Y. V. (2016). Modifiable risk factors in uncontrolled high blood pressure patients of Banjul, Gambia. Correo Científico Médico, 20(3).
7. กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานประจำปี 2562 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ.
กัตติกา วังทะพันธ์. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
8. Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social Science and Medicine, 67(12), 2072-2078.
9. อังศินันท์ อินทรกาแหง. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ:การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ:สุขุมวิทการพิมพ์.
10. กองสุขศึกษา. (2561).การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7-14 ปี) กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561.

11. รุ่งนภา จันทรา. (2563). ความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30(2):177-189.
12. วันวิสา ยะเกี๋ยงงำ. (2563). ความรอบรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระชาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์, 15(2), 97-116.
13. Orem, D.E. (1995). Nursing concepts of practice. (5th ed.).St. Louis: Mosby.
14. Pender, N.J., Murdaugh, C.L., and Parson, M.A. (2002). Health Promotion in Nursing Practice. (4th ed.) Upper Saddle River, N.J. : Prentia Hall.
15. นวพร วุฒิธรรม และพิมพ์นิภา ศรีนพคุณ. (2562). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม. มหาวิทยาลัยคริสเตียน. กรุงเทพมหานคร.
16. ธัญญารัตน์ วงค์ชนะ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยนเรศวร.
17. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2566). กลุ่มรายงานมาตรฐาน:การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ปีงบประมาณ2565. สืบค้นจาก https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11.
18. อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
19. ณิชาภัทร วัดบุญเลี้ยง. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). พิษณุโลก:มหาวิทยาลัยนเรศวร
20. สำเริง จันทรสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. (2547). ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
21. Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw–Hill.
22. Elifson, W K. (1990). Fundamentals of social statistics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
23. วิจิตรา หน่อแก้ว. (2565). ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา.
24. สายใจ จันแดง. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรควัณโรค. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

# การพัฒนารูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

# The Development of the Readiness Pattern Management for the the Patients Rectal-Colonoscopy in Special treatment unit at Lumphun Hospital.

(Received: January 17,2024 ; Revised: January 28,2024 ; Accepted: February 3,2024)

**นัชชา เพิ่มสุภัคกุล[1] เสาวณีย์ กรุณา[1]**
**Natcha Permsupakkul[1] Saowanee Karuna[1]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนหลัง (two-group pretest-posttest design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 37 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 37 กลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้และการปฏิบัติจัดการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักความวิตกกังวลและความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักแบบบันทึกการประเมินระดับความสะอาดของลำไส้เก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบ ใช้ paired samples test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบความรู้ของของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมกลุ่มทดลองมีความรู้หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการประเมินความสะอาดของลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ จะมีความสะอาดของลำไส้ ในระดับดีมาก (excellent) ร้อยละ 89.2 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ จะมีความสะอาดของลำไส้ ในระดับดี (good) ร้อยละ 62.2 ผลการเปรียบเทียบระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความสะอาดของลำไส้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ:** แผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย,การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก

**Abstract**

The Research and Development this time. This is quasi experimental research with a two-group pretest-posttest design. The samples were assigned into two groups: an experimental group of 37 people and a control group of 37 people. Data collection tools used included a questionnaire on basic personal information, health information, knowledge and preparation for colonoscopy, anxiety and satisfaction on preparation of patients for colonoscopy, a record of bowel cleanliness levels. Data were collected by interviews using questionnaires. Data were analyzed by percentage, arithmetic mean, standard deviation paired sample test and independent t-test.

The findings revealed that the knowledge of patients undergoing colonoscopy in the experimental group after the experiment was significantly higher than the control group at the .05 level. In terms of the preparation of patients for colonoscopy, the prepartion of the experimental group was significantly higher than the control group at the .05 level. For bowel cleanliness assessment, the bowel cleanliness of the majority of the experimental group was at an excellent (89.2%) while that of the majority of the control group was at a good level (62.2%). The comparative results of the bowel cleanliness of the experimental group and the control group revealed that the experimental group had a higher level of colon cleanliness than the control group at a statistical significance of .05.

[1] โรงพยาบาลลำพูน

**Keywords:** Patient preparation management plan, colonoscopy

**บทนำ**

กระทรวงสาธารณสุขต้องพัฒนาให้มีความพร้อมในการเตรียมสุขภาพนั้นจะต้องเพิ่มคุณภาพของทรัพยากรบุคคลากรให้มีศักยภาพในการบริหารจัดการบริการด้านสุขภาพซึ่งต้องมีการพัฒนารูปแบบหลากหลายด้วยงบประมาณและบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งการพัฒนาแบบแผนการบริหารจัดการ คือ การทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง การกระทำหรือการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งดีขึ้นโดยการประสานงานและการบริหารหน้าที่ต่างๆเพื่อให้บรรลุเป้าหมายบางอย่าง ประกอบไปด้วยการวางแผน การบริหารทรัพยากรบุคคล และการควบคุมองค์กร มีคุณภาพมากขึ้นโดยผ่านกระบวนการ วิธีการและเทคนิคที่เป็นระบบและต่อเนื่อง อันมีผลทำให้การกระทำหรือการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ทำให้ผลหรือ ผลผลิตมีคุณภาพเป็นที่น่าพึงพอใจมากขึ้น

ความสำคัญของการบริหารจัดการการพยาบาลที่ดีย่อมก่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงานเพราะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ และสอดคล้องกับการบริการพยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ จะต้องมีการปรับปรุงคุณภาพ เพื่อให้การบริการผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การปรับปรุงคุณภาพ (Quality improvement) เป็นกระบวนการนำกลไกต่างๆที่จะรักษาและปรับปรุงคุณภาพต่อเนื่อง รวมถึงการจัดสรรทรัพยากร มอบหมายบุคคลให้ทำโครงการพัฒนาคุณภาพ การมีโครงสร้าง ประสิทธิผลขององค์การได้อย่างต่อเนื่อง (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2550) ในด้านการบริหารการพยาบาลเป็นการแสวงหาความเข้าใจอย่างมีระบบ ว่าทำอย่างไรคนจึงจะทำงานร่วมกันได้ อย่างมีระบบ จนสำเร็จตามเป้าหมาย

อุบัติการณ์ของโรคลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นรายงานก่อนหน้านี้ระบุว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการเตรียมลำไส้ไม่ดี ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาการท้องผูก ประวัติการผ่าตัดช่องท้อง โรคหลอดเลือดสมองเสื่อมและการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ เป็นต้น มีการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเตรียมลำไส้ที่ไม่เพียงพอในผู้ป่วยที่สงสัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักร้อยละ15 ถึง 48ของการตรวจทั้งหมด ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการเตรียมลำไส้ไม่ดีพบในผู้ป่วยอายุที่มากขึ้น คุณภาพการเตรียมลำไส้ที่ดีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมองเห็นเยื่อบุลำไส้ ที่จะสามารถเห็นรอยโรคทางคลินิกได้ชัดเจน ซึ่งสัมพันธ์กับประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและความปลอดภัยของการตรวจรักษาโรคลำไส้ใหญ่ มีจำนวนผู้รับบริการการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก (Rectal-Colonoscopy) เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้การประเมินปัญหา ตรวจเพื่อวินิจฉัย เฝ้าระวังและรักษาโรค ระบบทางเดินอาหารส่วนล่างที่ผิดปกติวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้มาก โดยสามารถเห็นรอยโรคได้ร้อยละ 92 และสามารถหาจุดที่ เลือดออกได้ค่อนข้างแน่นอน (วีระศักดิ์ ว่องไพฑูรย์เกรียงไกร อัครวงศ์ และ ทองดี ชัยพานิช, 2533: 37) ทำให้เห็นรอยโรคและเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพและสามารถติดตาม การดำเนินโรค สามารถรักษาโรคที่ซับซ้อนได้ โดยหลีกเลี่ยงการผ่าตัดที่มีอัตราเสี่ยงสูง ทำให้ผลการรักษาดีขึ้นตามลำดับ (ธนพล ไหมแพง, 2548: 1) มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยที่เข้ารับการบริการส่วนใหญ่สามารถเข้ารับการตรวจแบบผู้ป่วยนอกได้ โดยหลังจากที่เสร็จสิ้นการตรวจจากแพทย์ พยาบาลประจำห้องตรวจจะให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องและรายละเอียดของการส่องกล้องเพื่อให้ผู้ป่วยลดความกังวล และสามารถทำความสะอาดลำไส้ใหญ่ก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในวันนัดส่องกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้การบริการรักษาผู้ป่วยที่ส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชนบริการผู้ป่วยทั่วไปในระบบทุกสิทธิ์ งานบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก มีแพทย์ผู้ทำการตรวจทั้งแพทย์ แผนกอายุรก

รรม และแผนกศัลยกรรม จากการให้บริการของหน่วยตรวจพิเศษห้องส่องกล้อง พบว่ามีผู้รับบริการส่องกล้อง เพื่อตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในปี 2563 มีจำนวน 329 ราย ปี 2564 มีจำนวน 701 ราย และปี 2565 มีจำนวน 1,030 ราย(ที่มา:สถิติข้อมูลห้องส่องกล้องรพ.ลำพูนปี2565) ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มจำนวนสูงขึ้นในแต่ละปี จากการศึกข้อมูลเบื้องต้น พบว่าการเตรียมความพร้อมของลำไส้ใหญ่เพื่อส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องในปี 2565 พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีระดับความสะอาดของลำไส้ ในระดับดี(good) ร้อยละ 67.7 รองลงมา ระดับพอใช้ (fair) ร้อยละ 27.2 (โรงพยาบาลลำพูน,2566) ซึ่งคุณภาพการเตรียมลำไส้ที่ดีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมองเห็นเยื่อบุลำไส้ ที่จะสามารถเห็นรอยโรคทางคลินิกได้ชัดเจน ซึ่งสัมพันธ์กับประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและความปลอดภัยของการตรวจรักษาโรคลำไส้ใหญ่ ของจำนวนผู้รับบริการการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก (Rectal-Colonoscopy) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน ให้มีคุณภาพและมีมาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจมากที่สุด

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อพัฒนารูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
5. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความสะอาดของลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
6. ศึกษาระดับความพึงพอใจต่อการใช้บริการการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนหลัง (two-group pretest-posttest design แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น2กลุ่มๆละ37 คน กลุ่มที่1 ใช้รูปแบบเดิม กลุ่มที่2 ใช้รูปแบบใหม่โดยแพทย์สั่งใช้ยาระบายสูตร Swiff

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาผู้ป่วยนอกที่นัดมารับบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ห้องส่องกล้อง หน่วยงานตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ในเดือนสิงหาคม และ เดือน กันยายน 2566 มีจำนวนทั้งหมด 74 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการที่แพทย์นัดมาตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่ห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน จำนวน74คน แบ่งเป็น2กลุ่มๆละ37คน โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้คือ

เกณฑ์การคัดเข้าในกลุ่มตัวอย่าง(Inclusion Criteria) 1) มีอาการความผิดปกติการทำงานของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องผูก อุจจาระร่วงเรื้อรัง 2) ซีด 3) มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร 4) พบความผิดปกติของลำไส้จากการวินิจฉัยทางรังสี 5) ตรวจอุจจาระพบมีเลือดปน 6)ไม่มีภาวะกลืนลำบากหรือไม่สามารถรับประทานทางปากได้ 7) ไม่มีการอุดตันของลำไส้ใหญ่หรือสงสัยจากการวินิจฉัยของแพทย์ 8) ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่18ปีขึ้นไป 9)ไม่เคยส่องกล้อง

ตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก 10) ไม่มีประวัติผ่าตัดลำไส้ใหญ่ 11) แพทย์ใช้ยาเตรียมลำไส้เป็น Swiff 12) สามารถอ่านออก เขียนได้ ติดต่อทางโทรศัพท์และระบบไลน์ได้ 13) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออกในกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยที่แพทย์ใช้ยาเตรียมลำไส้ที่ไม่ใช่ยา Swiff 2) ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง 3) ผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

ส่วนที่1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ เอกสารการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว วีดีทัศน์การเตรียมลำไส้ใหญ่ห้องส่องกล้อง ตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน แผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัว ช่องทางการสื่อสารผ่านระบบ กลุ่มไลน์ (Line Group)

ส่วนที่2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น2ส่วน ดังนี้ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยบันทึกการสัมภาษณ์และเวชระเบียนแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย 2 แบบบันทึกความสะอาดของลำไส้มี 5 ระดับ

**ขั้นตอนการศึกษาวิจัย**

1.ศึกษาสภาพปัญหาการปฏิบัติงานขั้นตอนการเตรียมสะอาดลำไส้ ก่อนตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักจากเวชระเบียน สัมภาษณ์พยาบาล แพทย์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

2.ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบริหารจัดการการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ก่อนการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่

3.การจัดทำรูปแบบแผนการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก

4.นำรูปแบบแผนการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักที่พัฒนานำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างต่อไป

5.ประเมินผลการใช้รูปแบบแผนการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักที่พัฒนาขึ้น

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ค่า จำนวน ร้อยละ 2) เปรียบเทียบความสะอาดของลำไส้ ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก โดยใช้สถิติ paired t-test

**จริยธรรมงานวิจัย**

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ได้รับอนุมัติวันที่ 25 กรกฎาคม 2566

**ผลการวิจัย**

1. ผลการพัฒนารูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน เปิดให้บริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในปี 2563 มีรูปแบบการให้บริการก่อนตรวจส่องกล้องลำไส้ทางทวารหนัก คือ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้อง โดยแจกแผ่นพับและให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเองก่อนมาตรวจส่องกล้อง ต่อมาในปี2566 มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อลดอุบัติการณ์เลื่อนเวลาตรวจหรือเลื่อนนัดตรวจ จากระดับความสะอาดของลำไส้ที่สะอาดไม่เพียงพอ โดยผู้ศึกษาได้มีการเพิ่มขั้นตอนของการให้บริการดังนี้ 1)จัดตั้งกลุ่มไลน์ในกลุ่มที่มีคิวนัดส่องกล้องในวันเดียวกันเพื่อ

รวมกลุ่มเป็นจุดเดียวเมื่อผู้ป่วยมีข้อสงสัยจะได้มีการซักถามพยาบาลห้องส่องกล้อง 2) ส่งวีดีทัศน์ ในการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องเข้าไปในกลุ่มไลน์ 3) โทรติดตามการเตรียมลำไส้1วันก่อนมาตรวจส่องกล้อง 4) หลังส่องกล้องผู้ป่วยแต่ละรายในกลุ่มวันเดียวกันแจ้งผลในแต่ละรายโดยส่วนตัวแล้วก็จะมีการลบกลุ่มไลน์ที่ส่องกล้องสำเร็จแล้วก็จะทำรูปแบบการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมที่พัฒนานี้ต่อไป

1. รูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน โดยมีรูปแบบดังนี้

1) ให้ข้อมูลตามเอกสารใบนัดส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก

2) ให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดีทัศน์ เรื่องการเตรียมลำไส้ในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก

3) กระตุ้นเตือน ผ่านกลุ่มไลน์แอปพลิเคชั่น

4) โทรติดตามการเตรียมลำไส้ 2 ครั้ง คือ ก่อนมาตรวจ 7 วัน และ 1 วันก่อนมาส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก

2. การศึกษาข้อมูลโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถาม ได้ผลการศึกษาดังนี้

1) กลุ่มทดลอง

1.1) ด้านข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.0 อายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.4 อายุเฉลี่ย 61 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.1 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 35.1 และผู้ที่คอยช่วยเหลือเป็นคู่สมรส(สามี) ร้อยละ 54.1

1.2) ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ จะมีภาวะโภชนาการ อยู่ในระดับ น้ำหนักเกิน ร้อยละ 40.5 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 51.4 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 48.6 โดยส่วนใหญ่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.1 มีการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.5 ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่าตัดช่องท้อง ร้อยละ 59.5 เหตุผลที่ต้องได้รับการส่องกล้องส่วนใหญ่ตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระ ร้อยละ 59.5 การรับประทานยาระบาย รับประทานหมด ร้อยละ 100 ชนิดของยาระบาย สูตร Swiff ร้อยละ 100

1.3) ด้านความวิตกกังวล ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลในระดับมาก ร้อยละ 10.8 มีความวิตกกังวลระดับปานกลางร้อยละ 32.4 และมีความวิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 56.7 หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความวิตกกังวลในระดับมากแต่ยังมีความวิตกกังวลระดับปานกลางร้อยละ 32.4 และมีความวิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ67.6 สรุปได้ว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีความวิตกกังวลต่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักลดลง

1.4) ด้านความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1 ค่าคะแนนเฉลี่ย 6.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.718 และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในระดับมาก ร้อยละ 91.9 ค่าคะแนนเฉลี่ย 10.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.093 สรุปได้ว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักเพิ่มขึ้น

1.5) ด้านการปฏิบัติพบว่าการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ส่วนใหญ่มีการการปฏิบัติตามคำแนะนำ

1.6) การประเมินความสะอาดของลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ จะมีความสะอาดของลำไส้ ในระดับดีมาก (excellent) ร้อยละ 89.2

1.7) ด้านความพึงพอใจส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในการรับบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในระดับมาก

2) กลุ่มควบคุม

2.1) ด้านข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.3 อายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.8อายุเฉลี่ย 61 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.8 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 59.5 และผู้ที่คอยช่วยเหลือเป็นคู่สมรส(สามี) ร้อยละ 43.2

2.2) ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ จะมีภาวะโภชนาการ อยู่ในระดับ น้ำหนักปกติ ร้อยละ 40.5 มีโรคประจำตัวร้อยละ 51.4 โดยส่วนใหญ่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.1 มีการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.5 ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่าตัดช่องท้อง ร้อยละ 83.8 เหตุผลที่ต้องได้รับการส่องกล้องส่วนใหญ่ตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระ ร้อยละ 67.6 การรับประทานยาระบาย รับประทานหมด ร้อยละ 100 ชนิดของยาระบาย สูตร Swiff ร้อยละ 100

2.3) ด้านความวิตกกังวลต่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักของกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลในระดับมาก ร้อยละ 21.6 มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ 78.4 หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความวิตกกังวลในระดับมากและความวิตกกังวลระดับปานกลาง แต่มีความวิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 100 สรุปได้ว่าหลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลต่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักลดลง

2.4) ด้านความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักระดับน้อย ร้อยละ 91.9 ค่าคะแนนเฉลี่ย 5.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.658 และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในระดับมาก ร้อยละ 89.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย 8.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.709 สรุปได้ว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักเพิ่มขึ้น

2.5) ด้านการปฏิบัติพบว่าการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ส่วนใหญ่มีการการปฏิบัติตามคำแนะนำ

2.6) การประเมินความสะอาดของลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ จะมีความสะอาดของลำไส้ ในระดับดี(good) ร้อยละ 62.2

2.7) ด้านความพึงพอใจส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในการรับบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในระดับมาก

3. การศึกษาเปรียบเทียบ จากการพัฒนารูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน โดยกลุ่มทดลองจะใช้แบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก รูปแบบใหม่ ส่วนกลุ่มควบคุมจะใช้แผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก รูปแบบเดิม พบว่า

3.1 การเปรียบเทียบความรู้ของของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ของของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 ผลการประเมินความสะอาดของลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ จะมีความสะอาดของลำไส้ ในระดับดีมาก (excellent) ร้อยละ 89.2 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะมีความสะอาดของลำไส้ ในระดับดี(good) ร้อยละ 62.2

3.5 ผลการศึกษาเปรียบเทียบการประเมินความสะอาดของลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความสะอาดของลำไส้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**อภิปรายผล**

การศึกษาการพัฒนารูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการ ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน พบว่า ด้านความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และด้านการปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ การพัฒนารูปแบบการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการตรวจส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย3 ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ก่อน-หลัง การพัฒนาการใช้รูปแบบการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก มีระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ระดับ 2 Poor ระดับ 3 Fair และระดับ 5 Excellent แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในผู้สูงอายุ1 ที่พบว่าพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

**ด้านผู้บริหาร**

1. สามารถนำรูปแบบแผนการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักที่พัฒนาขึ้นใหม่ ไปใช้ในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลครอบคลุมเพิ่มมากยิ่งขึ้น ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุด

2. ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนการบริหารจัดการ ในการนิเทศกำกับ ติดตามประเมินการปฏิบัติและผลลัพธ์ของการดำเนินงานของหน่วยงานตลอดจนมีการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ผู้ป่วยต่อไป

**ด้านบริการ**

1. การวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการเตรียมผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพิ่มจำนวนผู้รับบริการให้มากยิ่งขึ้นและการมีส่วนร่วมกับสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล การไม่ยึดติดกับรูปแบบการทำงานเดิม คิด ค้นคว้า หาแนวทางใหม่ๆ สอดคล้องกับยุคในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เป็นยุคแห่งเทคโนโลยีที่ต้องนำมาเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการพัฒนางานที่หลากหลายให้มีความยั่งยืนยิ่งขึ้น

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1.ควรมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงสำคัญกับระดับความสะอาดของลำไส้

2.ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้บริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักโดยใช้แนวคิด Lean Process หน่วยตรวจรักษาพิเศษ ห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลลำพูน

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพ หน่วยงานพิเศษ งานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ พร้อมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเพื่อให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

**เอกสารอ้างอิง**

1. กรพัชชา คล้ายพิกุล, ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์.(2561).ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในผู้สูงอายุวารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ปีที่ 21 ฉบับที่ 42 มกราคม - มิถุนายน 2561
2. จงดี ปานสุวรรณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ(2565).ได้ศึกษาผลของการใช้สื่อวีดีทัศน์การปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ความสะอาดของลำไส้และความวิตกกังวล ในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของโรงพยาบาลนาหม่อม สืบค้นวันที่ 1กันยายน/2566 จาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/255197
3. ธนานันต์ อาสนานิช.(2564).การพัฒนารูปแบบการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการตรวจส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย.สืบค้น วันที่ 1มิถุนายน 2566 เวลา10.00น.จาก https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/253299
4. ธนพล ไหมแพง.(2546) Carcinoma of Esophagus.ใน:สัทธจิตร ลีนานนท์,วิชัย วาสนาสิริ, สุมิต วงค์เกียรติขจร,วัชรพงษ์ พุทธิสวัสดิ์, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 23. Current Practice in Clinical Surgery. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท โฆษิตการพิมพ์ จำกัด
5. วีรศักดิ์ ว่องไพฑูรย์, เกรียงไกร อัครวงศ์ และทองดี ชัยพานิช. (2533) วิวัฒนาการในโรคระบบทางเดินอาหาร. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร. ศศิธร มงคลสวัสดิ์; 2553
6. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และอภิญญา จำปามูล. (2550). สมรรถนะผู้นำทางการพยาบาล ใน ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล หน่วยที่ 12 หน้า 7-8. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
7. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์ (บรรณาธิการ).(2550). กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีและการนำไปใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 16). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

# Nursing care for patients with pneumonia.

(Received: February 22,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**สิริลักษณ์ รัตนพันธ์**[1]
**Sirilak Rattanaphan**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี ( Case study) เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูผาม่าน ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงมกราคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อประเมินปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า: ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบของกรณีศึกษา 2 ราย ที่รับเข้ารักษาเป็นผู้สูงอายุ มีอาการและอาการแสดงคล้ายกัน ตรวจพบ CXR infiltration Lung Crepitation แตกต่างกันที่โรคร่วม รายที่ 1 มีโรคร่วม Thalassemia ซีด ได้ให้ PRC และมีภาวะ Electrolyte imbalance รับการรักษาด้วยการให้Oxygen cannula ยาปฏิชีวนะ รักษานาน 4 วัน รายที่2 โรคร่วม Hypertension Hypothyroid Asthma Atrial fibrillation รับการรักษาด้วยการให้ Oxygen cannula ยาปฏิชีวนะ รักษานาน 5 วัน มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษามากกว่ารายที่ 1 เนื่องจากมีปัญหาหัวใจเต้นผิดปกติร่วม ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จำหน่ายกลับบ้านไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ โดยการศึกษาพบว่า ความผิดปกติของโรคร่วมส่งผลให้ต้องใช้การพยาบาลซับซ้อนและระยะเวลารักษานานมากขึ้น

**คำสำคัญ** : โรคปอดอักเสบ การพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

**Abstract**

This study is a case study. The objective is to study guidelines for providing nursing care to patients with pneumonia. This is a case study comparing the use of the nursing process for 2 patients with pneumonia who were admitted to the inpatient ward. Phuphaman Hospital During the period of November 2022 to January 2023, the tools used to collect data include: Data recording form Inpatient medical records Interviews with patients and relatives, observation using patient assessment concepts based on Gordon's 11 health models. To assess patient problems Define nursing diagnosis Plan nursing care nursing practice and evaluate nursing results

The results of the study found that: Two cases of pneumonia patients in the case study who were admitted for treatment were elderly. had similar signs and symptoms. CXR infiltration Lung Crepitation was detected. The difference was in the co-morbidities. Case 1 had co-morbidities, Thalassemia anemia, received PRC and had an electrolyte imbalance. He was treated with an Oxygen cannula and antibiotics for 4 days. Case 2: Hypertension Hypothyroid Asthma Atrial fibrillation was treated with an Oxygen cannula and antibiotics for 5 days. It was more complicated to care for than Case 1 because of abnormal heart rhythm problems. Both patients were discharged. The house had no complications from pneumonia. The study found that Comorbid disorders result in more complex nursing care and longer treatment periods.

**Keywords**: Pneumonia , Nursing care ,Pneumonia patients

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูผาม่าน

**บทนำ**

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของเด็กเล็กและผู้สูงอายุ โรคปอดอักเสบเป็น 5 ลำดับแรกของโรคทางเดินหายใจที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในทุกปีและมีแนวโน้มอัตราตายจากโรคนี้เพิ่มสูงขึ้น สถานการณ์โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2565 กองระบาดวิทยา ข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรค (รง. 506) กองระบาดวิทยา พบว่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2561 - 2565) พบการรายงานผู้ป่วยปอดอักเสบตลอดทั้งปีโดยเฉลี่ยเดือนละ 20,000 ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้นในช่วงฤดูหนาว ในปี พ.ศ. 2566 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ตุลาคม 2566 โรคปอดอักเสบ 239,197 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 361.48 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 224 ราย อัตราป่วยตาย 0.34 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1 : 0.81 กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือผู้ที่มีอายุ 0 - 4 ปีเท่ากับ 2,338.76 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป (1,040.02) และกลุ่มอายุ 55 - 64 ปี (325.21) ภาคที่พบอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 425.18 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคใต้ (395.64) ภาคเหนือ (372.02) และภาคกลาง (277.55) จากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมักพบผู้ป่วยสูงในเด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี และผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป อีกทั้งยังพบผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ59.43 โรงพยาบาลภูผาม่าน เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 จำนวนเตียง 30 เตียง ประชากร 23,007 คนเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 24.95 พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเป็นโรคที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นอันดับ2และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ1ปี 2563-2565 รับผู้ป่วยปอดอักเสบไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน91,95และ123ปี2564-2565 เกิดภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ร้อยละ1.05และ1.62 เสีย ชีวิตในโรงพยาบาล ร้อยละ 1.05 และ1.62 ตาม ลำดับมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆปี 2565 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 77.49เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังร้อยละ 87.21 เป็นผู้ป่วยติดเตียงร้อยละ5.26และมีวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล LOSระยะเวลานาน[1]ส่งผลให้สูญเสียค่ารักษาและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่นอนโรงพยาบาลคือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนั้นความพร้อมและประสิทธิภาพของการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอักเสบจึงสำคัญสำหรับพยาบาล ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ ควรสามารถให้การดูแลแบบองค์รวม (holistic care) พยาบาลควรมีความรู้พื้นฐานในการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยความรู้เกี่ยวกับโรคการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลควบคู่กันอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นและเหมาะสมตามแต่ละบุคคล

**วัตถุประสงค์การศึกษา**

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

**วิธีการศึกษา**

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี ( Case study) เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูผาม่าน ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงมกราคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อให้ได้ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

## ผลการศึกษา

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย**

| ข้อมูลส่วนบุคคล | รายที่ 1 | รายที่ 2 |
|---|---|---|
| ประวัติส่วนตัว | ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 74 ปี อาชีพ เกษตรกรรม การศึกษา ไม่ได้เรียน | ผู้ป่วย เพศหญิง อายุ 74 ปี อาชีพ ไม่ได้ทำงาน การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 |
| จำนวนวันนอน | 4 วัน | 5 วัน |
| ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน | 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไข้ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ1วันก่อนมาโรงพยาบาลไอมีเสมหะสีขาว อ่อนเพลีย ญาติจึงนำส่ง รพ. | 2วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ ไอมีเสมหะขาว ไม่เจ็บคอ 1 วันหายใจเหนื่อยหอบ ไอมีเสมหะ อ่อนเพลียมาก เบื่ออาหาร นอนราบไม่ได้ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก จึงมา รพ. |
| ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต | มีโรคประจำตัว Thalassemia<br>สูบบุหรี่ 3 มวน/วัน ไม่ดื่มสุรา<br>ไม่เคยมีประวัติผ่าตัดมาก่อน | โรคประจำตัวHypertension, Hypothyroid, Asthma, Atrial fibrillation รักษาที่รพ.ภูผาม่าน ไม่เคยมีประวัติผ่าตัดมาก่อน |
| ประวัติการเจ็บ ป่วยในครอบครัว | สมาชิกในครอบครัวสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว | สมาชิกในครอบครัวสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว |
| ประวัติการแพ้ | ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร | ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร |
| สัญญาณชีพแรกรับ | อุณหภูมิ 39.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96% | อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 158/77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 94% |
| ผลการตรวจร่างกาย | Lung : Crepitation RLL | Crepitation Lung RLL<br>wheezing both Lung |
| ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ | 19/11/65 CBC : WBC=19,980 Neutrophil= 84 lymph11, BUN=35, Cr=1.37, HCT=20% Hb= 6.3, Electrolyte:Na=130,K=3.3,CO2 =13.1<br>21/11/65 ผล Electrolyte Na=135 K=3.56, CO2=20.4 ผล HCT=26% | 25/12/65 CBC : WBC=12,010 Neutrophil=77 lymp=16, ,HCT=37% Hb=11.6, BUN=14, Cr=0.50<br>Electrolyte: Na=134,K=3.54, CO2=25 PT=15.9, INR=1.3 |
| | **ผลการตรวจ** Chest X-ray : มี RUL infiltration | **ผลการตรวจ** Chest X-ray : Right lung infiltration |
| แผนการรักษาของแพทย์ | Ceftriaxone 2 กรัม vein OD<br>ให้เลือดPRC group โอ1unit drip in3 hr<br>0.9%NSS1,000ml V drip 120 cc/hr.<br>on oxygen cannula 3 LPM<br>ให้ Potassium Chloride Elixir 30 ml oral ทุก 3 ชม. X 2 ครั้ง<br>ให้7.5%NaHCO3 2amp IV drip in2 hr<br>Berodual 1 NB ทุก 4 ชั่วโมง<br>Roxithromycin(150)1 tab oral bid ac<br>Bromhexin 1 tab oral tid pc<br>Para(500)1tab oral prn ทุก4-6ชม. | Berodual 1 NBx 3 dose stat then พ่น Berodual 1 NB ทุก 4 ชั่วโมง Dexamethasone 4 mg IV ทุก 12 ชม. ให้ on oxygen cannula 3 ลิตร/นาที<br>**0.9%** NSS 1000 **cc** IV drip **60 cc**/hr ceftriaxone 2 g IV OD **x** 3 วัน เปลี่ยนยาฆ่าเชื้อเป็น ceftazidime 2 g IV ทุก8 ชม.<br>Roxithromycin (150)1 tab oral bid ac Atenolol (50) 1 tab oral bid pc<br>ENP (5) 1 tab oral bid pc<br>Amlodipine (10) 1 tab oral OD เช้า Warfarin (3) 1 tab oral hs<br>( ทุกวันจันทร์ - วันศุกร์ )<br>Warfarin (2) 1 tab oral hs<br>( ทุกวันเสาร์ และ วันอาทิตย์ )<br>Levothyroxine(100)1 tab oral OD เช้า |

**ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะแรกรับวิกฤติฉุกเฉิน ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะวางแผนจำหน่าย ของผู้ป่วย 2 ราย การประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ**

| การพยาบาล ระยะ | เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | |
|---|---|---|
| | **รายที่ 1** | **รายที่ 2** |
| ระยะแรกรับวิกฤติฉุกเฉิน | 1.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>S: ไอมีเสมหะ<br>O: ผล CXR infiltration<br>O: ไข้ 39.1 องศาเซลเซียส<br>O: Lung Crepitation | 1.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจาก ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>S: ไอมีเสมหะ<br>O: ผล CXR infiltration<br>O: ไข้ 38.5 องศาเซลเซียส<br>O: Lung Crepitationและ Wheezing BL |
| | ไม่พบปัญหา | 2.เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>S: ไอ มีเสียงเสมหะ<br>O: ผู้ป่วยสูงอายุ 74 ปี<br>O: ไข้ 39.1 องศาเซลเซียส<br>O: ประวัติมีโรคประจำตัว Asthma AF<br>O: ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบRR 28ครั้ง/นาที<br>O: Lung: Crepitation และ Wheezing<br>O: CXR infiltration<br>O: O2sat 94 % |
| ระยะดูแลต่อเนื่อง | 2.มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย มีการอาการคลื่นไส้ อาเจียน<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>S: ผู้ป่วยบอกเบื่ออาหารและคลื่นไส้อาเจียน<br>O: ผู้ป่วยสูงอายุ 74 ปี<br>O: Electrolyte: Na130, K3.3, CO2 13.1 | 3.ได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>S: ผู้ป่วยบอกรับประทานอาหารได้น้อยลง<br>O: ผู้ป่วยสูงอายุ 74 ปี<br>O: ผู้ป่วยบอกรู้สึกหายใจไม่อิ่ม เหนื่อย |
| | ไม่พบปัญหา | 4.เสี่ยงภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากหัวใจเต้นผิดปกติ<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>S: บอกไอเป็นชุดๆเหนื่อยเพลีย มีอาการใจสั่น<br>O: HR 100 ครั้ง/นาที irregular<br>O: ประวัติมีโรคประจำตัว AF |
| | 3.เซลล์ร่างกายอาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากภาวะซีด<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>S: -<br>O: ผิวหนังและเยื่อบุตาซีด อ่อนเพลียมาก<br>O: HCT 20 vol% และ Hb 6.5 gm% | ไม่พบปัญหา |
| | 4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากโรคปอดอักเสบ | 5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากโรคปอดอักเสบ |

**ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะแรกรับวิกฤติฉุกเฉิน ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะวางแผนจำหน่าย ของผู้ป่วย 2 ราย การประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ**

| การพยาบาล ระยะ | เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | |
|---|---|---|
| | **รายที่ 1** | **รายที่ 2** |
| | ข้อมูลสนับสนุน<br>S: -<br>O: ผล CXR infiltration<br>O: ไข้ 39.1 องศาเซลเซียส<br>O: ฟังปอด Crepitation | ข้อมูลสนับสนุน<br>S: -<br>O: ผล CXR infiltration<br>O: ไข้ 38.5 องศาเซลเซียส<br>O: ฟังปอด Crepitation |
| ระยะฟื้นฟูสภาพ | ไม่พบปัญหา | 6.ผู้ป่วยมีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง เนื่องจากหายใจเหนื่อยง่ายและอ่อนเพลีย<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>O: ผู้ป่วยสูงอายุ 74 ปี<br>O: ประวัติมีโรคประจำตัวAsthma Hypothyroid Hypertension และ Atrial fibrillation<br>O: หายใจเหนื่อยหอบ RR 28 ครั้ง/นาที<br>O: ไข้ อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส |
| | 5.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>S: ผู้ป่วยและญาติบอกว่าวิตกกังวลโดยสอบถามเกี่ยวกับอาการ<br>O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล | 7.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>S: ผู้ป่วยและญาติบอกว่าวิตกกังวลโดยสอบถามเกี่ยวกับอาการบ่อยครั้ง<br>O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล |
| ระยะจำหน่าย | 6.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>S: ผู้ป่วยซักถามวิธีการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านและวิธีป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบ<br>O: ผู้ป่วยผู้สูงอายุ สีหน้าวิตกกังวล | 8.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>S: ผู้ป่วยและญาติซักถามวิธีการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านและวิธีป้องกันการเกิด<br>O: ผู้ป่วยและญาติบอกว่ายังไม่ค่อยมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย สีหน้าวิตกกังวล |

**ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| **รายที่ 1** | **รายที่ 2** | **การพยาบาล** |
|---|---|---|
| 1.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ<br><u>ข้อมูลสนับสนุน</u><br>S: ไอมีเสมหะ<br>O:.ผล CXR infiltration<br>O:ไข้ 39.1 องศาเซลเซียส | 1.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ<br><u>ข้อมูลสนับสนุน</u><br>S:ไอมีเสมหะ<br>O:ไข้ 38.5 องศาเซลเซียส<br>RR 28 ครั้ง/นาที | .ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำเยื่อบุผิวหนังมี ลักษณะการชีดเขียว ระดับความรู้สึกตัว และติดตามการเปลี่ยนแปลง<br>2.ตรวจวัดสัญญาณชีพ สัญญาณทางระบบประสาท และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ทุก 15 นาที 4 ครั้ง หากอาการคงที่เปลี่ยนเป็นวัดทุก 4 ชั่วโมง<br>3.ดูแลให้ได้รับออกซิเจน O2 Cannula 3 ลิตร/นาที |

**ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| รายที่ 1 | รายที่ 2 | การพยาบาล |
|---|---|---|
| O:Lung Crepitation<br>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล<br>ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน | O: O2sat=94%<br>O: Lung CrepitationและWheezing BL<br>O: ผล CXR infiltration<br>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล<br>ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน | 4.ดูแลให้ได้รับยา Ceftriaxone 2 กรัม IVวันละ 1 ครั้งทุกวัน สังเกตอาการแพ้ยา เช่น มีผื่นขึ้นตามตัว มีอาการแน่นหน้าอกหลังได้รับยา para(500)1tab oral prn ทุก4-6ชม.<br>5.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ0.9% NSS 1000 cc IV drip 60 cc/hr อย่างเพียงพอ ตามแผนการรักษาของแพทย์<br>6. ดูแลให้ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม Berodual 1 NB ทุก 4 ชม.ยาแก้ไอ ตามแผนการรักษา<br>7.ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง<br>8. ตรวจประเมิน CBC และติดตามผล |
| เกณฑ์การประเมิน<br>1.ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน<br>2.RRไม่เกิน16-20ครั้งต่อนาที หายใจปกติ<br>3.ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 %<br>4.lungไม่มีเสียงcrepitationหรือเสียง wheezing<br>5.ผล CXR ปกติ | เกณฑ์การประเมิน<br>1.ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน<br>2.RRไม่เกิน16-20ครั้งต่อนาที หายใจปกติ<br>3.ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 %<br>4.ปอดไม่มีcrepitationหรือwheezing<br>5.ผลCXRปกติ | การวิเคราะห์<br>การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อจะรักษาการติดเชื้อในปอดได้และต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ เช่นการหายใจล้มเหลว<br>การประเมินผลการพยาบาล<br>รายที่1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีเกิดภาวะพร่องออกซิเจน RR 20-24ครั้งต่อนาที O2sat 95-99 % ปัญหานี้หมดไป วันที่ 20 พ.ย.2565<br>รายที่2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีเกิดภาวะพร่องออกซิเจน RR 18-22ครั้งต่อนาที O2sat 96-99 % ปัญหานี้หมดไป วันที่ 30 ธ.ค.2565 |
| | 2.เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>S: ไอ มีเสียงเสมหะ<br>O: ผู้ป่วยสูงอายุ 74 ปี<br>O: ประวัติมีโรคประจำตัว Asthma AF<br>O: ไข้ 38.5 องศาเซลเซียส<br>O: หายใจหอบRR28ครั้ง/นาที<br>O: O2sat 94 %<br>O: Lung Crepitation และ Wheezing<br>O: CXR infiltration<br>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล<br>ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน(Acute Respiratory failure)<br>เกณฑ์การประเมิน<br>1.ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน | 1.ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที จนคงที่แล้วประเมินทุก 1 ชม เฝ้าระวัง<br>2.ประเมินการหายใจ ลักษณะการหายใจไม่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ดูแลทางเดินหายใจโล่ง<br>3.จัดท่าเคาะปอด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เช่น การดูดเสมหะ<br>4.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ0.9% NSS 1000 cc IV drip 60 cc/hr อย่างเพียงพอ ตามแผนการรักษาของแพทย์<br>5.ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจล้มเหลว<br>6.เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้<br>7.ดูแลให้ได้รับยาตามการรักษา เช่น ยาพ่น ยาฆ่าเชื้อ<br>8.Record I/O keep Urine Output > 25-30<br>การวิเคราะห์<br>การประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะวิกฤติ ประเมินอาการอย่างรวดเร็ว และวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นอันตรายและ<br>ผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้<br>การประเมินผลการพยาบาล<br>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ความความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-99 % ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน(Acute Respiratory failure) ปัญหานี้หมดไป วันที่ 30 ธันวาคม2565 |

**ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| รายที่ 1 | รายที่ 2 | การพยาบาล |
|---|---|---|
| | 2.ระดับความรู้สึกตัวลดลง<br>3.RR 16-20 ครั้งต่อนาที 4.O2sat 95 %<br>5.Lung ไม่มี crepitation หรือ wheezing<br>6.CXR ไม่มี infiltration | |
| 2.มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย มีการอาการคลื่นไส้ อาเจียน<br><u>ข้อมูลสนับสนุน</u><br>S: เบื่ออาหารและคลื่นไส้อาเจียน<br>O: ผู้ป่วยสูงอายุ 74 ปี<br>O: ผล Electrolyte : Na=130 K= 3.3 CO2 =13.1<br><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u><br>1.ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย<br>2.ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภาวะเสียสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย<br><u>เกณฑ์การประเมิน</u><br>1.เหนื่อยเพลียลดลง ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น<br>2. รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน<br>3. ผล Electrolyte ปกติ<br>4.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ | 3.ได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย<br><u>ข้อมูลสนับสนุน</u><br>S: ผู้ป่วยบอกว่ารับประทานอาหารได้น้อยลง<br>O: ผู้ป่วยสูงอายุ 74 ปี<br>O: รู้สึกหายใจไม่อิ่ม เหนื่อย<br><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u><br>เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ<br><u>เกณฑ์การประเมินผล</u><br>1.เหนื่อยเพลียลดลง ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น<br>2. รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน<br>3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ | 1.วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และลงบันทึกการเปลี่ยนแปลง<br>2.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ0.9% NSS 1000 cc IV drip 60 cc/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์<br>3.ดูแลให้ได้รับยา Elixer KCL และยาแก้อาเจียน motilium 1x3 oral ac ตามแผนการรักษาของแพทย์<br>4.ประเมินติดตามผล Electrolyte<br>5.ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 4 ชั่วโมง<br>6. ประเมินและบันทึก fluid intake and output โดยบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมง<br>7.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอ่อนย่อยง่าย ขณะให้อาหารควรดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา<br>8.ดูแลทำความสะอาดปากฟัน อย่างน้อย 2-3 ครั้ง<br><u>การวิเคราะห์</u><br>การดูแลเกี่ยวกับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การติดตามอาการผู้ป่วย ขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การวัดและบันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายผู้ป่วย<br><u>การประเมินผลการพยาบาล</u><br>รายที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องไม่มีภาวะแทรก ซ้อนจากภาวะเสียสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ผล Electrolyte Na=135 K=3.56 CO2=20.4<br>ปัญหานี้หมดไป วันที่ 21 พ.ย. 2565<br>รายที่ 2 ผู้ป่วยกินได้เพิ่มขึ้น ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ น้ำหนักตัวคงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง<br>ปัญหานี้หมดไป วันที่ 30 ธ.ค. 2565 |
| | 4.เสี่ยงภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากหัวใจเต้นผิดปกติ<br><u>ข้อมูลสนับสนุน</u><br>S: บอกไอเป็นชุดๆเหนื่อยเพลีย มีอาการใจสั่น<br>O: HR100ครั้ง/นาที irregular<br>O: RR 28 ครั้ง/นาที<br>O: ประวัติมีโรคประจำตัวHTและ AF on warfarin<br><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u><br>ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว<br><u>เกณฑ์การประเมิน</u><br>1.ไม่มีอาการหอบเหนื่อย<br>RR 20 - 24 ครั้ง/นาที | 1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย เช่น อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากเมื่อนอนราบ ระดับความรู้สึกตัวพร้อมทั้งจดบันทึกและรายงานแพทย์<br>2.ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง จัดท่านอนศีรษะสูงท่า Semi Fowler<br>3.วัดและบันทึกสัญญาณชีพจรทุก 4 ชั่วโมง และเพิ่มความถี่ในการบันทึกตามอาการที่เปลี่ยนแปลง<br>4.ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา<br>5.บันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและปริมาณปัสสาวะที่ออกทุก8ชั่วโมง<br>6.ดูแลให้ได้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย จำกัดเกลือ ตามแผนการรักษา เพื่อลดปริมาณเกลือในร่างกาย<br>7. ส่งตรวจ Film chest x-ray และติดตาม<br>6. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้<br><u>การวิเคราะห์</u> |

**ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| รายที่ 1 | รายที่ 2 | การพยาบาล |
|---|---|---|
| | 2.ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 -100 %<br>3.HR 60 - 100 ครั้ง/นาที | ความเครียด อาหารเค็ม โรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง จะส่งผลให้เกิดการไหลเวียนโลหิตที่ผิดปกติซึ่งนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวได้<br>การประเมินผลการพยาบาล<br>ผู้ป่วยเหนื่อยลดลง ใจสั่นลดลง HR 98 – 110 ครั้ง/นาที RR 20-24 ครั้ง/นาที BP 132/80 mmHg O2sat 98 % ปัญหานี้หมดไป แต่ยังคงต้องติดตามอาการและแพทย์Planให้ไปตรวจเพิ่มเติมระบบหัวใจ ที่โรงพยาบาลขอนแก่น หลังจำหน่ายกลับบ้าน |
| 3.เซลล์ร่างกายอาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากภาวะซีด<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>S: ผู้ป่วยบ่นไม่มีแรง อ่อนเพลีย<br>O: มีโรคประจำตัวThalassemia<br>O: ผิวหนังและเยื่อบุตาซีด<br>O: Hct20vol%,Hb 6.5gm%<br>O: O2 sat 95%<br>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล<br>ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน<br>เกณฑ์การประเมิน<br>1.ไม่มีอาการภาวะพร่องออก ซิเจนเช่น หายใจหอบเหนื่อยปลายมือปลายเท้าเขียว<br>2.ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย<br>3. Hct = 38 -47 %<br>4.O2 sat >= 95% | | 1.ประเมินภาวะซีดอาการเหนื่อยอ่อนเพลียของผู้ป่วย และอาการหายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว<br>2.ดูแลให้เลือด PRC 1 unit ตามแผนการรักษา<br>3.ดูแลให้ Folic 1 tab oral OD pc ตามแผนการรักษา 4.ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงจะช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรมทำให้อาการเหนื่อยลดลง<br>5.vital sign ทุก 4 ชม<br>6.ประเมิน O2 saturation ทุก 4 ชม<br>7.ติดตามผล Hct เพราะเป็นค่าที่แสดงถึงความเข้มข้นของเลือดในร่างกาย<br>การวิเคราะห์<br>พยาบาลทุกคนต้องมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องของความปลอดภัยจากการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดและปฏิบัติตามแนวทางอย่างถูกต้อง<br>การประเมินผลการพยาบาล<br>ไม่มีอาการขาดออกซิเจนที่รุนแรง PR 80 ครั้ง/นาที RR 20-24ครั้ง/นาที O2 sat 95% ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง Hct หลังให้เลือด 26% |
| 4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากโรคปอดอักเสบ<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>S: -<br>O: ผล CXR infiltration<br>O: ไข้ 39.1 องศาเซลเซียส<br>O: ฟังปอด Crepitation<br>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล<br>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น<br>เกณฑ์การประเมินผล<br>1.อาการทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ<br>2.อุณหภูมิร่างกายลดลงจากเดิม<br>3.ผล X-ray ปอดพบ infiltration ลดลง<br>4.ไม่มีอาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้หรือไอเป็นฟองโลหิต<br>5.สัญญาณชีพปกติ | 5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรก ซ้อนเนื่องจากโรคปอดอักเสบ<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>S: -<br>O: ผล CXR infiltration<br>O: ไข้ 38.5 องศาเซลเซียส<br>O: ฟังปอด Crepitation<br>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล<br>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น<br>เกณฑ์การประเมินผล<br>1.อาการทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ<br>2.อุณหภูมิร่างกายลดลงจากเดิม<br>3.ผล X-ray ปอดพบ infiltration ลดลง<br>4.ไม่มีอาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้หรือไอเป็นฟองโลหิต<br>5.สัญญาณชีพปกติ | 1.ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงหรือตามความเหมาะสมและบันทึกข้อข้อมูลและสังเกตอาการดังนี้คือ<br>-ไข้สูง ความดันโลหิตลดลง อาจเนื่องมาจากช็อก<br>-หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ไอมีเสมหะเป็นฟองโลหิตจางๆอาจเกิดจากปอดบวมน้ำ<br>-อาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ไข้สูง แม้จะให้ยาปฏิชีวนะแล้ว<br>2.ในระยะพักฟื้นจะต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เนื่องจากภูมิต้านทานร่างกายลดลง<br>- เมื่อไข้ลดแล้วกระตุ้นให้ผู้ป่วย ลุกเดินได้ตามปกติเพื่อให้สภาพของร่างกายกลับคืนสู่ปกติได้เร็วขึ้น<br>- ทำความสะอาดร่างกายและปากฟันหลังจากรับประทานอาหารเพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย<br>- ดูแลร่างกายผู้ป่วยให้อบอุ่น ไม่เปียกชื้น และอยู่ในห้องที่อากาศถ่ายเทดี<br>3.เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน<br>การวิเคราะห์<br>การประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ การระบายอากาศ ระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการผิดปกติ หากพบความผิปกติ |

**ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| รายที่ 1 | รายที่ 2 | การพยาบาล |
|---|---|---|
| | | รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องทันท่วงทีและเหมาะสมกับ ผู้ป่วยแต่ละราย<br><u>การประเมินผล</u><br>ทั้ง 2 ราย อาการทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับไม่มีหายใจลำบากนอนราบได้ อุณหภูมิลดลงแล้วไม่กลับขึ้นใหม่อีก ผล X-ray ปอด พบ infiltration ลดลง |
| | 6.ผู้ป่วยมีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยง่ายและอ่อนเพลีย<br><u>ข้อมูลสนับสนุน</u><br>S: -<br>O: ผู้ป่วยสูงอายุ 74 ปี<br>O: ประวัติมีโรคประจำตัวAsthma Hypothyroid Hypertension และ Atrial fibrillation<br>O: หายใจเหนื่อยหอบ RR 28 ครั้ง/นาที<br>O: ไข้ อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส<br><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u><br>ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ไม่มีอาการหอบเหนื่อย <u>เกณฑ์การประเมินผล</u><br>1.ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้<br>2.ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและเต็มใจในการทำกิจกรรม<br>3.ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย | 1.ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยบันทึกอาการอ่อนเพลีย<br>2.แนะนำการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำไม่ได้<br>3.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการเกิดของโรค สาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ของผู้ป่วยดีขึ้น<br>4.กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือกิจกรรมตนเองให้ได้มากที่สุด เช่น การลุกนั่ง รับประทานอาหาร อาบน้ำ เป็นต้น เท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ พร้อมทั้งให้กำลังใจ<br>5.จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัยในการทำกิจกรรม<br>6.ประเมินสัญญาณชีพหลังจากทำกิจกรรม<br>7.ปรึกษากายภาพเพื่อฝึกการหายใจและฟื้นฟูปอด<br><u>การวิเคราะห์</u><br>ให้การพยาบาลตามอาการ เช่น การพยาบาลเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายจากอาการไข้ไอและหายใจเหนื่อยหอบ ให้การดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยาบรรเทาอาการไอตามแผนการรักษา ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ<br><u>การประเมินผลการพยาบาล</u><br>ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งรับประทานอาหารบนเตียงได้โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย ญาติช่วยเช็ดตัวให้บางส่วน ปัญหานี้หมดไป วันที่ 30 ธันวาคม2565 แต่ยังต้องติดตามประเมินซ้ำเมื่อกลับบ้านเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ |
| 5.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>S: ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับอาการ<br>O: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล<br><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u><br>ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา<br><u>เกณฑ์การประเมินผล</u><br>1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสขึ้น ไม่มีคิ้วขมวด บอกว่าคลายความวิตกกังวลลงและ ให้ความร่วมมือในการรักษา<br>2.ผู้ป่วยนอนหลับได้ | 7.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>S: ผู้ป่วยและญาติบอกว่าวิตกกังวลโดยสอบถามเกี่ยวกับอาการบ่อยครั้ง<br>O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล<br><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u><br>ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลงและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและ แนวทางการรักษา<br><u>เกณฑ์การประเมินผล</u><br>1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสขึ้น ไม่มีคิ้วขมวด บอกว่า | 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติโดยการพูดคุย เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกด้วย<br>2. สอนแนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทำจิตใจให้สงบ อ่านหนังสือ ไหว้ พระ ฟัง<br>3.แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง<br>4.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินโรค แผนการรักษา<br>5.แนะนำและสอนวิธีการให้การดูแลผู้ป่วยที่ญาติสามารถทำได้ เช่น การเช็ดตัว การหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบให้ที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา<br>6.เปิดโอกาสให้ญาติเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษามากขึ้น<br>7.ประสานให้ทีมแพทย์ผู้รักษาได้พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเรื่องโรค และแนวทางการรักษา<br><u>การวิเคราะห์</u> |

**ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| รายที่ 1 | รายที่ 2 | การพยาบาล |
|---|---|---|
| 3.ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา | คลายความวิตกกังวลลงและ ให้ความร่วมมือในการรักษา<br>2.ผู้ป่วยนอนหลับได้<br>3.ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา | ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยสามารถคลายความวิตกกังวลด้วยการให้ข้อมูลสื่อสาร การสัมผัส การได้ระบาย ความรู้สึก การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ<br><u>การประเมินผลการพยาบาล</u><br>ทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นให้ความร่วมมือในการรักษา นอนหลับได้ ปัญหานี้หมดไป |
| 6.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน<br><u>ข้อมูลสนับสนุน</u><br>S: ผู้ป่วยซักถามวิธีการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านและวิธีป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบ<br>O: ผู้ป่วยผู้สูงอายุ สีหน้าวิตกกังวล<br><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u><br>เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง<br><u>เกณฑ์การประเมินผล</u><br>1. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการป้องกันโรคปอดอักเสบได้อย่างถูกต้อง<br>2. ผู้ป่วยสามารถบอกอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ได้อย่างถูกต้อง<br>3. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ถูกต้อง | 8.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน<br><u>ข้อมูลสนับสนุน</u><br>S: ผู้ป่วยซักถามวิธีการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านและวิธีป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบ<br>O: ผู้ป่วยผู้สูงอายุ สีหน้าวิตกกังวล<br><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u><br>เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง<br><u>เกณฑ์การประเมินผล</u><br>1. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการป้องกันโรคปอดอักเสบได้อย่างถูกต้อง<br>2. ผู้ป่วยสามารถบอกอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง<br>3. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ถูกต้อง | 1.ประเมินความรู้และความพร้อมของผู้ป่วยและญาติทั้งร่างกายและจิตใจก่อนกลับบ้านโดย การโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยในเรื่องโรคปอดอักเสบ การดูแลรักษา การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด<br>2.ให้ข้อมูลทีละน้อยในเรื่องการเกิดโรค การดูแลรักษา การป้องกันโรคปอดอักเสบ อาการ ผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์เป็นระยะ เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ เพราะถ้าให้ ความรู้ในคราวเดียวกัน ผู้ป่วยและญาติอาจไม่เข้าใจหรือเข้าใจได้ไม่หมด<br>3.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องโรคด้วยความตั้งใจ<br>4.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบหลีกเลี่ยงเช่นการเข้าใกล้ผู้ที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ ฝุ่นละออง ควันไฟ บุหรี่ อยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเทสะดวก ดูแลรักษาความสะอาดของปากฟัน การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่<br>5.กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้ความร่วมมือในการรักษาและให้กำลังใจญาติเมื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีและเห็นความสำคัญการมาตรวจตามนัดเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง<br><u>การวิเคราะห์</u><br>การให้ความรู้และสอนทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแล ต้องกระตุ้นให้การปฏิบัติจริงเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิด ความมั่นใจเมื่อต้องกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้าน<br><u>การประเมินผลการพยาบาล</u><br>ผู้ป่วยและญาติทั้ง 2 ราย สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการป้องกันโรคปอดอักเสบได้อย่างถูกต้อง ปัญหานี้ยังต้องติดตามและประเมินว่าผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หรือไม่ |

**อภิปรายผล**

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง2ราย พบว่ามีความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล โดยเฉพาะเพศ อาชีพ โรคประจำตัว ความยุ่งยากซับซ้อนที่ต่างกันจากการมีโรคร่วมรายที่ 1ผู้ป่วยชาย สูงอายุ มีโรคร่วม ธาลัสซีเมีย รักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะทั้งทางหลอดเลือดดำ ยารับประทาน ให้ออกซิเจนทางจมูกมี ปัญหาซีดร่วมต้องเฝ้าระวังการพยาบาล Blood safety แต่ผู้ป่วยมีความทนสามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ รายที่2 ผู้ป่วยหญิงสูงอายุ มีโรคร่วมหอบหืด ไทรอยด์ โรคหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ความดันโลหิตสูง รักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ ทั้งทางหลอดเลือดดำ ยารับประทาน ให้ออกซิเจนทางจมูก ต้องพ่นยาขยายหลอดลม และยังต้องรับประทานยาหลายชนิด ทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายต่อการรักษาพยาบาลการให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยพยาบาลต้องดูแลให้ได้รับยา

ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดประกอบกับไม่ได้ตรวจสุขภาพ ทำให้การประเมินความเสี่ยงจากการซักประวัติยุ่งยากในขณะนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมาก มีปัญหาหัวใจเต้นผิดปกติร่วม ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการดูแลรักษาได้ (Respiratory failure)[2,7] อีกทั้งพบปัญหาผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลมากจึงจำเป็นต้องใช้การพยาบาลที่ซับซ้อนในการดูแลว่าเกิดจากพยาธิสภาพของโรคหรือเกิดจากสภาพด้านจิตใจ อีกทั้งผู้ป่วยและสามีที่ดูแลเป็นผู้สูงอายุพบปัญหาเรื่องการสื่อสารข้อมูล ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับจำหน่ายกลับบ้านได้ตามกำหนดไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านคลายความกังวลลงและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้เกี่ยวกับเรื่องโรค การรักษาพยาบาล สามารถปรับตัวไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้[9]

**ข้อเสนอแนะ**

1. พัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพเพิ่มมากขึ้น โดยจัดให้มีการประชุมวิชาการทางการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายโรคปอดอักเสบ เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีทักษะในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงานและจัดให้มีการปฐมนิเทศพยาบาลที่จบใหม่เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ และ สนับสนุนให้มีการอบรมการพยาบาลวิกฤตเพื่อเป็นการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน รวม ถึงการตรวจสอบอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้และคงสภาพดีอยู่เสมอ

2. มีทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบร่วมกันอย่างต่อเนื่องได้แก่ แพทย์ เภสัชกร กายภาพบำบัด โภชนากร และพยาบาล โดยจัดระบบบริการให้ปรึกษาได้ตลอด และเน้นให้ความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อไม่ให้เกิดเป็นซ้ำ

3. การจัดระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและจัดให้มีการรณรงค์การตรวจสุขภาพการตรวจสุขภาพปอด การรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ การให้ความรู้ในชุมชนเพื่อการป้องกันภาวการณ์ติดเชื้อที่ปอดในผู้ป่วยสูงอายุและประชาชนทั่วไป

**เอกสารอ้างอิง**

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, สถานการณ์โรคปอดอักเสบ.2566. [อินเตอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 26 ธันวาคม 2566.แหล่งข้อมูล: https://ddc.moph.go.th/uploads/files/3860820231120073204.pdf
2. อุ่นเรือน กลิ่นขจรและสุพรรษา วรมาลี (2563). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ 2563 สืบค้นจาก https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/
3. อังศุนิตย์ พรคทาทัศน์, ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล การเปลี่ยนแปลงคำแนะนำการรักษาโรคปอดอักเสบที่ติดเชื้อจากชุมชนของ American Thoracic Society และ Infectious Diseases Society of America ค.ศ. 2019 บทความวิชาการแนวทางการรักษาโรคปอดอักเสบที่ติดเชื้อในชุมชน สืบค้นจาก https://ccpe.pharmacycouncil.org
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข(Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2558:Public Health StatistisA.D.2015 .กรุงเทพ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด,2559:79-145.
5. แสงอรุณ บุญศรี.สถิติสารสนเทสGIS:การเสียชีวิต จำแนกตามเพศและสาเหตุที่สำคัญปี พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต].สิงห์บุรี: สำนักงานสถิติจังหวัดสิงห์บุรีกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม;2560 [เข้าถึงเมื่อ 31พ.ค.2562] เข้าถึงได้จาก http://164.115.26.119/singburi.nso/component/page-929-section-44-catagory-246.
6. คณะกรรมการสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม.รายงานการเสียชีวิตผู้ป่วยโรงพยาบาลสิงห์บุรี.การประชุมคณะทำงานการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม(PCT med); 2559 มิถุนายน; โรงพยาบาลสิงห์บุรี.สิงห์บุรี; 2559
7. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2544).**แนวทางการรักษาโรคปอดอักเสบชุมชนในประเทศไทย (สำหรับผู้ใหญ่).**เอสพีการพิมพ์กรุงเทพ:
8. สมาคมอุรเวชช์สมาคมโรคติดเชื้อ และสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.( 2549). **ร่างแนวเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาและป้องกันปอดอักเสบในโรงพยาบาลและปอดอักเสบที่ เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ในประเทศไทย.**กรุงเทพ;
9. วิภา รีชัยพิชิตกุล (2558). **การรักษาโรคปอดบวม.**วารสารอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ,1(4),17-29.

# การพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะโลหิตจางในโรงพยาบาลสกลนคร : กรณีศึกษา 2 ราย

# Nursing Care for Hemodialysis Patients with anemia at SakonNakhon Hospital : 2 Case Studies.

(Received: January 18,2024 ; Revised: February 3,2024 ; Accepted: February 10,2024)

**นลินี การุญ**[1]
**Nalinee karoon** [1]

**บทคัดย่อ**

**ความเป็นมา :** การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีภาวะโลหิตจางร่วมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งในผู้ป่วยที่ได้รับยาอีริโธรพอยอิตินในการช่วยกระตุ้นไขกระดูกให้สร้างเม็ดเลือดแดง และในผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ยาอีริโธรพอยอิตินได้ จำเป็นต้องมีการให้เลือดแทน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะโลหิตจางในโรงพยาบาลสกลนคร กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

**วิธีการศึกษา :** ศึกษาผู้ป่วย 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโลหิตจางและได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับการรักษาโดยการให้ยาอีริโธรพอยอิตินได้ และในรายที่ไม่สามารถให้ยาอีริโธรพอยอิตินได้ จำเป็นต้องมีการให้เลือดแทน ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม และใช้แบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

**ผลการศึกษา : กรณีศึกษาที่1** ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 80 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง มามากกว่า 10 ปี ไตวายเรื้อรังประมาณ 1 ปีทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2 ครั้ง/สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ขณะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมค่า Hct 22-24% ได้รับ PRC 1 Unit ตามแผนการรักษาของแพทย์ในแต่ละครั้งที่มาฟอกเลือด มีการประเมินและให้การพยาบาลไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ **กรณีศึกษาที่ 2** ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 45 ปี เป็นโรคโรคไขกระดูกฝ่อ มาประมาณ 10 ปี และไตวายเรื้อรังประมาณ 1 ปี ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2 ครั้ง/สัปดาห์ ค่า Hct 17-22% ได้รับยา Erythropoietin 8,000 Unit และมีการประเมินและให้การพยาบาลไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ

**สรุป :** การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโลหิตจางและได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งในผู้ป่วยที่ได้รับยาอีริโธรพอยอิตินและในผู้ป่วยที่มีการให้เลือด การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญ และต้องมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

**คำสำคัญ :** การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีภาวะโลหิตจาง

**ABSTRACT**

**Background :** Treatment of patients with chronic kidney failure receiving hemodialysis using hemodialysis machines. People with anemia are at risk for complications. Both in patients receiving erythropoietin to help stimulate the bone marrow to create red blood cells. and in patients who cannot administer erythropoietin. Instead, a blood transfusion is required. To reduce various complications effective medical treatment Therefore, it is necessary to have guidelines for patient care in order to keep patients safe and have a better quality of life.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาลงานรักษาพิเศษ โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

**Objective :** To study guidelines for caring for Hemodialysis Patients with anemia at SakonNakhon Hospital : 2 Case Studies.

**Methods :** Two patients were specifically selected to study patients with chronic kidney disease who had anemia and received hemodialysis who were treated with erythropoietic drugs. I can. and in cases where erythropoietin cannot be given Instead, a blood transfusion is required. who received treatment at the hemodialysis unit Sakon Nakhon Regional Hospital By studying patient history medical treatment Gather information from patients, relatives, and medical records. Formulate nursing diagnosis using Orem's self-care concept. and use patient assessment forms according to Gordon's 11 health plans Plan nursing action according to nursing diagnosis. Summarize and evaluate nursing results.

**Study results :** Case study 1 Female patient, 80 years old, has had high blood pressure for more than 10 years, chronic kidney failure for about 1 year, undergoes hemodialysis 2 times/week. at Sakon Nakhon Hospital Center While undergoing hemodialysis with a hemodialysis machine, the Hct value was 22-24%. Received 1 unit of PRC according to the doctor's treatment plan each time he came for hemodialysis. There were evaluations and nursing care without any complications. Case study 2, a male patient aged 45 years who had bone marrow atrophy for approximately 10 years and chronic kidney failure for approximately 1 year, received hemodialysis using a hemodialysis machine 2 Once/week, Hct value 17-22%, received Erythropoietin 8,000 Unit and evaluated and provided nursing care, no complications occurred.

**Summary :** Nursing care of patients with chronic kidney disease who have anemia and receive hemodialysis. both in patients receiving erythropoietin and in patients receiving blood transfusions. Effective nursing care reduces complications. Can reduce severity and death rate. Therefore, nurses need to have knowledge, expertise and must have standard patient nursing guidelines. To continue providing effective nursing care to patients.

**Keywords:** Hemodialysis, Chronic Kidney Failure Patients with Anemia

**บทนำ**

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญและส่งผลกระทบอย่างมากและเป็น วงกว้างต่อประชากรไทย ประเทศไทยมีการศึกษาถึงอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังโดย พบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังที่มีการกรองของไตน้อยกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาที เท่ากับ 17.5% แปลว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ประมาณ 12 ล้านคน ข้อมูลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ณ พ.ศ.2562 ประเทศไทยมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรวม 143,716 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 104,946 ราย ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 32,558 ราย ผู้ป่วยปลูกถ่ายไต 6,212 ราย โดยหน้าที่ของไตแบ่ง เป็น 3 หน้าที่หลักคือ 1) กรองของเสียได้แก่ ยูเรีย ครีอะตินิน กรดยูริกน้ำและของเสียอื่นๆ ออกจากเลือดผ่านทางปัสสาวะ 2) รักษาระดับเกลือแร่ในเลือดให้เป็นปกติ 3) สร้างฮอร์โมนหลายชนิดได้แก่ เรนินช่วยควบคุมความดันโลหิต ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อิริโทรโพอิติน กระตุ้นไขกระดูกให้สร้างเม็ดเลือดแดง ป้องกันการเกิด ภาวะโลหิตจาง และวิตามินดี ป้องกันโรคกระดูกพรุนและควบคุมระดับแคลเซียมและฟอสฟอรัส ในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยที่ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไตถึง 104,946 รายนั้น มีภาวะโลหิตจางที่พบในผู้ป่วยไตวาย เกิดมาจากจากการสร้างการสร้างอีริโธรพอยอิตินลดลง เป็นสาเหตุสำคัญและพบบ่อยที่สุด อิอีริโธรพอยอิตินจะทำหน้าที่กระตุ้นไขกระดูกให้สร้าง เม็ดเลือดแดงโดยมี hypoxia inducible factor (HIF) เป็นตัวกระตุ้นการทำงานมักพบร่วมกับการขาดธาตุเหล็ก ทำให้เม็ด เลือดแดงไม่สามารถเจริญเป็นเม็ดเลือดแดงที่สมบูรณ์ ได้ ซึ่งสาเหตุดังกล่าวจะเริ่มเกิดในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลงระยะหนึ่งแล้ว เช่น อาจตรวจพบ ระดับการทำงาน ของไตด้วยการวัดอัตราการกรองไต เป็นอวัยวะ ที่มีความสำคัญต่อ

ร่างกาย ได้แก่ การกำจัดของเสีย รักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ต่าง ๆ ในร่างกาย ภาวะโลหิตจางจะก่อให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเรื้อรัง (Chronic tissue hypoxia) ส่งผลให้เกิด tubule interstitial fibrosis ทำให้โรคไตเรื้อรังมีการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้น มีอัตราการกรองของไตลดลง และเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้เร็วขึ้น 2-5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังกลุ่มที่มีระดับฮีโมโกลบินอยู่ในเกณฑ์ปกติ ด้วยเหตุผลดังกล่าว การให้ EPO เพื่อรักษาภาวะซีดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จึงเป็นการแก้ไขที่สาเหตุโดยตรง และทำให้ภาวะโลหิตจางของผู้ป่วยดีขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย erythropoietin ที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ภาวการณ์ขาดธาตุเหล็ก (iron deficiency) (Macdougall IC, 1995)

ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับเลือด (เช่น ในกรณี เสียเลือดเฉียบพลัน, ภาวะเม็ดเลือดแดงแตกเฉียบพลัน หรือติดเชื้อรุนแรง เป็นต้น) แนวทางการให้เลือดและปริมาณเลือดขึ้นอยู่กับอาการและอาการแสดง ความเร่งด่วนในการแก้ไข และดุลพินิจของแพทย์ที่ดูแล เมื่อมีการพัฒนาประสิทธิภาพของการฟอกเลือด ทำให้ลดการสูญเสียเลือด ในขณะฟอกเลือดรวมกับการใช้ ESA และการให้สารเหล็กทดแทนอย่างเหมาะสม ทำให้อาการและผลแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ลดลงอย่างมาก ทำให้ความถี่ของการให้เลือดในผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังลดลง อย่างไรก็ตามในบางกรณี อาจยังจำเป็นที่จะต้องให้เลือดซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของ การรักษาประคับประคอง ไม่ใช่การรักษา ที่สิ้นสุด ดังนั้นก่อนที่จะให้เลือด ควรประเมินผู้ป่วยแต่ละรายอย่างละเอียดถี่ถ้วนว่าผู้ป่วย มีอาการหรือไม่ การให้เลือดจะสามารถทำให้อาการดีขึ้นมากน้อยเพียงใด และควรให้เลือด เมื่อพิจารณาว่าจะ ได้ประโยชน์มากกว่าผลเสียที่อาจเกิดขึ้นและควรให้ปริมาณเลือดน้อยที่สุด ที่เป็นไปได้ ข้อบ่งชี้ของการให้เลือด ควรจำกัดการให้เลือดเมื่อมีกรณีต่อไปนี้ 1. มีภาวะโลหิตจางเรื้อรัง ที่รุนแรง, ไม่ตอบสนองต่อยา ESA อย่างมาก และ ไม่สามารถให้ ESA ในขนาดที่เพียงพอเพราะมีข้อห้ามใช้หรือเกิดผลข้างเคียง ของยา 2. มีภาวะโลหิตจางเฉียบพลัน (รวมถึงเกิดภาวะโลหิตจางอย่างรวดเร็ว และรุนแรงเพราะสูญเสียเลือด), ภาวะเม็ดเลือดแดงแตก, มีการติดเชื้อ หรือ อักเสบที่รุนแรง (severe sepsis) หรือมีข้อบ่งชี้ทางศัลยกรรม

พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างมาก ในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ประกอบด้วยการประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ให้การดูแลผู้ป่วย ในมีภาวะโลหิตจาง การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในการฟอกเลือด รวมถึงการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอันจะทำให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเรื้อรัง (Chronic tissue hypoxia) ส่งผลให้เกิด tubule interstitial fibrosis ทำให้โรคไตเรื้อรังมีการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังกลุ่ม ที่มีระดับฮีโมโกลบินอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประเด็นที่ศึกษากรณีศึกษารายนี้ คือกรณีศึกษามีความซับซ้อน เป็นภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นบ่อยแต่มีภาวะวิกฤตรุนแรง อาจจะไม่ถึงแก่ชีวิตแต่ต้องได้มีการเฝ้าระวังดูแลอย่างต่อเนื่อง และหากควบคุมหรือรักษาปริมาณเม็ดเลือดให้เพิ่มขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง ก็ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยในระยะฟอกเลือด ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ และความสามารถในการตัดสินใจที่ดี ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่มีต่อภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยการดูแลก่อน ขณะและหลังฟอกเลือด สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลเป็นผู้มีความรอบรู้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงด้านบริการ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย เป็นการดูแลตามกระบวนการพยาบาล ครอบคลุมและสะท้อน 4 มิติทางการพยาบาลและสะท้อน 4 มิติทางการพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้ภาวะโลหิตจางเป็นสาเหตุ หรือปัจจัยชักนำของการเสียชีวิตที่พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ทันท่วงที อาจเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตหรือจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตไปตลอดชีวิตได้ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างยิ่ง

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะโลหิตจาง ในโรงพยาบาลสกลนคร

**ขอบเขตของการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย 2 กรณีศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย อายุ 45 ปี ไม่มีโรคร่วม และผู้ป่วยสูงอายุ อายุ 80 ปี ทั้ง 2 รายได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร ทั้ง 2 ราย เข้ารับการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะโลหิตจางที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลสกลนคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะโลหิตจาง วินิจฉัย เป็นผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีภาวะโลหิตจาง เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลสกลนคร ในช่วง เดือน สิงหาคม-กันยายน 2566

**เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria)** 1) เป็นผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะโลหิตจาง 2) เข้ารับการรักษาผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะโลหิตจาง ที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลสกลนครในช่วงเดือน สิงหาคม-กันยายน 2566 และยินยอมรับการรักษา ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสกลนคร ตั้งแต่แรกรับฟอกเลือดจนออกจากเครื่องฟอกไต **เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)** 1) ผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสกลนคร 2) ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามแผนการรักษาของแพทย์

**วิธีการศึกษา**

กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะโลหิตจาง วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะโลหิตจาง เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือน สิงหาคม-กันยายน 2566 ทำการศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูล เป็นแบบเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา มีระเบียบวิธีศึกษา ดังนี้ 1. คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะโลหิตจาง ที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน 2566 2. บันทึกเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร ในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย 3. ศึกษาตำรา ค้นคว้าเอกสาร ทบทวนองค์ความรู้ บทความ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ 4. นำเนื้อหาข้อมูลของกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย นำมาเปรียบเทียบกับแนวคิดการพยาบาลแบบนำแนวคิดการพยาบาลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม 5. จัดทำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อายุรแพทย์โรคไตตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา 6. นำข้อเสนอแนะ ตามคำชี้แนะมาปรับปรุงแก้ไข 7. สรุปอภิปรายผลกรณีศึกษา 8. จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงานกรณีศึกษา

**ผลการศึกษา**

**สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล** การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของ กรณีผู้ป่วย 2 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**กรณีศึกษารายที่ 1** ผู้ป่วยหญิงไทย วัยสูงอายุ อายุ 80 ปีเข้ารับการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2566 ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2 ครั้ง/สัปดาห์ (วันจันทร์-พฤหัสบดี) ที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ในระหว่างทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตรวจร่างกาย PE Lung-Cleare Heart-Regular No-Edema ได้ทำการตรวจ LAB ประจำทุก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ตรวจ LAB วันที่ 7 สิงหาคม 2566 พบ Hct= 27% 4 กันยายน 2566 พบ Hct= 24% 21 กันยายน 2566 พบ Hct= 22% ประวัติผู้ป่วยแพ้ยากระตุ้นเม็ดเลือดแดง erythropoietin ทำให้ต้องมีการให้เลือด PRC 1 Unit Blood group O ในขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยแพทย์ออเดอร์ให้เลือดในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2566 ที่มาทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยผู้ป่วยมาฟอกเลือด มาด้วยน้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 62-64 Kgs BT= 36.2-37.0 C BP= 140/70-175/95 mmHg. P= 66-100 /min การ Dyalysate มีการ Loading 1,000 ml Maintenance 500 ml Total 2,500 ml

**กรณีศึกษารายที่ 2** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 45 ปี เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ในระหว่าง วันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2566 ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2 ครั้ง/สัปดาห์ (วันอังคาร-ศุกร์) ที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ในระหว่างทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตรวจร่างกาย PE Lung-Cleare Heart-Regular No-Edema ได้ทำการตรวจ LAB ประจำทุก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ตรวจ LAB ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2566 พบ Hct อยู่ในช่วง 17-22% ได้ฉีดยากระตุ้นเม็ดเลือดแดง erythropoietin 8,000 Unit ทุกวันอังคาร-ศุกร์ โดยผู้ป่วยมาฟอกเลือด มาด้วยน้ำหนักตัว อยู่ระหว่าง 72-75 Kgs BT= 36.0- 37.1 C BP= 110/70-135/85 mmHg. P= 66-90 /min การ Dyalysate มีการ Loading 1,000 ml Maintenance 500 ml Total 2,500 ml

**การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล**

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังแสดงในตาราง

**ตารางที่ 1 วินิจฉัยการพยาบาล**

| **กรณีศึกษารายที่ 1**<br>**ผู้ป่วยได้รับการให้เลือดขณะฟอกเลือด** | **กรณีศึกษารายที่ 2**<br>**ผู้ป่วยได้ฉีดยา erythropoietin** |
|---|---|
| 1.ระดับความรู้สึกตัวลดลงเนื่องจากเกิดการคั่งของของเสียในกระแสเลือด | 1. ระดับความรู้สึกตัวลดลงเนื่องจากเกิดการคั่งของของเสียในกระแสเลือด |
| 2. ภาวะน้ำเกินในร่างกาย เนื่องจากมีการคั่งของโซเดียมและน้ำ คั่งของโซเดียมและน้ำ | 2. ภาวะน้ำเกินในร่างกาย เนื่องจากมีการคั่ง ของโซเดียมและน้ำ คั่งของโซเดียมและน้ำ |
| 3. เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารเนื่องจากเบื่ออาหาร คลื่นไส้ | 3. เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารเนื่องจาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ |
| 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากภูมิต้านทานของร่างกายลดลง/ การเปลี่ยนแปลงทางผิวหนังจากภาวะยูรีเมีย | 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากภูมิต้านทานของร่างกายลดลง/ การเปลี่ยนแปลงทางผิวหนังจากภาวะยูรีเมีย |
| 5.มีความกลัว วิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง | 5. มีความกลัว วิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง |
| 6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ, Cramp, Dialyzer clot, | 6.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ, Cramp, Dialyzer clot, |

**ตารางที่ 1 วินิจฉัยการพยาบาล**

| **<u>กรณีศึกษารายที่ 1</u>**<br>**ผู้ป่วยได้รับการให้เลือดขณะฟอกเลือด** | **<u>กรณีศึกษารายที่ 2</u>**<br>**ผู้ป่วยได้ฉีดยา erythropoietin** |
|---|---|
| Dialyzer leak,อาการเจ็บแน่นหน้าอก,ตะคริว, ภาวะพร่องออกซิเจน | Dialyzer leak,อาการเจ็บแน่นหน้าอก,ตะคริว, ภาวะพร่องออกซิเจน |
| 7. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน อาการแพ้ จากการให้เลือด เช่น ภาวะเจ็บแน่นหน้าอก,อาการ<br>หัวใจเต้นผิดจังหวะ,ผื่นแพ้ คันตามร่างกาย เป็นต้น | 7. เสี่ยงต่อระดับของฮีโมโกลบินเพิ่มสูงเกินไป และเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง หัวใจวาย และถึงแก่ชีวิต ในที่สุดเนื่องจากได้รับยา Erythropoietin |
| 8. เสี่ยงต่อการเกิดอาการ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เมื่อกลับบ้าน หลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 8. เสี่ยงต่อการเกิดอาการ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เมื่อกลับบ้าน หลังการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม |
| 9. เสี่ยงต่อการเกิดอาการเปลี่ยนแปลงที่จะทำให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเรื้อรัง (Chronic tissue hypoxia) ส่งผลให้เกิด tubule interstitial fibrosis ทำให้โรคไตเรื้อรังมีการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้น เนื่องจากภาวะโลหิตจาง | 9. เสี่ยงต่อการเกิดอาการเปลี่ยนแปลงที่จะทำให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเรื้อรัง (Chronic tissue hypoxia) ส่งผลให้เกิด tubule interstitial fibrosis ทำให้โรคไตเรื้อรังมีการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้น เนื่องจากภาวะโลหิตจาง |
| 10. วิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ<br>เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน | 10. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ เช่น เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม ปวดขา ชาหรืออ่อนแรง ที่ใบหน้า แขน หรือขา เนื่องจากได้รับยา Erythropoietin |
| | 11. วิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ<br>เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน |

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม**

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันในบางข้อ เนื่องจากการรักษาภาวะโลหิตจางมีความแตกต่างกัน จึงนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** คือระยะก่อนการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมการเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เนื่องจากทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกัน ในการรักษาภาวะโลหิตจางทั้งที่ได้รับยา erythropoietin และการได้รับเลือดขณะฟอกเลือด เป็นขั้นตอนที่สำคัญและจำเป็น ในกระบวนการรักษาเพราะขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ *โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความคล้ายคลึงกันในระยะที่ 1* คือ ระยะก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

1.1 ผู้ป่วยมีความกลัว วิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง และต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

*การพยาบาลโดยรวมในระยะที่ 1 มีดังนี้*

1. ประเมินน้ำหนัก โดยชั่งน้ำหนักตัวก่อนฟอกเลือด และตรวจสอบว่าไม่มีกระเป๋าถือ รองเท้าที่หนา หรือของใช้ติดตัวเป็นจำนวนมาก ระหว่างชั่งน้ำหนัก เพราะทำให้การประเมินน้ำหนักส่วนเกินคลาดเคลื่อนได้

2. แนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหารให้เรียบร้อยก่อนการฟอกเลือดหากจำเป็นต้องรับประทานอาหารขณะฟอกเลือดควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย ไม่ควรเป็นอาหารมื้อหนัก เพราะทำให้เลือดไปเลี้ยงกระเพาะเพื่อย่อยอาหารมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดได้อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

3. ในผู้ป่วยที่ใช้เส้นฟอกเลือดที่แขน ทุกครั้งต้องทำความสะอาดแขนบริเวณหลอดเลือดที่จะแทงเข็ม ก่อนการฟอกเลือดทุกครั้ง และไม่ทาโลชั่นหรือแป้งที่บริเวณเส้นฟอกเลือดในวันไปฟอกเลือด

4. ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาชาชนิดทา ให้ทาก่อนการลงเข็ม 30 นาที ในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการผื่นคัน ควรงดการใช้ยาทันที

5. แนะนำผู้ป่วยให้รับทราบ หากผู้ป่วย มีอาการผิดปกติต่างๆ ให้แจ้งพยาบาลก่อนการฟอกเลือด เช่น มีไข้ เจ็บแน่นหน้าอกนอนราบไม่ได้ ท้องผูก ท้องเสีย นอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว สับสน หรือมีเลือดออกผิดปกติ เช่น ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด มีเลือดออกตามจุดต่างๆ ของร่างกายมีประจำเดือน เพื่อแพทย์จะได้ปรับยาขณะฟอกเลือดได้อย่างเหมาะสม

6. แนะนำให้ผู้ป่วยทราบ เกี่ยวกับการทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดต่างๆ ถอนฟัน เลเซอร์ตา การส่องกล้องเพื่อตรวจวินิจฉัยต่างๆ ฯลฯ ก่อนหรือหลังฟอกเลือด ควรแจ้งให้พยาบาลหรือแพทย์ผู้ดูแลทราบก่อนล่วงหน้าทันที ที่ทราบกำหนดการผ่าตัดเพื่องดการให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (heparin) หากผู้ป่วยมีการรับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด

**ระยะที่ 2** คือขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความคล้ายคลึงกันในระยะที่ 2 คือ ระยะก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

2.1 เสี่ยงต่อการเกิดเข็มเลื่อนหลุดหรือเข็มผิดตำแหน่งทำให้เส้นเลือดแตกได้ เนื่องจากผู้ป่วยใช้เส้นฟอกเลือดที่แขน ควรระวังและหลีกเลี่ยงการขยับแขนข้างที่มีการแทงเข็ม เพราะอาจทำให้เข็มเลื่อนหลุดหรือเข็มผิดตำแหน่งทำให้เส้นเลือดแตกได้

2.2 เสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติระหว่างฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่น เจ็บบริเวณที่แทงเข็ม หน้ามืด วิงเวียน ศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ แน่นหน้าอก หนาวหรือร้อนเกินไป เป็นตะคริว

2.3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่น ภาวะ ความดันโลหิตต่ำ, Cramp, Dialyzer clot, Dialyzer leak,อาการเจ็บแน่นหน้าอก,ตะคริว, ภาวะพร่องออกซิเจน

ส่วนข้อวินิจฉัยที่มีความแตกต่างกัน ในระยะที่ 2 ทั้งรายที่ได้รับยา erythropoietin และการได้รับเลือดขณะฟอกเลือด มีดังนี้

**รายที่ได้รับยา erythropoietin**

2.4 เสี่ยงต่อระดับของฮีโมโกลบินเพิ่มสูงเกินไปและเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดภาวะหัวใจ ขาดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง หัวใจวาย และถึงแก่ชีวิต ในที่สุด เนื่องจากได้รับยา Erythropoietin

2.5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ เช่น เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม ปวดขา ชาหรืออ่อนแรง ที่ใบหน้า แขน หรือขา เนื่องจากได้รับยา Erythropoietin

**รายที่ได้รับการให้เลือด**

2.6 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน อาการแพ้ จากการให้เลือด เช่น ภาวะเจ็บแน่นหน้าอก,อาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ,ผื่นแพ้ คันตามร่างกาย เป็นต้น

*การพยาบาลโดยรวมในระยะที่ 2 มีดังนี้*

1. สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ออาการความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด แพทย์จะงดยาลดความดันในบางตัวก่อนการฟอกเลือด แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมเป็นรายบุคคล ส่วนยาอื่นๆ ผู้ป่วยสามารถรับประทานตามปกติ และพยาบาลจัดยาในมื้อที่ตรงกับเวลาฟอกเลือด

2. ผู้ป่วยที่ใช้เส้นฟอกเลือดที่แขน แนะนำผู้ป่วยควรระวังและหลีกเลี่ยงการขยับแขนข้างที่มีการแทงเข็ม เพราะอาจทำให้เข็มเลื่อนหลุดหรือเข็มผิดตำแหน่งทำให้เส้นเลือดแตกได้

3. แนะนำผู้ป่วยทราบ หากมีอาการผิดปกติ ให้แจ้งพยาบาลทันทีแม้เพียงเล็กน้อย เช่น เจ็บบริเวณที่แทงเข็ม หน้ามืด วิงเวียน ศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ แน่นหน้าอก หนาวหรือร้อนเกินไป เป็นตะคริว เพื่อให้ได้รับการดูแลป้องกัน และแก้ไขได้ทันท่วงที

4. ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Erythropoietin แนะนำผู้ป่วยทราบ หากมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม ปวดขา ชาหรืออ่อนแรง ที่ใบหน้า แขน หรือขา ให้แจ้งพยาบาลทันทีแม้เพียงเล็กน้อย

5. ในผู้ป่วยที่ได้รับเลือดขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน อาการแพ้ จากการให้เลือด แนะนำผู้ป่วยให้แจ้งอาการผิดปกติให้ทราบทันทีหากมีอาการ เช่น ภาวะเจ็บแน่นหน้าอก, อาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ,ผื่นแพ้ คันตามร่างกาย เป็นต้น

6. ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Erythropoietin และผู้ป่วยที่ได้รับยา Erythropoietin เลือดขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พยาบาลต้องมีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะๆและถี่มากขึ้น เพื่อทราบอาการผิดปกติของผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแล ป้องกัน และแก้ไขได้ทันท่วงที

**ระยะที่ 3** คือ หลังฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความคล้ายคลึงกันในระยะที่ 3 คือ ระยะก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

3.1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ, Cramp, Dialyzer clot, Dialyzer leak,อาการเจ็บแน่นหน้าอก,ตะคริว, ภาวะพร่องออกซิเจน

*การพยาบาลโดยรวมในระยะที่ 3 มีดังนี้*

1. ชั่งน้ำหนักหลังการฟอกเลือดทุกครั้ง

2. ผู้ป่วยที่ใช้เส้นฟอกเลือดที่แขนเมื่อเสร็จสิ้นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พยาบาลจะม้วนผ้ากอซกดบริเวณที่แทงเข็มและใช้ปิดปลาสเตอร์ไว้ และควรสังเกตอาการผู้ป่วยประมาณ 30 นาทีรวมทั้งสังเกตอาการผิดปกติ ถ้าไม่พบอาการผิดปกติหรือมีเลือดออกจากบริเวณที่แทงเข็ม จึงให้กลับบ้าน

*วินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีภาวะโลหิตจางที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในขณะผู้ป่วยอยู่บ้าน*

1. เสี่ยงต่อการเกิดระดับความรู้สึกตัวลดลง เนื่องจากเกิดการคั่งของของเสีย ในกระแสเลือด

2. ภาวะน้ำเกินในร่างกาย เนื่องจากมีการคั่งของโซเดียมและน้ำ คั่งของโซเดียมและน้ำ

3. เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารเนื่องจากเบื่ออาหาร คลื่นไส้

4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อ ในร่างกายเนื่องจากภูมิต้านทานของร่างกายลดลง/การเปลี่ยนแปลงทางผิวหนังจากภาวะยูรีเมีย

5. เสี่ยงต่อการเกิดอาการเปลี่ยนแปลง ที่จะทำให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเรื้อรัง (Chronic tissue hypoxia) ส่งผลให้เกิด tubule interstitial fibrosis ทำให้โรคไตเรื้อรังมีการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้นเนื่องจากภาวะโลหิตจาง

6. เสี่ยงต่อการเกิดอาการ อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน เมื่อกลับบ้าน หลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

7. วิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

***คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยไตเรื้อรังหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเมื่อกลับไปอยู่บ้านดังนี้***

1. แนะนำผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีแผลของมีคมบาดใช้ผ้ากอซสะอาดกดจนเลือดหยุด นานประมาน 15-30 นาที ถ้าบาดแผลใหญ่มากหรือเลือดไหลไม่หยุด ควรรีบมาโรงพยาบาลทันที

2. หลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อาจยังมีผลตกค้างของยาที่ใช้ในการป้องกันการแข็งตัวของเลือด (heparin) ควรระวังการกระทบกระแทกแรงๆ เช่น การหกล้ม การกระแทกกับสิ่งของ อาจทำให้บริเวณที่ถูกกระแทกเขียวช้ำ พยาบาลแนะนำผู้ป่วยให้ประคบเย็นทันทีและประคบเย็นต่อเนื่อง 24 ชั่วโมงแรกหลังจากนั้นประคบด้วยน้ำอุ่น อาจใช้ยาเรพาริลเจล (reparil gel) หรือ ฮีรูดอยด์(herudoid) ทาร่วมด้วย เพื่อให้อาการเขียวช้ำลดลง

3. แนะนำผู้ป่วยไม่ควรงอแขนข้างที่มีเส้นฟอกเลือดในระยะเวลานาน ทำให้เลือดไปเลี้ยงเส้นไม่เพียงพอและเสียการทำงานเร็วขึ้น

4. แนะนำผู้ป่วยต้องบริหารเส้นฟอกเลือดโดยการบีบและคลายมือเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยควรบริหารหลังการฟอกเลือด 1 วัน ไม่ควรบริหารเส้นหรือยกของที่ต้องออกแรงแขนมากหลังการฟอกเลือดวันแรกเพราะอาจทำให้เลือดออกบริเวณรูเข็มได้

5. แนะนำผู้ป่วยประเมินร่างกายด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น วัดความดันโลหิตขณะอยู่ที่บ้านอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งในตอนเช้า หลังตื่นนอน และบันทึกลงในสมุดบันทึกความดันโลหิต เพื่อนำมาให้แพทย์ดูในวันที่มาฟอกเลือดตรวจสอบเส้นฟอกเลือดว่ายังมีการไหลเวียน ของเลือดอยู่หรือไม่

6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เมื่อกลับบ้าน หากอาการดังกล่าวควรแจ้งให้แพทย์และพยาบาลทราบ เพื่อการปรับน้ำหนักตัวแห้ง (dry weight)ของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับร่างกายต่อไป

7. แนะนำผู้ป่วยที่ใช้เส้นฟอกเลือด หลังการฟอกเลือดควรดูแลบริเวณที่ปิดปลาสเตอร์ให้แห้งอยู่เสมอ หากเปียกน้ำควรแกะปลาสเตอร์ทิ้งทันที เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่รูเข็ม หากยังมีเลือดซึมที่ผิวหนังเล็กน้อยให้ใช้ปลาสเตอร์สะอาดแผ่นใหม่ปิดแทน

***คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีภาวะโลหิตจางและฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่ออยู่บ้าน***

1. อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เป็นลมหน้ามืดง่ายเกิดจากสาเหตุต่างๆ เนื่องจากอาการเปลี่ยนแปลงอันจะทำให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเรื้อรัง (Chronic tissue hypoxia) ส่งผลให้เกิด tubule interstitial fibrosis ทำให้โรคไตเรื้อรังมีการดำเนินโรคที่รุนแรง

2. ถ้ามีอาการมากๆ จะไอจนมีเสมหะฟองสีชมพู เหนื่อยหอบมาก เนื่องจากภาวะน้ำท่วมปอด หรือมีน้ำส่วนเกินคั่งที่ปอด ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบไอ นอนราบไม่ได้ เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยควรรีบติดต่อและรีบไปรักษาที่โรงพยาบาลทันที

3. อาการแขนขาชา หรือไม่มีแรง อาจเกิดจากมีปริมาณของโพแทสเซียมในกระแสเลือดสูง หรือต่ำเกินไป เสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นโลหิต ในสมองแตก ตีบ หรือ อุดตัน

4. อาการเจ็บหน้าอก เสียดร้าวไป ที่กรามแขนซ้ายหรือหลังอาจเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ แนะนำผู้ป่วยและญาติให้แจ้งและต้องพาผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลใกล้บ้านทันที เพื่อตรวจรักษาอย่างเร่งด่วน

5. อาการชักเกร็งถึงหมดสติ อาจเป็นโรคปัจจุบันของสมองหรือหัวใจ ควรรีบนำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้บ้านที่สุดทันที

6. แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติจากอาการภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเรื้อรัง (Chronic tissue hypoxia) ที่ส่งผลให้เกิด tubule interstitial fibrosis โดยมักเป็นสัญญาณที่แสดงถึงความผิดปกติของระบบหายใจหรือระบบไหลเวียนโลหิต ผู้ป่วยมักมีอาการบ่งชี้ เช่น ผิวหนังซีดหรือเป็นสีเขียว มึนงง ไอ หายใจถี่ หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น ซึ่งสาเหตุมาจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัว โลหิตจาง ให้นำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้การพยาบาลรักษาได้ทันท่วงที

**อภิปรายผล**

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโลหิตจางและฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกัน ด้านการรักษาภาวะโลหิตจาง ที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งในผู้ป่วยที่ได้รับยาอีริโธรพอยอิตินในการช่วยกระตุ้นไขกระดูกให้สร้างเม็ดเลือดแดง และในผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ยาอีริโธรพอยอิตินได้ จำเป็นต้องมีการให้เลือดแทน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องมีแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยที่สามารถ

ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การวางแผนการพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการให้การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีภาวะโลหิตจางและฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม[4,5] ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นที่จะต้องมีการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่มีต่อภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยการดูแลก่อน ขณะและหลังฟอกเลือด สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลเป็นผู้มีความรอบรู้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงด้านบริการ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย เป็นการดูแลตามกระบวนการพยาบาลครอบคลุมและสะท้อน 4 มิติทางการพยาบาลและสะท้อน 4 มิติทางการพยาบาล ได้แก่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้ภาวะโลหิตจางเป็นสาเหตุ หรือปัจจัยชักนำของการเสียชีวิตที่พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแล ไม่ทันท่วงที อาจเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตหรือจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตไปตลอดชีวิตได้[9] ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างยิ่ง

## เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2558). Nephrology review of internist. ใน: ไกรวิพร เกียรติสุนทร,บัญชา สถิระพจน์, ขจร ตีรณธนากุล, พงศธร คชเสนี, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจเนอรัล.
2. หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร.(2566). ทะเบียนข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร. สกลนคร: หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร; 2566.
3. คณะอนุกรรมการการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (TRT) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2559). ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2559–2562. กรุงเทพฯ:
4. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย(2563).แนวทางการรักษาด้วยฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในคู่มือการรักษาด้วยฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต. กรุงเทพฯ
5. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2561). การพยาบาลผู้ป่วยโรคฉี่หนูที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ที่ได้รับการฟอกเลือด. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2564 105 เครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย. ว. วิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2563;3(1): 93–105.
6. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2557). Essentail in Hemodialysis. ใน: พงศธร คชเสนี, ขจร ตีรณธนากุล, ทวีชาญชัยรุจิรา, ธนันดา ตระการวนิช, ทวีพงษ์ปาจรีย์, เกรียงศักดิ์วารี แสงทิพย์, บรรณาธิการ.กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัล.
7. วรางคณา พิชัยวงศ์.(2562). โรคไตจากเบาหวาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 4 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://nursing62.blogspot.com/2019/09/11.html
8. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2556). Hemodialysis renal replacement therapy. ใน: สมชายเอี่ยมอ่อง,ปวีณา สุสัณฐิตพงษ์, ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, ขจร ตีรณธนากุล, เกรียง ตั้งสง่า, เกื้อเกียรติประดิษฐ์พรศิลป์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
9. สุรีย์วรรณ รัตนกิจสุนทร.(2563). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันจากยากลุ่ม. ว. วิทยาลัยพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2563 ; 3(1) 95–104.
10. ประเสริฐ ธนกิจจารุ, สกานต์ บุนนาค และวรางคณา พิชัยวงศ์. (2557). โรคไตเรื้อรัง(Chronic Kidney Disease: CKD). สืบค้นวันที่ 10 ธันวาคม 2564 จาก.https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_9.pdf.
11. กัญจวรา บุญสร้างสม. (2563). สถิติคนไทยติดเค็ม ป่วยโรคไตเรื้อรัง. สืบค้น วันที่ 10 ธันวาคม 2564 จาก https://www.thaihealth.or.th/Content/.

# ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพัฒนาระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับใน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

# Client satisfaction with the development one day surgery in Somdetphaphuthalertla Hospital.

(Received: January 18,2024 ; Revised: February 3,2024 ; Accepted: February 10,2024)

**นันทพร พืชพิสุทธิ์[1] รัชนี หลงสวาสดิ์[2]**
**Nantaporn Puetpisut[1] Ratchanee Longsaward[2]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพัฒนาระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยส่องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้น และระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง ผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ ผ่าตัดก้อนที่เต้านม ส่องกล้องสลายนิ่ว ขบนิ่ว ต้อเนื้อ ผ่าตัดปากมดลูก และการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ ที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 130 คน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 กรกฎาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ความพึงพอใจในการเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าโดยภาพรวมอยู่ในระดับคะแนนมาก (*M=4.02, SD=.306*) โดยความพึงพอใจรายด้านที่ได้ระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (*M=4.03, SD=.345*) คือ ด้านการให้ข้อมูลเสริมพลัง ได้แก่ ความพึงพอใจในการติดตามการดูแลหลังผ่าตัด และการให้ข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เช่น การดูแลบาดแผลผ่าตัด การรับประทานยา การตัดไหม อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ พร้อมด้วยการให้เบอร์โทรติดต่อฉุกเฉิน ส่วนความพึงพอใจรายด้านที่ได้ระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (*M=4.0, SD=.344*) คือ ด้านการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ ท่านได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด และท่านได้รับการนัด ติดตามดูแผลผ่าตัดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์

**คำสำคัญ:** การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

**Abstract**

This study was survey research by cross-sectional study aimed to evaluate client satisfaction with the development one day surgery in Somdetphaphuthalertla Hospital. The sampling groups include a total of 130 patients with a one-day surgery system whose treatment is an endoscopic investigation for the upper and lower digestive system, inguinal hernia surgery, breast lump surgery, endoscopic dissolving the gallstones, cyst lithotripsy, pterygium surgery, cervical surgery, and circumcision. The data was collected from the hospital services from 1 January to 31 July 2023. The tool for this study is a survey on satisfaction with one-day surgery, which content proven by 3 experts. The statistics used in this study include mean (M), percentage, and standard deviation (SD).

The results from this study showed overall high scores of satisfactions by patients on a one-day surgery system in Somdetphaphuthalertla Hospital (M=4.02 and SD=.306). The highest satisfaction is from the informative suggestions (M=4.03 and SD=.345), including post-surgery follow-up and information self-care guidelines of surgical wound care, medicinal uptakes, surgical suture removal, disorders needed to be seen, and the emergency contact number. Meanwhile, the lowest satisfaction is from long-term caring

[1] พยาบาลวิสัญญี ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
[2] อาจารย์พยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา วิทยาเขต สมุทรสงคราม

(M=4.0 and SD=.344), including the call-back follow-up after the surgery, and the onsite appointment at the hospital on week 2 after the surgery.

**Keyword:** One-day surgery

**บทนำ**

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One day surgery: ODS) เป็นนโยบายที่สำคัญของโลก[1] และประเทศไทย[2] โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เพิ่มการเข้าถึงบริการ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางศัลยกรรมโดยการผ่าตัด ในประเภทที่ไม่ซับซ้อน[3] ลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น[4] การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เป็นการผ่าตัดแบบไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง และเป็นที่ยอมรับกันว่าการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จะเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ ซึ่งในปัจจุบันการผ่าตัดแบบวันเดียว ในทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยพบว่า ในสหรัฐอเมริกา มีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ร้อยละ 75 ของการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และในประเทศอังกฤษ พบว่า ร้อยละ 65 ของการรักษาแบบผู้ป่วยนอก[1] ส่วนในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปให้พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์แนวใหม่ เพื่อประชาชน โดยนำระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมาใช้ เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล มีเตียงรองรับผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินหรือโรคที่ยุ่งยากซับซ้อน ทำให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานและปลอดภัย[5] และยังลดเวลานอนโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดภาระค่าใช่จ่าย ของผู้ป่วย และญาติระหว่างมาโรงพยาบาล รวมทั้งลดระยะเวลารอคอยการผ่าตัด ทำให้แพทย์ผ่าตัดได้มากขึ้น โดยไม่ต้องรอเตียงว่าง เพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการให้บริการ[6]

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ได้รับการยกฐานะให้เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ A+ เมื่อ พ.ศ.2566 ได้พัฒนาเพิ่มศักยภาพให้สามารถรองรับการส่งต่อผู้ป่วยในจังหวัดสมุทรสงคราม และพื้นที่ใกล้เคียง มีบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะแพทย์ผ่าตัดและมีการใช้บริการห้องผ่าตัดเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากเดิมมีแพทย์ผ่าตัด 3 สาขา ปัจจุบัน 5 สาขา คือ สาขาสูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมจักษุ และศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ จากการรวบรวมข้อมูลผู้ใช้บริการการผ่าตัดโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พ.ศ. 2562 - 2565 พบว่ามีการผ่าตัดจำนวน 2,315, 3,540, 3,101 และ 3,588 ราย ตามลำดับ และมีสถิติผู้ป่วยถูกเลื่อนนัดผ่าตัด พ.ศ. 2562 - 2565 จำนวน 50, 65, 76 และ 92 ราย ตามลำดับ[7] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ที่ผ่านมาการจัดระบบบริการผ่าตัดโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าผู้ป่วยทุกรายต้องรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล 1-2 วัน เพื่อเตรียมก่อนผ่าตัด และรอรับการผ่าตัดในวันถัดไป หลังผ่าตัดต้องฟักฟื้นในโรงพยาบาล 2-5 วัน หรือจนกว่าผู้ป่วยได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้กลับ รวมระยะเวลาตั้งแต่รับไว้ในหอผู้ป่วยจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน ต้องใช้เวลาในโรงพยาบาอย่างน้อย 5-8 วัน ทำให้เกิด ภาระงาน เพิ่มค่าใช้จ่าย ทั้งในส่วนของโรงพยาบาล ผู้ใช้บริการ และครอบครัว เพราะต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลหลายวัน ผู้ป่วยบางรายยังถูกเลื่อนวันผ่าตัดออกไป ดังนั้นเพื่อให้เป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปให้พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์แนวใหม่เพื่อประชาชน โดยนำระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมาให้บริการเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล มีเตียงรองรับผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินหรือเคสที่ยุ่งยากซับซ้อน ลดเวลานอนโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติระหว่างมาโรงพยาบาล และลดระยะเวลารอคอยการผ่าตัด

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าได้เห็นความสำคัญ จึงเปิดให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในเดือนมีนาคม ปี 2561 โดยมอบหมายผู้รับผิดชอบ ดำเนินการ และมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานห้องผ่าตัด งานวิสัญญี งานผู้ป่วยนอก ตึกศัลยกรรมทั่วไป และงานเวชระเบียน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานของกรมการแพทย์ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มีหลักการที่สำคัญก็คือ ผู้ใช้บริการต้องเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดมาจากที่บ้าน และมารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาล หลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะพักฟื้นที่โรงพยาบาล 4–10 ชั่วโมง เมื่อประเมินผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแล้ว
ไม่มีความเสี่ยง ช่วยเหลือตัวเองได้ และสามารถไปฟักฟื้นได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จึงจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งในการดำเนินงานที่ผ่านมามีผู้ใช้บริการในระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตั้งแต่ปี 2561 ถึงปัจจุบัน จำนวน 27,45,56,21,157,266 ตามลำดับ พบว่า มีโอกาสพัฒนา คือ ขาดแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน และยังไม่ครอบคลุมกระบวนการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจต่อระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

ดังนั้นเพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ในระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ผู้วิจัยเป็นวิสัญญีพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ/ผู้จัดการรายกรณีดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้ (nurse case manager) จึงสนใจศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพัฒนาระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยใช้กรอบการประเมินความพึงพอใจตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยของระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มาตรฐานตอนที่ 3 [8] ของสถาบันรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล และเพื่อให้เข้ากับบริบทโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จึงได้นำ แนวทางในการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มาบูรณาการโดยใช้แนวคิดกระบวนการดูแลผู้ป่วย 5 กระบวนการ ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วย 2) การวางแผนการดูแลและวางแผนจำหน่าย 3) การดูแลผู้ป่วย 4) การให้ข้อมูล และการเสริมพลัง และ 5) การดูแลต่อเนื่อง กระบวนการดูแลผู้ป่วยนี้จะครอบคลุม ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด หลังการผ่าตัด และการดูแลต่อเนื่อง

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง

**กลุ่มตัวอย่างคือ**

ผู้ใช้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ประกอบด้วย ผู้ป่วยส่องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง ผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ ผ่าตัดก้อนที่เต้านม ส่องกล้องสลายนิ่ว ขบนิ่ว ต้อเนื้อ ผ่าตัดปากมดลูก และการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ ที่มารับบริการระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2566-31 กรกฎาคม 2566 จำนวน 130 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้วิจัยปรับจากแบบสอบถามความพึงพอใจบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลบึงกาฬ( นัยนา ผานิบุศย์,วัลลภา ช่างเจรจา,สุนันท์ นก,2562) ร่วมกับกรอบการประเมินความพึงพอใจตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยของระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มาตรฐานตอนที่ 3 ของสถาบันรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของผู้ใช้บริการ มีทั้งหมด

14 ข้อ ลักษณะ คำถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ[9]

1 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ และความต้องการน้อยที่สุด

2 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ และความต้องการน้อย

3 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ และความต้องการปานกลาง

4 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ และความต้องการมาก

5 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ และความต้องการมากที่สุด

สำหรับเกณฑ์ในการพิจารณาค่าเฉลี่ยสำหรับแบบสอบถามในส่วนนี้ ใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามเทียบกับคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนจากจำนวนระดับชั้นเท่ากับ 5 ชั้น (คะแนนจาก 1–5) คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับชั้น}} = \frac{5-1}{5} = 0.8$$

ดังนั้นในแต่ละช่วงคะแนนของระดับชั้นจะเท่ากับ 0.8 คิดเป็นการแบ่งช่วงคะแนนในแต่ละระดับชั้น ความหมายค่าคะแนนเฉลี่ย

| คะแนน | แปลผล |
|---|---|
| 1.00 - 1.79 | มีความพึงพอใจน้อยที่สุด |
| 1.8 - 2.59 | มีความพึงพอใจน้อย |
| 2.6 - 3.39 | มีความพึงพอใจปานกลาง |
| 3.4 - 4.19 | มีความพึงพอใจมาก |
| 4.2 - 5.00 | มีความพึงพอใจมากที่สุด |

ส่วนที่ 3 สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา และข้อเสนอแนะในการเข้ามาใช้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยเป็นลักษณะคำถามเปิด เพื่อให้ผู้ตอบสามารถสอบถามเขียนถึงปัญหา และเสนอแนะว่าควรจะปรับการบริการเป็นอย่างไร

**ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย**

1. ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เพื่อมาเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลทำงานวิจัย

2. เตรียมเครื่องมือในการประเมินความพึงพอใจต่อระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในรูปแบบ QR code

3. ยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า หนังสือการรับรองเลขที่ 009/2566 ลงวันที่ 25 สิงหาคม 2566

4. รวบรวมข้อมูลความพึงพอใจผู้ใช้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยผู้วิจัยดำเนินการภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เป็นข้อมูลที่ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจผู้ป่วยที่มารับบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2566-31 กรกฎาคม 2566 ผ่านแบบสอบถามความพึงพอใจในรูปแบบ QR code โดยมีข้อความระบุขอคำยินยอมในการให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างโดยอิสระก่อนร่วมตอบแบบประเมิน

5. ทำการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามแต่ละฉบับ มาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูล

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บริการ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ใช้บริการเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 51.54 ศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.38 อายุอยู่ในช่วง 31-60 ปีคิดเป็นร้อยละ 49.24 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 73.08 และมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 41.54

2. ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของผู้ใช้บริการ ความพึงพอใจในการเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (*M=4.02, SD=.306*) ความพึงพอใจรายด้านและรายข้อ พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทั้งหมด ความพึงพอใจรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการให้ข้อมูลเสริมพลัง (*M=4.03, SD=.345*) และรายข้อที่ระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด มี 2 ข้อ คือ ท่านพึงพอใจในการติดตามการดูแลหลังผ่าตัด และท่านมีความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด (*M=4.07, SD=.405*) ความพึงพอใจรายด้านระดับมากที่ได้ระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด (*M=4.00, SD=.344*) คือ ด้านการดูแลต่อเนื่อง ข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านได้รับการนัดติดตามดูแผลผ่าตัดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ (*M=3.96, SD=.472*) และพบว่า ความพึงพอใจรายข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (*M=3.94, SD=.439*) คือ ท่านมีความพึงพอใจต่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมก่อนการผ่าตัด ได้แก่ CBC HIV Electrolyte การตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) การตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (CXR) (*M=3.94, SD=.439*)

3. ปัญหาและข้อเสนอแนะในการเข้ามาใช้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยเป็นลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ตอบ สามารถตอบแบบสอบถามโดยเขียนถึง ปัญหา และข้อเสนอแนะในการเข้ามาใช้บริการว่าควรจะปรับการบริการเป็นอย่างไร ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้ มีผู้เขียนตอบแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 30 คน จากแบบสอบถามทั้งหมด 130 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 โดยมีข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา ข้อเสนอแนะอื่นๆ และข้อชื่นชม ที่ได้มาใช้บริการมีดังต่อไปนี้

1. การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผู้รับบริการ และญาติจะวิตกกังวล กลัวว่าจะเตรียมตัวก่อนมาผ่าตัดได้ไม่ถูกต้อง หลงลืมในคำแนะนำต่างๆ กลัวเป็นลมในขณะที่อดอาหาร และน้ำ และกลัวว่าจะดูแลแผลผ่าตัดได้ไม่ดี กลัวปวดแผลในระหว่างที่ไม่ได้พักค้างในโรงพยาบาล โดย พบว่า มีจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 ที่มีความวิตกกังวลในประเด็นของการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด

2. มีผู้ใช้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในงานวิจัยนี้ เขียนถึงปัญหา คือ มีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 โดยพบว่า ผ่าตัดไส้เลื่อน 2 ราย ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ 1 ราย และมีผู้รับบริการ 1 คน หรือร้อยละ 3.33 ที่ให้ข้อมูลว่า มีความวิตกกังวลหลังจากส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่าง กลับบ้านไปแล้วมีอาการเลือดออก แต่เมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำแล้วดีขึ้น อาการเลือดออกหมดไป

3. มีผู้ใช้บรการ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ที่เขียนชื่นชม/ ชื่นชอบ ในการเข้ามาใช้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยระบุ สิ่งที่ชื่นชอบ คือ เป็นบริการที่ดีมากได้รับความสะดวก เพราะไม่ต้องนอนพักค้างในโรงพยาบาล ไม่เสียเวลารอคอย ไม่ต้องรอคิวการทำผ่าตัด นอกจากนี้ยังมีผู้รับบริการ 1 คน หรือ ร้อยละ 3.33 เสนอแนะให้มีอาหาร ขนม และน้ำไว้ให้บริการหลังผ่าตัดอีกด้วย

**อภิปรายผล**

ผลการศึกษา พบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยภาพรวม

อยู่ ในระดับคะแนนมาก (*M=4.02, SD=.306*) อธิบายได้ว่า ผู้ใช้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีความพึงพอใจในระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เนื่องจากตามข้อกำหนดของกรมการแพทย์ ผู้ใช้บริการจะพักรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ทำให้ลดภาระค่าใช่จ่ายของผู้ป่วย และญาติ ระหว่างที่ผู้ป่วยต้องมานอนโรงพยาบาล ญาติไม่กังวลที่จะต้องมาอยู่ดูแลที่โรงพยาบาล เมื่อพิจารณารายด้าน ความพึงพอใจระดับมาก ที่มากที่สุด (*M=4.03, SD=.345*) คือ ด้านการให้ข้อมูลเสริมพลัง และมี 2 ข้อ ที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านพึงพอใจในการติดตามการดูแลหลังผ่าตัด และท่านมีความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด (*M=4.07, SD=.405*) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ บริบทคลินิกการผาตัดแบบวันเดียวกลับ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ได้ถูกมอบหมายให้วิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ดูแล (nurse case manager) ซึ่งจากสถานการณ์จริง พบปัญหา ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงเล็กน้อย หลังผ่าตัด เช่น คลื่นไส้อาเจียน ปวดแผล พยาบาลวิสัญญี (nurse case manager) จะเป็นผู้ดูแล และให้ข้อมูลที่ครบถ้วนครอบคลุม จึงมีความเป็นไปได้ที่จะส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ มั่นใจ ในการดูแลหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของมิเชล[10] ที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมักมีความวิตกกังวล เนื่องจากการขาดความรู้หรือความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด หรือ สิ่งที่ต้องเผชิญในการผ่าตัด จากการที่ได้รับข้อมูลไม่ครอบคลุม นอกจากนี้ จากผลงานวิจัย ยังพบว่า ความพึงพอใจระดับมากรายด้าน ที่ได้คะแนนเฉลี่ยโดยรวมน้อยที่สุด (*M=4.00, SD=.344*) คือ ด้านการดูแลต่อเนื่อง โดย รายข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมาก แต่น้อยที่สุด คือ ท่านได้รับการนัด ติดตามดูแผลผ่าตัดที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ (*M=3.96, SD=.472*) และท่านได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด (*M=4.04, SD=.410*) ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ใช้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ภายหลัง 24 ชั่วโมงส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลจากทีมพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป หรือ ทีมพยาบาลชุมชน เนื่องจากวิสัญญีพยาบาล (nurse case manager) ที่ให้การดูแลในระยะแรกหลังผ่าตัด มีภาระงานมากอยู่แล้ว การดูแลในระยะหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอวยพร จงสกุล และคณะ[4] ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมมาว่า ในอดีตที่ต้องให้ผู้ป่วยมานอนรอการผ่าตัดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม มักจะพบว่า พยาบาลจะใช้ความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิมของตนเองมาแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อน และหลังผ่าตัด และถ้าบางรายเจอพยาบาลจบใหม่ หรือ มีประสบการณ์น้อย ผู้ป่วยก็อาจจะไม่ได้รับคำแนะนำเท่าที่ควรจะเป็น นอกจากนี้ผลงานวิจัยยังพบว่า ความพึงพอใจระดับมาก ในด้านการดูแลต่อเนื่องนี้ มีข้อคำถามรายข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากและมากที่สุดในคำถามรายข้อทั้งหมด คือ ท่านมีความพึงพอใจโดยภาพรวมในการเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (*M=4.09, SD=.361*) ทั้งนี้อาจ เป็นเพราะข้อคำถามนี้จะมีลักษณะเป็นการถามสรุปผลความพึงพอใจในภาพรวมทุกด้าน ทุกข้อจึงส่งผลให้ได้คะแนนความพึงพอใจระดับมาก รายข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ใช้บริการมีความพร้อม จะส่งผลต่อความพึงพอใจ เพราะการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับผู้รับบริการจะอยู่ในโรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ดังนั้น บุคลากรที่ทำหน้าที่ อธิบาย และให้ข้อมูลต่างๆ สำหรับผู้ใช้บริการ จะต้องให้ความสำคัญ และมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน จะทำให้การพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความ พึงพอใจมากขึ้น

โรงพยาบาลมีผลการดำเนินงานที่บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดไว้

**ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลงานวิจัย**

1.เนื่องจากบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วย และญาติ หรือผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล เพื่อให้การบริการดำเนินไปอย่างเป็นระบบมีประสิทธิภาพ และคุณภาพ ผู้รับบริการมีความปลอดภัย และสามารถประเมินผลการดำเนินงานเพื่อการปรับปรุงการให้บริการได้ตรงกับความต้องการ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจมากขึ้น

2. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจประชาสัมพันธ์กับบุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้รับทราบข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ และมีการรวบรวมปัญหา และอุปสรรคในการทำงานประชุม หารือเพื่อหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้รับบริการส่วนหนึ่งยังไม่มั่นใจในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด กลัวความเจ็บปวด และกลัวการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ไม่ดี ไม่ถูกต้อง รวมทั้งความไม่พร้อมของผู้รับบริการที่เกิดจากข้อผิดพลาดของระบบการดูแล เช่น ผลการตรวจเลือด เอกซเรย์ และการให้ข้อมูลต่างๆ ผู้รับบริการที่สูงอายุมีการหลงลืม ไม่เข้าใจ บางคน ก็มาแล้วแต่ผ่าตัดไม่ได้ เพราะความดันโลหิตสูง นอนไม่หลับ ทำให้ต้องเลื่อนเวลาผ่าตัด จึงควรมีการจัดทำคู่มือหรือ แนวปฏิบัติที่ดีของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแจกให้ผู้รับบริการทุกคน อาจเป็นเอกสาร แผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อน และหลังผ่าตัด โดยมีการพัฒนาร่วมกันระหว่างแพทย์ และพยาบาล

**ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรศึกษาในมิติ และปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาระบบการทำผ่าตัดแบบวันเดียวกลับให้สอดคล้องกับการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพและประสิทธิผลสูงสุด

2. จัดทำคู่มือ/แนวปฏิบัติ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ให้มีความชัดเจน เพื่อการต่อยอดบริการให้เพิ่มขึ้น

3. การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ซึ่งการศึกษาครั้งต่อไป เพื่อค้นหาข้อมูล และตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการพัฒนาระบบการทำผ่าตัดวันเดียวกลับ เพื่อให้ได้มาซึ่งรายละเอียดของข้อมูลที่มีความชัดเจนมากขึ้น

**เอกสารอ้างอิง**

1. Suominen T, Turtiainen A-M, Puukka P, Leino-Kilpi H. Continuity of care in day surgical care- perspective of patients. Scandinavian Journal of Caring Sciences.2014;28(4):706-15.
2. Tritrakarn T, Lertakyamanee J. Growth of Ambulatory Surgery and Anaesthesia in Thailand. Ambulatory Surgery. 1998;6(1998):89-91.
3. Richardson-Tench M, Brown S. Before and after same day surgery: are we responding to anxious patients' needs? ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia.2013;26(1):24-8.
4. อวยพร จงสกุล, นารีรัตน์ อยู่สมบูรณ์, ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วารสารแพทย์เขต 4-5 ปีที่ 39 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2563.
5. กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์. (2561). Safety in One Day Surgery (ODS): ความปลอดภัยของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (พิมพ์ครั้งที่ 1) ม.นนทบุรี: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์.
6. ประภา ราชา, นพรัตน์ เรืองศรี, จารุภา คงรส. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาล พิจิตร. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2562; 13(3):1-13.

7. โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (2561). สถิติตัวชี้วัดการผ่าตัด งานห้องผ่าตัด. โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ปี 2562-2565.
8. กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2562). ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (พิมพ์ครั้งที่ 1) จ.นนทบุรี: ส านักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูถัมภ์
9. บุญชม ศรีสะอาด, การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้ง ที่ .กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน์; 2553.
10. Mitchell M. Literature review: Home recovery following day surgery. Ambulatory Surgery. 2013;19(1):13-27.

# การพัฒนาระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

# Development of nursing system for neonatal sepsis In Phaholpolpayuhasena hospital, Kanchanaburi province

(Received: January 18,2024 ; Revised: February 3,2024 ; Accepted: February 10,2024)

**ผจงวรรณ อดุลยศักดิ์[1] ณัฐศิกา ใคร่ครวญ[1] สุภาภรณ์ ประยูรมหิศร[1]**
**Phajongwan Adulyasak[1] Nutsika Kraikroun [1] Supaporn Prayoonmahisorn[1]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้ระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบของ Donabedian เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็น ทารกแรกเกิดที่เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2565 ถึง กันยายน พ.ศ. 2565 จำนวนทั้งหมด 60 ราย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบวัดความรู้ แบบวัดทักษะการพยาบาล แบบวัดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล แบบวัดความพึงพอใจ และแบบบันทึกการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า 1) ระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่พัฒนาขึ้นได้แก่ CARES model 2) พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะการพยาบาลและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตหลังการใช้ระบบการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนการใช้ระบบการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.01$) มีความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลฯ ในระดับมากที่สุด 3) ทารกแรกเกิดได้รับการวินิจฉัยและการรักษารวดเร็วขึ้น มีอัตราการเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตลดลง และไม่พบการเสียชีวิต

**คำสำคัญ**: ระบบการพยาบาล, ทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

**Abstract**

The research and development aimed to develop and study the effect of nursing system for neonatal sepsisin Phaholpolpayuhasena hospital, Kanchanaburi province and based on Donabedian system as a conceptual framework. Sample size were 60 newborns at risk of sepsis admitted to Phahon Phon Phayuhasena Hospital from April 2022 to September 2022 by purposive selection. Data collection tools: questions used in group discussions, knowledge questionnaire, nursing skill evaluation form, readiness of nursing practice evaluation form, satisfaction assessment form and neonatal sepsis form. Qualitative data were analyzed by content analysis. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, mean and standard deviation and t-test statistics.

The results were as follows: 1) The nursing system for neonatal sepsis in Phaholpolpayuhasena hospital consisted of CARES model. 2) Nurses had significantly higher mean scores on knowledge, nursing skill and readiness of nursing practice after using the nursing system at .05 level ($p<.01$), score of satisfaction was the most level. 3) Newborn received faster diagnosis and treatment, it was found reduce the neonatal sepsis rate and there were no deaths.

**Keyword :** Nursing system, Neonatal sepsis

## บทนำ

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกายเกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่องจนทำให้เกิดภาวะช็อก (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (multiple organ dysfunction) และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญโดยเฉพาะทารกแรกเกิดที่มีอายุ 0-28 วันที่มีภาวะ sepsis หรือที่เรียกว่า Neonatal sepsis[1] ซึ่งพบอุบัติการณ์ในประเทศที่พัฒนาแล้วอยู่ระหว่าง 1-4 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 ราย ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนาพบอุบัติการณ์สูงตั้งแต่ 49-170 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 ราย และมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 24[2,3,4] สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ Neonatal sepsis 13-61 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 ราย[5,6,7]และพบอัตราตายร้อยละ 6-33[5,8] ทารกที่รอดชีวิตจาก Neonatal sepsis บางรายพบปัญหาทางด้านพัฒนาการและสติปัญญาตลอดจนมีความพิการ เช่น สมองพิการ สูญเสียการได้ยินมีความผิดปกติของการมองเห็น เป็นต้น[9] Neonatal sepsis แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ การติดเชื้อระยะแรก (early-onset neonatal sepsis : EOS) เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงหลังเกิด และการติดเชื้อระยะหลัง (late-onset neonatal sepsis : LOS) เกิดขึ้นหลังเกิด 72 ชั่วโมงขึ้นไป ซึ่งการวินิจฉัย Neonatal sepsisนั้นค่อนข้างเป็นปัญหาส่งผลให้วินิจฉัยได้ล่าช้า เนื่องจากทารกแรกเกิดที่มีภาวะ sepsis มักแสดงอาการไม่จำเพาะพบได้ทั้งที่มีอาการน้อยไปจนถึงมีอาการรุนแรงจนเสียชีวิตได้ และยังสามารถพบอาการได้ทุกระบบของร่างกาย เช่น ซึมลง อุณหภูมิกายผิดปกติ หายใจเร็ว หายใจช้า หรือหยุดหายใจ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยจึงใช้วิธีมาตรฐาน (gold standard) คือ การเพาะเชื้อในเลือด (blood culture) โดยต้องใช้เวลาอย่างน้อย 72 ชั่วโมงถึง 7 วัน จึงจะทราบผลเชื้อก่อโรคและให้ผลบวกค่อนข้างต่ำ[1,10] ในทางปฏิบัติจึงต้องให้การรักษาทันทีเมื่อสงสัยภาวะ Neonatal sepsis เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดและเมื่อทราบผลเพาะเชื้อที่แน่ชัดจึงพิจารณาปรับยาปฏิชีวนะตามความไวของเชื้อต่อไป

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในจังหวัดกาญจนบุรีและจังหวัดใกล้เคียง ซึ่งอัตราการเกิด Neonatal sepsis ปี 2562-2564 เท่ากับร้อยละ 19.29, 29.63, และ 51.91 ตามลำดับ และมีอัตราตายเท่ากับร้อยละ 9.24, 4.48 และ 7.30ตามลำดับ[11] จากการทบทวนเวชระเบียนในทารกแรกเกิดที่มีภาวะ Neonatal sepsis ที่เสียชีวิตย้อนหลัง จำนวน 25 รายร่วมกับแบบบันทึกรายงานความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์พบประเด็นปัญหาสำคัญได้แก่ นโยบายและแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ Neonatal sepsis ยังไม่ชัดเจน ทารกแรกเกิดได้รับการพยาบาลตามศักยภาพที่แตกต่างกันของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน การควบคุมกำกับและการติดตามประเมินการปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งความรู้และทักษะการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ Neonatal sepsis ไม่เพียงพอ ขาดการทบทวนและวางแผนดูแลรักษาร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ เครื่องมือบางหน่วยงานมีไม่เพียงพอ ผู้วิจัยในฐานะเป็นหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการหน่วยงานการพยาบาลต่างๆ ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาตระหนักถึงปัญหาและสนใจพัฒนาระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ภายใต้กรอบแนวคิดแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบของ Donabedian[12]เพื่อให้ทารกแรกเกิดได้รับการวินิจฉัยและการรักษาได้อย่างรวดเร็ว มีคุณภาพไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ส่งผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตและมีคุณภาพบริการพยาบาลที่ดี

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้ระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

**วิธีการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ได้รับการรับรองจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 2023-33 โดยแบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 4 ระยะ มีวิธีการดังนี้

**กลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำแนกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) บุคลากรสหวิชาชีพ รวมทั้งสิ้น 11 คน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 2 คน กุมารแพทย์โรคติดเชื้อ 1 คน แพทย์สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (SNB) และแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) จำนวนหอผู้ป่วยละ 2 คน รวมเป็น 6 คน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพทุกคนมีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตไม่น้อยกว่า 2 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างทุกคนยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 2) ทารกแรกเกิดมีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง กันยายน พ.ศ. 2564 รวมจำนวน 84 ราย

**ระยะที่ 2** พัฒนาระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงเป็นบุคลากรสหวิชาชีพ จำนวนรวมทั้งสิ้น 11 คนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับในระยะที่ 1

**ระยะที่** 3 ทดลองใช้ระบบการพยาบาลฯ ที่ร่างขึ้นและปรับปรุงระบบการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงจำแนกเป็น 2 ครั้ง โดยการทดลองใช้และประเมินผลครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วย NICU, SNB และ ER จำนวนหอผู้ป่วยละ 2 คน รวมเป็น 6 คน ซึ่งทุกคนมีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตไม่น้อยกว่า 2 ปีขึ้นไปและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและ 2) ทารกแรกเกิดที่เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จำนวน 10 ราย การทดลองใช้และประเมินผลครั้งที่ 2 ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วย NICU, SNB และ ER จำนวนหอผู้ป่วยละ 2 คน รวมเป็น 6 คน ซึ่งทุกคนมีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตไม่น้อยกว่า 2 ปีขึ้นไปและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและ 2) ทารกแรกเกิดที่เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

**ระยะที่** 4 นำระบบการพยาบาลฯที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงและประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วย NICU จำนวน 20 คน, SNB จำนวน 10 คน และ ER จำนวน 13 คน จำนวนรวมทั้งสิ้น 43 คน ซึ่งทุกคนมีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตไม่น้อยกว่า 2 ปีขึ้นไปและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 2) ทารกแรกเกิดที่เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพหลพล

พยุหเสนาช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2565 ถึง กันยายน พ.ศ. 2565 จำนวนทั้งหมด 60 รายแบ่งเป็นกลุ่มก่อนและหลังการใช้ระบบการพยาบาลฯที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง (*n1=30, n2=30*)

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่นำมาใช้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิแอลฟาครอนบาค (Cronbrach alpha coefficient) มีรายละเอียดดังนี้

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่

1.1 ระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่พัฒนาขึ้นใช้ชื่อว่า “CARES model” ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

2.1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม จำนวน 4 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1

2.2 แบบวัดความรู้ด้านการพยาบาล Neonatal sepsis มีลักษณะเป็นข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ให้เลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

2.3 แบบวัดทักษะการพยาบาล Neonatal sepsis มีลักษณะเป็นข้อคำถาม 2 ตัวเลือก (ปฏิบัติ กับไม่ปฏิบัติ) จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

2.4 แบบวัดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล Neonatal sepsis เป็นแบบมาตราวัด likert scale 5 ระดับ คือ มั่นใจระดับมากที่สุด มั่นใจระดับมาก มั่นใจระดับปานกลาง มั่นใจระดับน้อย และมั่นใจระดับน้อยที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

2.5 แบบวัดความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบมาตราวัด likert scale 5 ระดับ คือ พึงพอใจระดับมากที่สุด พึงพอใจระดับมาก พึงพอใจระดับปานกลาง พึงพอใจระดับน้อย และพึงพอใจระดับน้อยที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

2.6 แบบวัดความพึงพอใจของสหวิชาชีพต่อระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบมาตราวัด likert scale 5 ระดับ คือ พึงพอใจระดับมากที่สุด พึงพอใจระดับมาก พึงพอใจระดับปานกลาง พึงพอใจระดับน้อย และพึงพอใจระดับน้อยที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

2.7 แบบบันทึกการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

แจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลักษณะของข้อมูล

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนระดับความรู้ทักษะการพยาบาล และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล ก่อนกับหลังการใช้ระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติ paired t-test

1. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประชุมสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ คะแนนระดับความรู้ คะแนนทักษะการพยาบาล คะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล คะแนนความพึงพอใจฯ และผลลัพธ์ทารกแรกเกิดอ้างอิงตามตัวชี้วัดคุณภาพทางคลินิก ก่อนและหลังการใช้ระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจก

**ผลการศึกษา**

**1. การพัฒนาระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี**ระบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นใช้ชื่อว่า “CARES model” ประกอบด้วย **C**-Creating policy and goal, update CPG and CNPG of neonatal sepsis and Co-operation among multidisciplinary เป็นการกำหนดนโยบายและเป้าหมาย การปรับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ทันสมัย และการประสานความร่วมมือแบบทีมสหวิชาชีพ **A**-Advance knowledge, nursing skill and readiness of nursing practice การพัฒนาความรู้ ทักษะการพยาบาล และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลทารกแรกเกิด **R**-Refer system : One department One fast passการพัฒนาระบบส่งต่อ neonatal sepsis เข้าหอผู้ป่วยโดยตรง **E**-Evaluation and feedback การติดตามประเมินผลการปฏิบัติของระบบดูแล neonatal sepsis และให้ข้อมูลย้อนกลับ และ **S**–Safe Care neonatal sepsis การดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างปลอดภัย ซึ่งประกอบด้วย N-Newborn assessment by NSOS การประเมิน neonatal sepsis โดยใช้ newborn scale of sepsis (NSOS) เพื่อคัดกรองและวินิจฉัยเบื้องต้น E-Early detection risk factor of EOS and LOS การค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิด early onset sepsis (EOS) และ late onset sepsis (LOS) W-Ward preparedness : structure and medical equipment การเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดในด้านโครงสร้างและอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ B-Body temperature, Blood pressure, Blood culture, Blood sugar การประเมินและเฝ้าระวังอุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิต การส่งเลือดเพาะเชื้อซึ่งรวมถึงสิ่งสิ่งตรวจอื่นๆที่เกี่ยวข้องรวมถึงระดับน้ำตาลในเลือด O-Observe oxygen and urine output การเฝ้าระวังระดับออกซิเจนในเลือดและปริมาณปัสสาวะ R-Respiration distress การประเมินและเฝ้าระวังความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ N-Neonatal activity: consciousness, muscle tone, poor sucking, poor feeding การประเมินและเฝ้าระวังในเรื่อง ระดับความรู้สึกตัว กล้ามเนื้อ ความผิดปกติของการดูดนมหรือการรับอาหาร S-Skin and subcutaneous lesion การประเมินและเฝ้าระวังในเรื่องความผิดปกติของผิวหนัง E-Evaluation : serial assessment of neonatal sepsis guideline การติดตามประเมินความผิดปกติของทารกแรกเกิดแต่ละรายซ้ำตามที่แนวปฏิบัติกำหนด P-Prevention of infection and complication การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน S-SBAR information การส่งต่อข้อมูล/การส่งเวร/การรายงานแพทย์ตลอดจนการบันทึกทางการพยาบาลให้ใช้ตามหลัก SBAR (ซึ่งประกอบด้วย S-Situation สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน B–Background ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์ A-Assessment การประเมิน และ R-Recommendation ข้อเสนอแนะ) I-Investigation and ATB administration in newborn การดูแลให้ทารกได้รับการตรวจวินิจฉัยและการบริหารยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา S-Supervision of neonatal sepsis nursing การกำหนดแผนนิเทศติดตามการปฏิบัติการพยาบาลทุก 1 เดือน

ระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งได้ปรับปรุงสาระสำคัญเปรียบเทียบกับแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบของ Donabedian[12] และระบบเดิม

**2. ผลของการใช้ระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา**

2.1 ผลลัพธ์ด้านพยาบาลวิชาชีพจำนวน 43 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 97.7 มีอายุระหว่าง 26-35 ปี อายุเฉลี่ย 33 ปี (พิสัย 23, 56 ปี) มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดเฉลี่ย 7.56 ปี (พิสัย 2, 26 ปี) ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับ Neonatal sepsis ร้อยละ 79.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะการพยาบาล และความมั่นใจใน

การปฏิบัติการพยาบาล Neonatal sepsis ระหว่างก่อนและหลังใช้ระบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นดังแสดงในตารางที่ 2 และพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความ พึงพอใจต่อระบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจที่ระบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยให้สามารถประเมิน neonatal sepsis ได้ถูกต้อง (M=4.06, SD=0.244) ส่วนสหวิชาชีพมีคะแนนความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด (M=4.25,SD=0.437) โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่อง ระบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน (M=4.29, SD=0.244)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทักษะการพยาบาล และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังใช้ระบบการพยาบาลฯ

| ผลลัพธ์ด้านพยาบาลวิชาชีพ | ก่อนใช้ระบบการพยาบาลฯ (*n=43*) | | หลังใช้ระบบการพยาบาลฯ (*n=43*) | | t | *p-value** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD | M | SD | | |
| ความรู้ | 14.11 | 2.620 | 38.06 | .668 | -56.736 | *.000* |
| ทักษะการพยาบาล | 31.88 | 1.59 | 39.23 | .811 | -28.537 | *.000* |
| ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล | 4.16 | .110 | 2.89 | .102 | -17.545 | *.000* |

**p<0.5*

2.2 ผลลัพธ์ด้านทารกแรกเกิดอ้างอิงตามตัวชี้วัดคุณภาพทางคลินิกพบว่า ทารกแรกเกิดกลุ่มที่ได้รับการดูแลหลังใช้ระบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นมีผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดคุณภาพทางคลินิกดีกว่าทารกแรกเกิดกลุ่มที่ได้รับการดูแลก่อนใช้ระบบการพยาบาลฯ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตก่อนและหลังใช้ระบบการพยาบาลฯ

| ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย | ก่อนใช้ระบบการพยาบาลฯ (n1=30) | | หลังใช้ระบบการพยาบาลฯ (n2=30) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน(คน) | ร้อยละ |
| 1) อัตราการเสียชีวิต | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 2) อัตราการเกิด Early onset sepsis | 21 | 70.0 | 15 | 50.0 |
| 3)อัตราการเกิด Late onset sepsis | 9 | 30.0 | 5 | 16.7 |
| 4) อัตราการเกิด Severe sepsis/Septic shock | 9 | 30.0 | 7 | 23.3 |
| 5) อัตราการรายงานแพทย์ภายใน 5 นาทีเมื่อทารกมีอาการติดเชื้อ | 16 | 53.3 | 30 | 100 |
| 6) อัตราทารกได้รับยาปฏิชีวนะหลังได้รับการวินิจฉัยภายใน 30นาที | 14 | 41.0 | 24 | 25.66 |

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านระบบดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตก่อนและหลังใช้ระบบการพยาบาลฯ

| ระยะเวลา | ก่อนใช้ระบบการพยาบาลฯ *(n1=30)* | | หลังใช้ระบบการพยาบาลฯ *(n2=30)* | | t | *p-value** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mean | S.D. | Mean | S.D. | | |
| รายงานแพทย์ใน 5 นาที | 5.2 | .949 | 4.3 | .660 | 3.944 | *.000* |
| ทารกที่ได้รับยาปหลังใน 30 นาที | 41.0 | 16.911 | 25.7 | 9.834 | 4.293 | *.000* |

*p<0.5

**อภิปรายผล**

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอวิจารณ์ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาด้านการรักษาพยาบาลที่ค้นพบและตอบสนองต่อความต้องการทั้งบุคลากรสหวิชาชีพและทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยระบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นใช้ชื่อว่า “CARES model” ซึ่งพัฒนาภายใต้แนวคิดทฤษฎีเชิงระบบของ Donabedian[12] ที่ต้องดำเนินการศึกษาสถานการณ์การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ครอบคลุมโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ทั้งนี้เพื่อให้เห็นบริบทและสถานการณ์/ปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริงนำไปสู่การวางแผนพัฒนาอย่างเป็นระบบก่อให้เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผลอย่างแท้จริง อีกทั้งในการศึกษาสถานการณ์นั้นต้องดำเนินการภายใต้ทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลทารกแรกเกิดส่งผลให้เกิดการมองเห็นสภาพปัญหาร่วมกันเกิดความร่วมมือร่วมใจในการวางแผนพัฒนาทั้งระบบมิใช่แก้ไขปัญหาเพียงวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า สหวิชาชีพต่างให้ความร่วมมือในการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย และแนวทางปฏิบัติก่อให้เกิดระบบส่งต่อOne department One fast pass ช่วยให้ทารกแรกเกิด neonatal sepsis ได้รับการส่งต่อเข้าหอผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ระบบการประสานงานภายในเครือข่ายการพยาบาลที่ใช้ผ่านกลุ่มไลน์และโทรศัพท์เคลื่อนที่ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้การขอคำปรึกษาหรือประสานงานโดยตรงกับทีมสหวิชาชีพ ทำให้ทารกแรกเกิดneonatal sepsis ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลและการพยาบาลทารกแรกเกิดแก่ผู้ปฏิบัติงานตลอดจนการศึกษาครั้งนี้ได้มีการพัฒนาความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพซึ่งใช้วิธีการอบรมเชิงปฏิบัติการ มีการสอนพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานข้างเตียงทารกแรกเกิดโดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย/พยาบาลที่เป็น neonatal sepsis nurse มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติ 3 ระดับ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย, Neonatal sepsis nurse และทีมผู้วิจัย ทุก 1 เดือน พร้อม feedback ข้อมูล สิ่งเหล่านี้เป็นการวางแผนพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้เกิดความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลที่ทุกคนได้ให้ข้อเสนอแนะในการวางแผนเพื่อปิดช่องว่างที่ได้จากการศึกษาสภาพปัญหาตามแนวคิดเชิงทฤษฎีระบบของ Donabedian[12] อีกทั้งส่งผลให้เกิดระบบบริหารจัดการเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นภายในโรงพยาบาลและเครือข่ายการพยาบาล ทำให้หน่วยงานมีความพร้อมในการดูแลทารกแรกเกิดมากยิ่งขึ้น จึงส่งผลให้การพัฒนาระบบการพยาบาลฯ ครั้งนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาและเครือข่ายการพยาบาลจังหวัดกาญจนบุรี ช่วยให้ระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉฏาธร ปรานมนตร และคณะ[8], มณี คูประสิทธิ์ และสมคิด ปานประเสริฐ[13] ที่ได้นำแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบของ Donabedian ไปใช้ในการพัฒนาระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดชื้อในกระแสโลหิตเช่นเดียวกัน ภายหลังการพัฒนาระบบการพยาบาลฯ ต่างได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของโรงพยาบาลตนเอง เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องส่งผลให้ได้ระบบการพยาบาลฯ ที่ชัดเจนผู้ปฏิบัติสื่อสารเข้าใจตรงกันและปฏิบัติเป็นในแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยแก่ทารกแรกเกิดสร้างความยั่งยืนในระบบ

2. การประเมินผลของการใช้ระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาจังหวัดกาญจนบุรี

2.1 ผลลัพธ์ด้านพยาบาลวิชาชีพพบว่าหลังการใช้ระบบการพยาบาลฯ มีระดับความรู้ ทักษะการพยาบาลและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้น มีความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนา โดยพบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนการใช้ระบบการพยาบาลฯ(M= 14.11, SD=2.620) น้อยกว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการใช้ระบบการพยาบาลฯที่พัฒนาขึ้น (M=38.06, SD=.688) คะแนนเฉลี่ยทักษะการพยาบาลก่อนการใช้ระบบการพยาบาลฯ (M=31.88, SD=1.590) และหลังการใช้ระบบการพยาบาลฯ (M=39.23, SD=.811) และมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตก่อนการใช้ระบบการพยาบาลฯ (M=2.89, SD=.102) และหลังการใช้ระบบการพยาบาลฯ (M=4.16, SD=.110) ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพได้รับการพัฒนาสมรรถนะที่สำคัญในการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตทำให้มีความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น ประกอบกับการมีระบบการให้คำปรึกษาที่เป็นระบบที่ชัดเจน และสามารถปรึกษาผู้เชี่ยวชาญได้ตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลต่อทารกแรกเกิดเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ เชาวินัย และคณะ[14] ที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์การแพทย์แห่งหนึ่งพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดและการบริหารจัดการทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการจัดระบบการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และสอดคล้องกับ จันทร์เพ็ญ เนียมวัน และกลอยใจ แสนวงษ์[15] ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งพบว่า ระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากมี 2 ส่วน คือ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลทารกวิกฤต ด้านมนุษย์สัมพันธ์ ด้านการสื่อสาร และมาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเตรียมจำหน่าย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีความรู้และทักษะปฏิบัติการพยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

2.2 ผลลัพธ์ด้านทารกแรกเกิดพบว่า ผลลัพธ์ทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตภายใน 72 ชั่วโมง (early onset sepsis) ลดลงจากร้อยละ 70.0 เหลือร้อยละ 50.0 ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลัง 72 ชั่วโมง (late onset sepsis) ลดลงจากร้อยละ 30.0 เหลือร้อยละ 16.7 ภาวะติดเชื้อรุนแรงลดลงจากร้อยละ 30.0 เหลือร้อยละ 23.3 และไม่มีทารกเสียชีวิตในช่วงที่ศึกษา ถึงแม้จะไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบการพยาบาลฯ เพราะจำนวนทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีจำนวนน้อยลง ระยะเวลาการประเมินภาวะติดเชื้อและรายงานแพทย์ภายใน 5 นาทีพบว่า หลังการพัฒนาระบบการพยาบาลฯ มีค่าเฉลี่ยระยะเวลารายงานแพทย์เท่ากับ 4.3 นาทีซึ่งแตกต่างกับก่อนการพัฒนาระบบการพยาบาลฯ ที่มีค่าเฉลี่ย 5.3 นาที (*p=0.000*) ส่วนระยะเวลาที่ทารกได้รับยาปฏิชีวนะหลังได้รับการวินิจฉัย พบว่าหลังพัฒนาระบบการพยาบาลฯ มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาเท่ากับ 25.7 นาทีซึ่งระยะเวลาได้รับยาปฏิชีวนะหลังได้รับการวินิจฉัยลดลงจากเดิม 41.0 นาทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p=0.000*) อธิบายได้ว่า การมีระบบการพยาบาลฯ ที่ชัดเจนครอบคลุมสภาพปัญหาที่มีในบริบทของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาและเครือข่ายการพยาบาลจังหวัดกาญจนบุรี มีการประสานการดูแลรักษาและการพยาบาลเป็นทีมสหวิชาชีพโดยที่แต่ละคนเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองและพร้อมให้ความร่วมมือ การมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนเป็น

รูปธรรมสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้และทักษะการปฏิบัติพยาบาลจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและให้ข้อมูลย้อนกลับสู่ผู้ปฏิบัติงาน อีกทั้งมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยใช้ SBAR information สรุปปัญหารายวันกับสหวิชาชีพเพื่อปรับแผนการดูแลรักษาและการพยาบาลที่เหมาะสม ทำให้ระยะเวลาการประเมินและรายงานแพทย์ ระยะเวลาที่ทารกได้รับยาปฏิชีวนะหลังได้รับการวินิจฉัยเป็นไปตามมาตรฐานสากล ซึ่งจากผลการพัฒนาระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตสามารถลดภาวะติดเชื้อทารกแรกเกิดได้จริงสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉฏาธร ปรานมนตร และคณะ[8] ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการพยาบาลภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของทารกแรกเกิดที่เกิดจากการมีระบบการพยาบาลฯ ที่ชัดเจน การประสานความร่วมมือของสหวิชาชีพในระบบส่งต่อ การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ การมีพยาบาลประสานงาน การมีคู่มือและแนวปฏิบัติที่ให้ทุกคนนำไปปฏิบัติในแนวทางเดียวกันนั้น ส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีโดยในการศึกษาครั้งนั้นไม่พบการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตในช่วงที่ทำการศึกษาสามารถลดการเกิดภาวะติดเชื้อที่รุนแรงและภาวะช็อกของทารกแรกเกิดได้ ลดระยะเวลาการประเมินภาวะติดเชื้อและรายงานแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ และส่งผลให้ทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อได้รับยาปฏิชีวนะหลังการวินิจฉัยได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น

แม้ว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะพบว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านทารกแรกเกิดทุกตัวหลังการใช้ระบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นนั้นมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกว่าเดิม แต่พบว่ามีตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ได้แก่ อัตราการเกิด Severe sepsis/Septic shock มีผลลัพธ์ลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 30.0 ลดลงเหลือ 23.3 อธิบายได้ว่า ทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตมีอาการไม่ชัดเจน และมารดาหรือผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตส่วนหนึ่งเป็นต่างด้าวที่สื่อสารอาการเจ็บป่วยของทารกไม่ถูกต้อง มีผลให้การเข้าถึงบริการล่าช้า รวมไปถึงระยะทางในการเดินทางมาโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา บางอำเภออยู่ไกลจากโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ส่งผลให้อัตราอัตราการเกิด Severe sepsis/Septic shock นั้นไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด แม้ว่าการวิจัยครั้งนี้ได้สร้างระบบส่งต่อ One department One fast pass ที่สามารถส่งต่อ neonatal sepsis เข้าหอผู้ป่วยโดยตรงเพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการแล้วก็ตาม สำหรับกรณีมารดาหรือผู้ดูแลทารกแรกเกิดเป็นต่างด้าว/ชนกลุ่มน้อยที่มีปัญหาในการสื่อสารได้จัดให้มีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่พูดสื่อสารภาษาเดียวกับมารดาหรือผู้ดูแลทารกแรกเกิดมาช่วยเป็นล่ามในการสื่อสาร หากแต่ยังพบมีมารดาหรือผู้ดูแลทารกแรกเกิดบางรายที่ใช้ภาษาแตกต่างจากล่ามที่เตรียมไว้ ซึ่งอาจต้องปรับการสื่อสารมาเป็นการสื่อสารด้วยภาพ (visual communication) เพื่อช่วยในการสื่อสารอาจทำให้ได้ข้อมูลจากผู้ป่วยรวดเร็วมากขึ้น เนื่องจาก visual communication เป็นการใช้สัญลักษณ์ภาพเพื่อสื่อสารความคิดและสื่อความหมายโต้ตอบซึ่งกันและกันได้ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร ทั้งนี้ภาพจะมีประโยชน์หลายประการ เช่น 1) ข้อความภาพสามารถดึงดูดความสนใจของผู้รับสารได้ดีกว่าการอ่านหรือเขียน 2) ข้อความภาพมีประสิทธิภาพในการสื่อสารได้ไวและสร้างความเข้าใจสารได้ชัดเจน 3) ข้อความภาพมีประสิทธิภาพในการสื่อสารได้ตรงตามเป้าหมายที่กำหนด[16,17] อย่างไรก็ตามแม้ว่าตัวชี้วัดในการศึกษาครั้งนี้มีแนวโน้มที่ดีขึ้นแต่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จึงยังต้องมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ทบทวนกระบวนการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตว่าเกิดปัญหาและอุปสรรคจากกระบวนในขั้นตอนใด เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้ตัวชี้วัดบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้สะท้อนให้เห็นว่าการนำทารกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแส

โลหิตไปใช้นั้นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลทุกระดับควรมีการบริหารจัดการให้มีการนำระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตไปใช้ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดีของทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต รวมทั้งมีการประเมินและวิเคราะห์ปัญหาการใช้ระบบการพยาบาลร่วมกัน เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อให้รูปแบบมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. ด้านบริการพยาบาล ควรนำระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตไปใช้ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในเครือข่ายการพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรีเพื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

3. ด้านวิชาการ นำระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการเพิ่มการศึกษาในโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อศึกษาสถานการณ์และประเมินผลลัพธ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

2. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยการนำการระบบการพยาบาลแบบอื่นมาใช้ในการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในระดับเครือข่ายการพยาบาลเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย

**เอกสารอ้างอิง**

1. Ozmeral, O., et al. Neonatal sepsis. The medical bulletin of sisietfal hospital 2020; 54(2): 142-158.
2. Weston, E. J. et al. The burden of invasive early-onset neonatal sepsis in the United States, 2005–2008. Pediatric Infectious Disease Journal 2011; 30: 937–941.
3. Osrin, D., Vergnano, S. & Costello, A. Serious bacterial infections in newborn infants in developing countries. Current Opinion in Infectious Diseases 2004; 17: 217–224.
4. Oza, S., Lawn, J. E., Hogan, D. R., Mathers, C. & Cousens, S. N. Neonatal cause-of death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000- 2013. Bull. World Health Organ 2015; 93: 19–28.
5. กัณณิกา อยู่มั่น. ลักษณะการติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 จังหวัดสุราษฎร์ธานี 2564; 35(1): 37-49.
6. ปิยดา พรใหม่. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะสงสัยติดเชื้อระยะแรกในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลปราสาท. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2564; 17(2): 56-73.
7. วิลาวัลย์ วงศ์วัฒนอนันต์. อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ลักษณะทางคลินิก และการรักษาในทารกแรกเกิดที่ คลอดในในโรงพยาบาลปักธงชัย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2566; 9(1): 62-77.
8. ฉฎาธร ปรานมนตรี, วรรณภา ตั้งแต่ง, พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, ประกอบพร ทิมทอง, ชุลีพร การะภักดี. การพัฒนาระบบ การพยาบาลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทารกแรกเกิด. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 งหวัด นครสวรรค์ 2565; 19(2): 138-154.
9. Mukhopadhyay, S. et al. Neuro developmental outcomes following neonatal late onset sepsis and blood culture-negative conditions. Archives Disease Child Fetal Neonatal Ed. 2021; 106: 467–473.
10. Istemi, H., C., Morcos, H., Fuat, E., C.,and Mohan, P. Diagnosis of neonatal sepsis: the past, present and future. Pediatric Research 2022; 91:337–350.

11. โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. รายงานตัวชี้วัด การลงรหัสโรคและรหัสหัตถการผู้ป่วยในฐานข้อมูลโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ปี 2563-2564 [data base]. สรุปรายงานฝ่าย แผนงานของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา 2564.
12. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press. 2003.
13. มณี คูประสิทธิ์ และสมคิด ปานประเสริฐ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2564; 35(1): 1-20.
14. Wimonrat Chaowinai, Sutthiporn Munasat, Wanpen Kaewpan. Development of the competency development of neonatal patient care in professional nurses in the nursing unit of neonatal patients Panyananthaphikkhu Chonprathan Medical Center. Journal of the Royal Thai army nurses. 2019; 20(3): 256-65.Thai.
15. จันทร์เพ็ญ เนียมวัน และกลอยใจ แสนวงษ์.การพัฒนาระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาลยโสธร. วารสารกองการพยาบาล 2564; 48(1):1-18.
16. Wileman, R. E. Visual communicating. Educational Technology 1993; 147.
17. Roehling, P. V. & Brown, T, S. Differential use and benefits of power point in upper level versus lower level courses. Technology, Pedagogy and Education 2011; 20(1): 113-124.

# การพัฒนาระบบคัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพผู้ประกันตน โรงพยาบาลหนองคาย

# The Development of a Screening System for Disability Insured Persons at Nong Khai Hospital: Routine to Research Approach.

(Received: January 18,2024 ; Revised: February 3,2024 ; Accepted: February 10,2024)

**รพิพรรณ โสภาเวทย์**[1]
Rapipun Sopavet[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางหรือขั้นตอนการคัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพผู้ประกันตน โรงพยาบาลหนองคายให้เหมาะสม โดยพัฒนาจากงานประจำเพื่อการพัฒนา (Routine to Research: R2R) กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มก่อนพัฒนาจำนวน 11 ราย และกลุ่มหลังพัฒนาจำนวน 10 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaires) บันทึกระยะเวลารอคอยของหน่วยงาน การประชุมอย่างไม่เป็นทางการ (Informal meeting) บันทึกสะท้อนคิด (Reflexive Journal) ภาพถ่ายหรือวีดิโอ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Mann-Whitney U ระดับนัยสำคัญที่ .05 และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย: การพัฒนาระบบคัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพ ผู้ประกันตน มีผลทำให้ระยะเวลารอคอยการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนลดลง ก่อนการพัฒนาค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอย 5 ชั่วโมง16 นาที ค่าอันดับเฉลี่ย (Mean Rank) เท่ากับ 16 หลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอย 1 ชั่วโมง 25 นาที ค่าอันดับเฉลี่ย (Mean Rank) เท่ากับ 5.5 ค่า Mann-Whitney U เท่ากับ .00 ค่า Z เท่ากับ -3.88 p เท่ากับ .00 ($p<.05$)และความพึงพอใจในบริการการคัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.55, S.D.= .17) ได้แก่ ความสะดวกในการติดต่อขอใช้บริการ ความรวดเร็วในบริการ ต้อนรับด้วยมิตรไมตรีที่ดี พูดจาสุภาพ ให้เกียรติ กระตือรือร้นเต็มใจให้บริการ ให้การดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ให้บริการด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม ให้บริการตามลำดับก่อน-หลังด้วยความยุติธรรม ให้คำแนะนำหรือตอบปัญหาข้อซักถามได้เป็นอย่างดีและสถานที่ตรวจประเมินผู้ทุพพลภาพสะอาด รองลงมาเป็นความพึงพอใจระดับมากได้แก่ มีป้ายบอกทางชัดเจน สถานที่ตรวจประเมินผู้ทุพพลภาพคนไม่แออัดมีความเป็นส่วนตัวและมีอุปกรณ์ในการช่วยเหลือเหมาะสม

**คำสำคัญ :** งานประจำสู่งานวิจัย, ทุพพลภาพ,ผู้ประกันตน

**Abstract**

This research was action research aimed at developing appropriate guidelines or screening procedures for registration of disabled insured persons at Nong Khai Hospital. It was developed from routine work for development (Routine to Research: R2R). Sample size was purposively selected pre-development group of 11 people and a group of post-development people of 10 people. The tool used to collect data included questionnaires. Record the waiting time of the agency Informal meeting, Reflexive Journal, Photo or video The data was analyzed with ready-made programs. By frequency distribution, mean, standard deviation, Mann-Whitney U, significance level .05, and content analysis.

The Results of the Research: The development of disability registration as a result, the waiting period for the assessment has been reduced. The average before it is a waiting time of 5 hours 16 minutes, the Mean Rank value was equal to 16. The after the average waiting time reduce to 1 hour 25 minutes, the Mean Rank value was equal to 5.5, the Mann-Whitney U value was equal to .00, Z value equals -3.88 p equals .00 ($p<.05$). The highest satisfaction with most disability registration services is at the highest level ($\overline{X}$=4.55, S.D.= .17) including convenience contact to request

[1] แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย

the speed of service with warm welcoming. There is a friendliness, speaking nicely, respectfully, and willing to serve. There also are take a good care with an attention and provide services with equality and fairness. The provide services are on a first-come, first-served basis with fairness. Give advice or answer questions very well and the place to assess people with disabilities is clean. Followed by high levels of satisfaction include a clear signpost. The place to assess people with disabilities is not crowded. Have privacy and have appropriate assistance equipment.
**Keywords**: Routine to Research: R2R, disabled, insured

**บทนำ**

"คนพิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น"จากสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย โดยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) จำนวนคนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัว คนพิการ 2,076,313 คน ร้อยละ 3.12 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, แผนปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2564, 2564) การขึ้นทะเบียนผู้พิการจะขึ้นตามสิทธิการรักษา สิทธิการรักษาที่ไม่ใช่ประกันสังคมจะขึ้นทะเบียนผู้พิการทั่วไป ส่วนสิทธิประกันสังคมจะขึ้นทะเบียนทุพพลภาพโรงพยาบาลหนองคายซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับการประเมินทุพพลภาพของผู้ประกันตนเพื่อให้เข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับได้แก่ การหยุดส่งเงินสมทบให้กับกองทุนประกันสังคม การได้รับเงินชดเชยจากกองทุนประกันสังคมรายเดือนคำนวณจากฐานเงินเดือน นอกนั้นยังได้รับเงินผู้พิการรายเดือนจากหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดหนองคายอีกด้วย แต่การที่จะเข้าถึงสิทธิดังกล่าวผู้ประกันตนจะต้องได้รับการคัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพจากโรงพยาบาลก่อน ในปี พ.ศ.2560-2565 โรงพยาบาลหนองคาย ได้ทำการประเมินทุพพลภาพจำนวน 99 ราย ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้ปฏิบัติงานด้านการคัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพผู้ประกันตน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองคาย ได้ตระหนักถึงปัญหาด้านความยุ่งยาก ความซับซ้อน ของการคัดกรองแต่ละราย ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาทั้งด้านโรงพยาบาลและปัญหาด้านผู้ประกันตน ด้านโรงพยาบาลนั้นมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องใช้เวลานานในการรอคอยจากการเก็บสถิติการรอคอยจากยื่นทำบัตรจนถึงแพทย์ประเมินใช้เวลานาน 20 วัน บางรายใช้เวลาถึง 30 วัน รวมทั้งการดูแลด้านร่างกายกรณีที่ต้องได้รับการดูแลพิเศษ เช่น ผู้ทุพพลภาพที่มาด้วยเปลนอน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ที่ต้องให้อาหารทางสายยาง ผู้ที่ใส่ท่อเจาะคอ ต้องได้รับการดูแลเรื่องระบบการหายใจ และระวังการอุดตันของเสมหะเป็นต้น ด้านผู้ทุพพลภาพและผู้ดูแลเสียเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลหลายครั้ง การเดินทางลำบากในกรณีที่ผู้ที่มาประเมินไม่สามารถช่วยตัวเองได้ บางรายใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจที่บ้านไม่สามารถเดินทางมาที่โรงพยาบาลได้ทำให้เสียสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ นอกจากนี้ยังเกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผลกระทบด้านจิตใจจากการประเมินความพึงพอใจด้านการคัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพปรากฏว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บริการร้อยละ 71 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกองการพยาบาลที่กำหนดว่าความพึงพอใจต้องมากกว่าร้อยละ 85 ปัญหาดังกล่าวล้วนเป็นอุปสรรคในการคัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพผู้ประกันตน ทำให้ผู้ประกันตนยังต้องมีภาระในการส่งเงินสมทบ แต่ในทางตรงข้ามผู้ประกันตนไม่สามารถทำงานได้ปกติจึงไม่สามารถนำส่งเงินสมทบได้และขาดโอกาสที่จะได้รับเงินชดเชยรายเดือนจากประกันสังคมและเงินผู้พิการ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับผู้ประกันตนและครอบครัวเพราะถือว่าเป็นเงินเลี้ยงชีพรายเดือนที่จะทำให้ผู้ประกันตนและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตในวิถีที่ควรจะเป็นได้ ดังนั้นผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการคัดกรองเพื่อตรวจประเมินทุพพลภาพ ผู้ประกันตน จึงได้ทำการวิจัยในครั้งนี้

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อพัฒนาแนวทางหรือขั้นตอนการคัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพ ผู้ประกันตน โรงพยาบาลหนองคายให้เหมาะสม

2. เพื่อลดระยะเวลารอคอยในการคัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพ ผู้ประกันตน โรงพยาบาลหนองคาย

3. เพื่อสร้างแนวทางการดูแลพยาบาลผู้ประกันตนที่มาตรวจประเมินทุพพลภาพเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพ

4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ประกันตนหรือผู้ดูแล

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยจากงานประจำเพื่อการพัฒนางาน (Routine to Research: R2R) (วิจารณ์ พานิช, 2551) ใช้ข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ร่วมกับข้อมูลวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) (Tashakkori and Teddlie, 1998 อ้างใน Cresswell, 2009) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำและน่าเชื่อถือมากที่สุด โดยรายละเอียดของขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย มีดังต่อไปนี้

**ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ประกันตนที่มาประเมินทุพพลภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกผู้ประกันตนทุกรายที่มาประเมินทุพพลภาพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคายในช่วงเวลาเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2566 จำนวน 10 ราย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลเอกสารผู้ประกันตนที่มาประเมินทุพพลภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย เลือกแบบเจาะจง(Purposive Sampling) โดยเลือกผู้ประกันตนทุกรายที่มาประเมินทุพพลภาพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคายในช่วงเวลาเดือนมกราคม-ธันวาคม 2565 จำนวน 11 ราย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ผู้ประเมิน พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ฝ่ายธุรการ เจ้าหน้าที่ศูนย์สิทธิการรักษาของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่จากสำนักงานประกันสังคมจังหวัด

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นผู้ประกันตนที่มารับการประเมินทุพพลภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย 2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารได้ ถ้าไม่สามารถสื่อสารได้ญาติหรือผู้ดูแลเป็นผู้สื่อสารแทนได้ 3) สมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีการบังคับ

เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ 2) ขอยกเลิกเข้าร่วมโครงการ

การกำหนดขนาดตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

**การวิเคราะห์ทางสถิติ**

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ สถิตินอนพาราเมตริก (Non-parametric statistic) Mann-Whitney U เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลัง ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์จากภาพถ่าย (Photo Analysis) ใช้หลักการตีความการให้ความหมายโดยปราศจากอคติ นำข้อมูลมาจัดกระทำเป็นระบบ แยกแยะเป็นองค์ประกอบรวมทั้งเชื่อมโยงและหาความสัมพันธ์ของข้อมูล (ชยันต์ วรรธนะภูติ,2546) วิธีการโดยการลงรหัสข้อมูล (Coding) หมายถึง การวิเคราะห์ แยกแยะข้อมูลและรวมข้อมูลเข้าด้วยกัน นำมาจัดกลุ่มข้อมูล (Categories) แล้วกำหนดธีม (Themes)(Miles and Huberman,1994 อ้างใน จำเนียร จวงตระกูล, 2553)

**ผลการวิจัย**

จากการศึกษาเอกสารการบันทึกของหน่วยงานด้านระยะเวลาการให้บริการ ตรวจสอบพบว่าระยะเวลารอคอยตั้งแต่ทำบัตรจนกระทั่งแพทย์ทำการประเมิน ตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม 2565 จำนวน 11 ราย มีค่าเฉลี่ยที่ 4.76 หรือ 5.16 ชั่วโมง ในด้านความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการภายหลังการคัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพของหน่วยงานซึ่งประกอบด้วย ด้านความสะดวกรวดเร็ว การบริการของเจ้าหน้าที่ การเอาใจใส่ดูแล พบว่าความพึงพอใน

ภาพรวม ร้อยละ 71 จากข้อมูลที่พบทำให้ทราบสภาพปัญหาในการคัดกรองและตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพ ผู้ประกันตน ดังนี้

1. ระยะเวลารอคอยการตรวจประเมินโดยแพทย์ใช้เวลานาน ประมาณ 5 ชั่วโมง 16 นาที

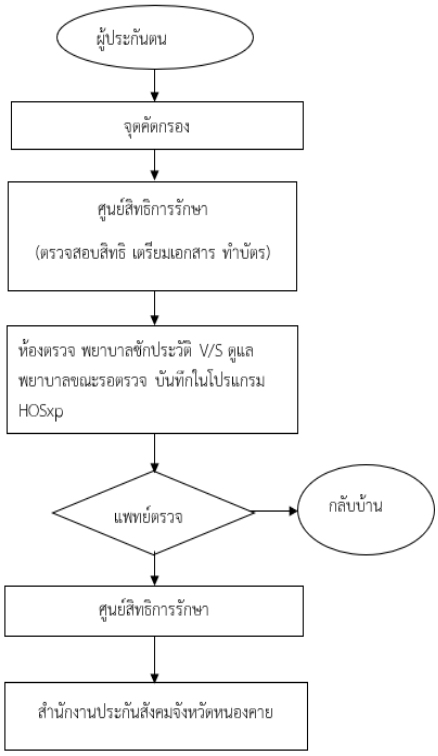
2. ระยะรอคอยเอกสารจากงานธุรการใช้เวลานานถึง 14 วัน

3. ไม่มีการนัดผู้ประกันตนล่วงหน้า

4. ความพึงพอใจต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานกำหนด (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 85)

5. ไม่มีคู่มือแนวทางการดูแลพยาบาลผู้ป่วยทุพพลภาพที่เป็นลายลักษณ์อักษร

6. ไม่มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ให้ทันยุคสมัย




ภาพประกอบ 1 แสดงการปรับปรุงขั้นตอนแนวทางการปฏิบัติการคัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพ

2. ด้านการลดระยะเวลารอคอยในการคัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพ ผู้ประกันตน โรงพยาบาลหนองคาย จากการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลารอคอยการประเมินนับตั้งแต่ทำบัตรจนถึงแพทย์ทำการประเมินภายหลังการพัฒนาแสดงในตารางที่ 1และตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงระยะเวลารอคอยการประเมินนับตั้งแต่ทำบัตรจนถึงแพทย์ทำการประเมิน

| ระยะเวลารอคอย | ความถี่(f) |
|---|---|
| น้อยกว่า1 ชั่วโมง | 6 |
| 1.01-2.00 ชั่วโมง | 4 |
| 2.01-3.00 ชั่วโมง | 0 |
| 3.01-4.00 ชั่วโมง | 0 |
| มากกว่า 4 ชั่วโมง | 0 |
| รวม | 10 |

จากตารางที่ 1 ระยะเวลารอคอยการประเมินนับตั้งแต่ทำบัตรจนถึงแพทย์ทำการประเมินพบว่าน้อยกว่า 1 ชั่วโมง มีจำนวน 6 ราย 1.01-2.00 ชั่วโมง มีจำนวน 4 ราย และไม่มีผู้ประกันตนที่รอนานมากกว่า 2 ชั่วโมง

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบระยะเวลารอคอย(Waiting time)ก่อนการพัฒนาและหลังพัฒนา

| ระยะเวลารอคอย | N | Mean | Mean Rank | Mann-Whitney U | Z | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| กลุ่มก่อนพัฒนา | 11 | 4.76 | 16 | .00 | -3.88 | .00 |
| กลุ่มหลังพัฒนา | 10 | 0.85 | 5.5 | | | |

p <.05

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างก่อนพัฒนามีจำนวน 11 ราย ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอย 5 ชั่วโมง16 นาที ค่าอันดับเฉลี่ย (Mean Rank) เท่ากับ 16 กลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนามีจำนวน 10 ราย ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอย 1 ชั่วโมง 25 นาที ค่าอันดับเฉลี่ย (Mean Rank) เท่ากับ 5.5 ค่า Mann-Whitney U เท่ากับ .00 ค่า Z เท่ากับ -3.88 p เท่ากับ .00 จึงสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนามีระยะเวลารอคอยน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนการพัฒนา

3. ด้านการสร้างแนวทางการดูแลพยาบาลผู้ประกันตนที่มาตรวจประเมินทุพพลภาพเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพ จากการสืบค้นพบว่าหน่วยงานไม่มีคู่มือแนวทางการดูแลพยาบาลผู้ป่วยทุพพลภาพที่เป็นลายลักษณ์อักษร ผลลัพธ์คือไม่มีการเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยเหลือต้องไปยืมหรือขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นซึ่งถือว่าเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าโดยไม่ได้มีการวางแผน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสร้างคู่มือแนวทางการดูแลพยาบาลผู้ทุพพลภาพได้ประยุกต์และจัดทำขึ้นภายใต้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกของกองการพยาบาล 9 มาตรฐานและภายใต้การดูแลกำกับของแพทย์ผู้ประเมิน

4. ด้านการประเมินความพึงพอใจของผู้ประกันตนหรือผู้ดูแล แสดงผลการประเมินในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความพึงพอใจของผู้ประกันตนภายหลังการพัฒนา

| | รายการประเมิน | $\overline{X}$ | S.D. | แปลผล |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ความสะดวกในการติดต่อขอใช้บริการ | 4.50 | .527 | มากที่สุด |
| 2 | ความรวดเร็วในบริการ | 4.50 | .527 | มากที่สุด |
| 3 | ต้อนรับด้วยมิตรไมตรีที่ดี พูดจาสุภาพ ให้เกียรติ | 4.80 | .422 | มากที่สุด |
| 4 | กระตือรือร้นเต็มใจให้บริการ | 4.90 | .316 | มากที่สุด |
| 5 | ให้การดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี | 4.80 | .422 | มากที่สุด |
| 6 | ให้บริการด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม ให้บริการตามลำดับก่อน-หลังด้วยความยุติธรรม | 4.60 | .516 | มากที่สุด |
| 7 | ให้คำแนะนำหรือตอบปัญหาข้อซักถามได้เป็นอย่างดี | 4.80 | .422 | มากที่สุด |
| 8 | มีป้ายบอกทางชัดเจน | 4.10 | .316 | มาก |
| 9 | สถานที่ตรวจประเมินผู้ทุพพลภาพสะอาด | 4.80 | .422 | มากที่สุด |
| 10 | สถานที่ตรวจประเมินผู้ทุพพลภาพคนไม่แออัด มีความเป็นส่วนตัว | 4.10 | .316 | มาก |
| 11 | มีอุปกรณ์ในการช่วยเหลือเหมาะสม | 4.20 | .422 | มาก |
| | รวม | 4.55 | .17 | |

จากตารางที่ 3 พบว่าความสะดวกในการติดต่อขอใช้บริการ ความรวดเร็วในบริการ เจ้าหน้าที่ต้อนรับด้วยมิตรไมตรีที่ดี พูดจาสุภาพ ให้เกียรติ กระตือรือร้นเต็มใจให้บริการ ให้การดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ให้บริการด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม ให้บริการตามลำดับก่อน-หลังด้วยความยุติธรรม ให้คำแนะนำหรือตอบปัญหาข้อซักถามได้เป็นอย่างดี สถานที่ตรวจประเมินผู้ทุพพลภาพสะอาด ผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด และการมีป้ายบอกทางชัดเจน สถานที่ตรวจประเมินผู้ทุพพลภาพคนไม่แออัด มีความเป็นส่วนตัว มีอุปกรณ์ในการช่วยเหลือเหมาะสม ผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจระดับมาก

**อภิปรายผล**

แนวปฏิบัติการคัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพ ผู้ประกันตน โรงพยาบาลหนองคาย แบบใหม่เป็นการปรับเปลี่ยนรูปแบบและขั้นตอนให้บริการมีผลทำให้ลดระยะเวลารอคอยในการคัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพ ผู้ประกันตน โรงพยาบาลหนองคาย ผู้วิจัยอธิบายว่ามีปัจจัย 5 ประการ ดังนี้

1. การนำระบบไลน์แอพพลิเคชั่นมาช่วยในการประสานงาน ซึ่งเดิมทีการประสานงานระหว่างผู้ประกันตนกับเจ้าหน้าที่ต้องใช้การเดินทางเท่านั้น ทำให้เสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง แต่เมื่อได้พัฒนาปรับปรุง เจ้าหน้าที่จากประกันสังคมจะเป็นตัวกลางในการประสานงานระหว่างผู้ประกันตนกับพยาบาล พยาบาลประสานงานกับแพทย์ แต่ผู้ประกันตนบางรายไม่มีโทรศัพท์ หรือมีโทรศัพท์แต่ไม่มีอินเตอร์เน็ต แต่ใช้โทรศัพท์มือถือของเจ้าหน้าที่ประสานกันเองทางไลน์โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้มาก

2. การมีระบบนัดล่วงหน้า เดิมไม่มีระบบนัดล่วงหน้า ผู้ประกันตนมาที่โรงพยาบาลเพื่อตรวจประเมินโดยไม่รู้ขั้นตอน บางรายมาถึงโรงพยาบาลแต่ไม่ได้รับการตรวจ เมื่อมีการนัดล่วงหน้าโดยเจ้าหน้าที่ประกันสังคมจะเตรียมข้อมูล เอกสาร ติดต่อโดยตรงกับผู้ประกันตน แล้วประสานกับพยาบาลเพื่อทำการนัด พยาบาลนัดกับแพทย์ผู้ตรวจ ทำให้การดำเนินงานคล่องตัว สะดวกมากขึ้น และผู้ประกันตนมีความมั่นใจว่ามาโรงพยาบาลแล้วได้รับการคัดกรองและตรวจร่างกายแน่นอน

3. การปรับเปลี่ยนขั้นตอนแนวทางการทำงานใหม่ ช่วยลดระยะเวลารอคอยการตรวจประเมิน บางขั้นตอน ที่ต้องใช้เวลานาน มีการปรับดำเนินการไว้ล่วงหน้า เช่น ระบบเอกสาร จะต้องมีการค้นและเตรียมประวัติไว้ล่วงหน้ารอผู้ประกันตนมาโรงพยาบาล

4. การปรับเปลี่ยนช่วงเวลาให้บริการ จากเริ่มแรกให้บริการในช่วงเช้าใช้เวลาให้บริการประมาณ 5 ชั่วโมง หลังจากปรับปรุงขั้นตอนการบริการใหม่ พบว่ายังใช้เวลาให้บริการถึง 4 ชั่วโมง เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุแล้วพบว่าความแออัดจากการให้บริการปะปนกับผู้ใช้บริการทั่วไป ทำให้ล่าช้า รอนาน จึงปรับเปลี่ยนช่วงเวลาให้บริการจากภาคเช้าเป็นภาคบ่าย ซึ่งผู้ป่วยทั่วไปที่มาตรวจภาคเช้านั้นตรวจเสร็จและกลับบ้านแล้ว ทำให้พื้นที่ว่าง สะดวก ลดเวลารอคอยเหลือ 1 ชั่วโมง

5. การทำงานเชิงรุก การให้บริการสมัยใหม่ต้องมีการปรับตัวเข้าหาผู้ใช้บริการ ผู้ใช้บริการเดินทางโรงพยาบาลเองได้ให้มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกปกติ แต่ถ้าผู้ประกันตนนอนโรงพยาบาลอยู่แล้ว ทีมประเมินซึ่งนำโดยแพทย์จะไปตรวจประเมินที่หอผู้ป่วย แต่กรณีที่ผู้ประกันตนไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแพทย์ประเมินเบื้องต้น ผู้ประกันตนจะได้รับการตรวจประเมินที่บ้านผ่านวีดิโอคอล ระบบไลน์แอพพลิเคชั่น

ดังนั้นปัจจัย 5 ประการที่มีผลต่อการลดระยะเวลารอคอยการตรวจประเมินสอดคล้องกับแนวคิดแบบลีน โดยไทอิจิ โอโนะ (Taiichi Ohno) ผู้จัดการบริษัทโตโยต้าชาวญี่ปุ่นผู้เป็นเจ้าของแนวความคิดลดทุกอย่างที่เป็นของเสียออกไป(Reduce Waste) บริหารจัดการการผลิต หรือองค์กรให้มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยการขจัดความสิ้นเปลืองและสูญเปล่า (Wastes) ของทุกกิจกรรม และกระบวนการดำเนินงานที่ไม่ได้ก่อให้เกิดมูลค่า โดยการทำให้ต้นทุนต่ำลงและจัดเรียงทุกๆ กิจกรรมที่สร้างคุณค่า (Value) ให้กับผลิตภัณฑ์ ให้มีประสิทธิภาพด้วยต้นทุนที่น้อยที่สุด เพื่อสร้างมูลค่าให้กับลูกค้าโดยการใช้ทรัพยากรอย่างจำกัด โดยกิจกรรมที่สร้างคุณค่า (กระชับเวลา) กิจกรรมที่ไม่สร้างคุณค่าหรือเป็นความสูญเปล่า (ขจัดตัดทิ้ง) จึงนำมาสู่การลดความสูญเปล่า และกิจกรรมที่ไม่สร้างคุณค่าแต่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (หาวิธีการใหม่ให้ได้จุดมุ่งหมายเดิม) และสอดคล้องกับการศึกษาแนวคิดลีนในการปรับปรุงกระบวนการผลิต ทำให้จำนวนกิจกรรมการผลิตและระยะเวลากระบวนการผลิตลดลง[3] การลดรอบเวลาการผลิตโดยใช้แนวคิดลีนสามารถลดเวลาการผลิตได้ 132 วินาที[8]และสอดคล้องกับการศึกษา[11]การใช้หลักการผลิตแบบ Lean เพื่อลดของเสียและปรับปรุงกระบวนการในผู้ผลิต ผลการปรับปรุงแสดงให้เห็นผลกระทบเชิงบวกในการลดอัตราส่วนของเสีย ทำให้เกิดการประหยัดต้นทุนการผลิตได้ถึงร้อยละ13 และสอดคล้องกับอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2560) อธิบายว่า Lean & Timeliness ควรที่จะกระจายภาระงาน (workload leveling) ลดเวลารอคอย เตรียมทุกอย่างให้พร้อม (rapid set up) การ

สื่อสารแบบกระชับ (SBAR) การตอบสนองแบบฉับพลัน (Early Warning Signs & Rapid Response)

ความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่มารับการตรวจประเมินทุพพลภาพหรือผู้ดูแล อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เป็นผลลัพธ์จากการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการพัฒนาแนวทางขั้นตอนหรือ Flow Chart แบบใหม่ มีระบบนัดล่วงหน้า ใช้ระบบไลน์แอพพลิเคชั่น มีการติดต่อประสานงานกันเป็นอย่างดีจากทุกฝ่าย การปรับเปลี่ยนช่วงเวลาให้บริการ ทำให้ระยะเวลารอคอยลดลง อีกทั้งการกำหนดคู่มือแนวทางการดูแลให้การพยาบาลตามความจำเป็นและตามความต้องการของผู้มาใช้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ มีผลต่อความพึงพอใจซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพการบริการที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า[6] พบว่าด้านความน่าเชื่อถือในการให้บริการสูงที่สุดอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง ระดับความพึงพอใจในด้านต่างๆและความพึงพอใจต่อการบริการ โดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ปัจจัยคุณภาพการบริการ 4 ด้าน คือ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และด้านการเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการมีผลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกุมภวาปีจังหวัดอุดรธานี[5] พบว่าก่อนพัฒนาความพึงพอใจอยู่ระดับปานกลางภายหลังการพัฒนาความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ในทางตรงข้ามถ้าความพึงพอใจต่ำหรือไม่มีความพึงพอใจจะมีผลต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล

## เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2564). รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย. สืบค้นจาก www.dep.go.th
2. จำเนียร จวงตระกูล. (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพ:เครื่องมือสร้างองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาประเทศ.บริษัทศูนย์กฎหมายธุรกิจอินเตอร์เนชั่นแนลจำกัด.
3. จุฑาภรณ์ แก้วสุด.(2562).การปรับปรุงกระบวนการผลิตด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดลีน กรณีศึกษา: โรงงานผลิตถุงมือยาง จ. สงขลา. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
4. ชยันต์ วรรธนะภูติ.(2546). การกำหนดกรอบคิดในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. ใน : อุทัย ดุลย เกษม, คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการพัฒนา. สถาบันวิจัยและพัฒนา : กรุงเทพฯ.
5. พัชนี สุมานิตย์.(2565). Journal of Research and Health Innovative Development วารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 (2022): ตุลาคม 2564 - เมษายน 2565
6. พัชรมน เชื้อนาคะ.(2564). คุณภาพการบริการที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. สืบค้นจาก https://archive.cm.mahidol.ac.th/handle/123456789/2271
7. วิจารณ์ พาณิช. (2551). R2R: Routine to Research สยบงานจำเจด้วยการวิจัย สู่โลกใหม่ของงานประจำ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
8. อาณัติ สุนทรหุต.(2562).การลดรอบเวลาการผลิตโดยใช้แนวคิดลีน กรณีศึกษา บริษัท อิเลกทรอนิกส์ จำกัด. ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต. สถาบันเทคโนโลยีไทย-ญี่ปุ่น.
9. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล.(2560). Lean กับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). การประชุมเชิงปฏิบัติการ “แนวคิด Leanกับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ.
10. Cresswell, J.W. (2009). Research Design: Qualitative, quantitative and mixed method approaches (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
11. J Kaneku-Orbegozo and etc. (2019). Applying Lean Manufacturing Principles to reduce waste and improve process in a manufacturer: A research study in Peru. Retrieved from . https://iopscience.iop.org/article/10.108.8/1757-899X/689/1/012020

# ผลของการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ ในยุคชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)

# The Results of Using Guidelines for Triage According to Level of Emergency at The Emergency Department, Sri Chiang Mai Hospital in the New Normal Way

(Received: January 18,2024 ; Revised: February 3,2024 ; Accepted: February 10,2024)

**จินดา จันภักดี**[1]
**Jinda Chanpakdee**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะของผู้คัดแยกก่อนและหลังใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ในยุคชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) และ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพก่อนและหลังใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ Case Studies กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะก่อนการให้ความรู้จำนวน 285 ตัวอย่าง และระยะหลังให้ความรู้จำนวน 217 ตัวอย่าง และหลังจากนั้นได้ดำเนินการระยะที่สองของกลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนอีกจำนวน 162 ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบทดสอบและแบบบันทึกทักษะการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาล ดำเนินการวิจัยโดยการวัดความรู้และทักษะ ติดตามประสิทธิภาพการคัดแยกก่อนและหลังการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติการคัดแยก นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงค่าความถี่ (f) ร้อยละ (Percentile) สถิติเชิงเปรียบเทียบใช้ค่าสถิติ Wilcoxon signed rank test ในการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพและใช้จำนวน ร้อยละ ในกลุ่มตัวอย่างเวชระเบียน

ผลการวิจัยพบว่า 1) การให้ความรู้การคัดแยกผู้ป่วยและการฝึกทักษะปฏิบัติในสถานการณ์จริงมีผลทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ทักษะและมีประสิทธิภาพในการคัดแยกเพิ่มมากขึ้น ระดับนัยทางสถิติที่ .05 2) การตรวจสอบความถูกต้องเวชระเบียนในระยะที่หนึ่งก่อนการให้ความรู้ในภาพรวม พยาบาลประเมินการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามความฉุกเฉินประเภท 1,2 และ 3 จำนวนทั้งหมด 285 ราย คัดแยกได้ถูกต้อง จำนวน 239 ราย คิดเป็นร้อยละ 84 คัดแยกต่ำกว่าความเป็นจริง จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 9 คัดแยกสูงกว่าความเป็นจริง จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 7 และหลังการให้ความรู้ พยาบาลสามารถประเมินการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามความฉุกเฉินประเภท1, 2 และ 3 จำนวนทั้งหมด 217 ราย คัดแยกได้ถูกต้อง จำนวน 189 รายคิดเป็นร้อยละ 87 คัดแยกต่ำกว่าความเป็นจริง จำนวน 17 รายคิดเป็นร้อยละ 8 คัดแยกสูงกว่าความเป็นจริง จำนวน 11 รายคิดเป็นร้อยละ 5 ในระยะที่สองการให้ความรู้ คำแนะนำเป็นรายบุคคล คัดแยกทั้งหมดจำนวน 162 ราย คัดแยกถูกต้องจำนวน 147 ราย คัดแยกต่ำกว่าความจริง 8 ราย ร้อยละ 5 คัดแยกสูงกว่าความจริงจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 4

**คำสำคัญ** : แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย ประสิทธิภาพการคัดแยก ยุคชีวิตวิถีใหม่(New normal)

**ABSTRACT**

This research has the objective To compare the knowledge and skills of triagers before and after using the guidelines for sorting patients according to emergency level. Emergency accident and forensic work Sri Chiang Mai Hospital in the New Normal era and to compare efficiency before and after using the guidelines for sorting patients according to their level of emergency. Using a quasi-experimental research method. (Quasi-Experimental Research) Case Studies, a sample of medical records obtained from simple random sampling, which was divided into 2 phases, namely the pre-educational period of 285 samples and the post-educational period of 217 samples, and after that, The second phase consisted of another sample of 162 medical records. Instruments used for data collection It is a test and recording of patient triage skills. Computer programs in hospitals. Conduct research by measuring knowledge

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่

and skills. Follow up on sorting efficiency before and after providing knowledge and sorting practice. Analyze the obtained data. By distributing frequency values (f), percentage (Percentile), and use non-parametric statistics (non-parametric) Comparative statistics used the Wilcoxon signed rank test to compare the before and after data of the sample of professional nurses and the number of percentages in the sample of medical records.

The results found that 1) Providing knowledge on patient triage and training in practical skills in real situations resulted in workers having knowledge. Skills and efficiency in sorting have increased. Statistical significance level is .05. 2) the sample group professional nurses, 8 people there were 3 samples in the age range of 21-30 years, 1 sample in the 31–40-year age, another 1 sample in the 41–50-year age, and 3 samples in the 51–60-year age group. There were 4 samples with work experience of no more than 5 years, no sample with work experience ranging from 6-15 years, and 4 people with work experience of 16 years or more. Checking the accuracy of medical records in the first phase is before providing overall knowledge. Nurses assessed the separation of patients according to emergency types 1, 2, and 3. A total of 285 cases were correctly sorted, 239 cases, accounting for 84 percent. Sorted below reality, 26 cases, accounting for 9 percent. The separation was higher than the actual number of 20 cases, accounting for 7 percent, and after providing knowledge Nurses were able to evaluate the separation of patients according to emergency types 1, 2, and 3. A total of 217 cases were correctly sorted, 189 cases, accounting for 87 percent, and under-sorted, 17 cases, accounting for 8 percent. The selection was higher than the actual number of 11 cases, accounting for 5 percent in the second phase of providing knowledge. Individual advice A total of 162 cases were excluded, 147 cases were correctly sorted, 8 cases were under-sorted, or 5 percent, 7 cases were over-sorted, or 4 percent.

**Keywords:** Triage Guideline, Quality of Triage, New Normal

**บทนำ**

ระบบการคัดแยกช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นพยาบาลพยาบาลมีแนวทางมาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ชัดเจน ส่งผลให้การปฏิบัติงานคัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น สามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมอัตราการไหลเวียนของผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น (Christ, M, Goransson, F., Winter, D., Bingisser, R., Platz, E. (2010) เพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน นอกจากนี้การนำระบบการคัดแยกเข้ามาใช้เพื่อเป็นแนวทางวัดและประเมินผลคุณภาพบริการพยาบาลด้านการจัดระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยของงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีบุคลากรทั้งหมด 138 คนแบ่งเป็นกลุ่มงาน 12 กลุ่มงาน มีผู้ป่วยมาใช้บริการตลอด 24 ชั่วโมง งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มการพยาบาลมีพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรองจำนวน 9 คนนับรวมหัวหน้างาน มีหน้าที่ ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินที่มาโรงพยาบาล บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) บริการส่งต่อตลอด 24 ชั่วโมง ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย รวมทั้งบริการการคลอดนอกเวลาราชการ ดังนั้น การคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามลำดับความรุนแรงซึ่งมีทั้งผู้ป่วยที่มาเองและผู้ป่วยที่ถูกส่งมาจากผู้ป่วยนอกจะเกิดขึ้นทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการ ในการปฏิบัติงานที่ผ่านมายังคงมีปัญหาในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วย เช่น การคัดแยกผู้ป่วยผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อน ระยะเวลารอคอยนาน หรือในบางครั้งผู้ป่วยถูกคัดแยกอยู่ในกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยมากกว่าอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง (over triage) หรืออยู่ในกลุ่มที่ถูกประเมินอาการน้อยกว่าความเป็นจริง (Under triage) จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการในปี พ.ศ.2564 มีผู้มารับบริการทั้งหมด 44,284 ราย ผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน 2,333 ราย ผู้ป่วยอุบัติเหตุ 1,360 ราย ประเภทที่ 1 สีแดง ภาวะวิกฤติต่อชีวิต ต้องได้รับการช่วยเหลือทันทีจำนวน 291 ราย ประเภทที่2 สีชมพู เร่งด่วนฉุกเฉิน ต้องช่วยเหลือ

ภายใน 5 นาทีมีจำนวน 835 ราย และประเภทที่3 ฉุกเฉินปานกลาง สีเหลืองจำนวน 2,527 ราย ในปี พ.ศ.2565 มีผู้มารับบริการทั้งหมด 25,795 ราย ผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน 2,264 ราย ผู้ป่วยอุบัติเหตุ 1,359 ราย รวมผู้ป่วยประเภท1,2 และ 3 จำนวนทั้งหมด 4,053 ราย ประเภทที่ 1 สีแดง ภาวะวิกฤติต่อชีวิตต้องได้รับการช่วยเหลือทันทีจำนวน 148 ราย (ร้อยละ 7) ประเภทที่2 สีชมพู เร่งด่วนฉุกเฉิน ต้องช่วยเหลือภายใน 5 นาทีมีจำนวน 994 ราย (ร้อยละ 24) และประเภทที่3 ฉุกเฉินปานกลาง สีเหลือง จำนวน 2,911 ราย (ร้อยละ 69) เมื่อศึกษาทบทวนความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยประเภท 1,2 และ 3 จากเวชระเบียนในปี พ.ศ. 2565 พบว่าคัดแยกถูกต้อง (Correct triage) จำนวน 3,363 รายคิดเป็นร้อยละ 83 คัดแยกสูงกว่าความจริง (Over triage) จำนวน 244 รายคิดเป็นร้อยละ 6 คัดแยกต่ำกว่าความจริง (Under triage) จำนวน 446 รายคิดเป็นร้อยละ 11 การคัดแยกที่สูงเกินกว่าความจริงทำให้มีโอกาสที่จะใช้ทรัพยากรมากขึ้น ส่วนในทางตรงข้ามการคัดแยกที่ต่ำกว่าความจริงนับว่าเป็นความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อชีวิตเนื่องไม่ได้รับช่วยเหลือตามลำดับความเร่งด่วนที่ควรจะเป็นและส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาในการคัดแยกผู้ป่วยประเภท1,2 และ 3 ส่วนประเภท 4 และ 5 ไม่มีอุปสรรคปัญหา ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19[2,3]

จากข้อมูลปรากฏว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกคนรวมทั้งผู้วิจัยต่างติดเชื้อโควิด 19 คิดเป็นร้อยละ 100 อีกทั้งความรู้เรื่องโรคและแนวทางการป้องกันยังไม่มีความชัดเจนแน่นอน ทุกคนล้วนผ่านภาวะวิกฤติชีวิต ผ่านการรอดตาย ผ่านช่วงยากลำบากร่วมกัน ดังนั้นผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามความฉุกเฉินจึงได้ศึกษาแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยและนำแนวทางมาประยุกต์ใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการอีกทั้งในยุคสมัยใหม่สถานการณ์วิกฤติมีการระบาดโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งโรคระบาดอุบัติใหม่จนปัจจุบันกลายเป็นโรคประจำถิ่นซึ่งโรคนี้เป็นโรคที่ติดต่อได้ทาง ทางเดินหายใจ การสัมผัส ผู้ปฏิบัติหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยมีโอกาสที่จะได้รับเชื้อโรคซึ่งการป้องกันการติดต่อจะต้องมีความเหมาะสมตามยุคสมัย ผู้ปฏิบัติงานจึงต้องมีความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรค เพื่อให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ในยุคชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)” โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติการคัดแยกสามารถป้องกันตัวเองจากการติดต่อของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID-19)ได้

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับความรู้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ในยุคชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)

2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพก่อนและหลังใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ในยุคชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)

**วิธีการวิจัย**

ใช้วิธีการดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เครื่องมือแบ่งเป็น 2 ประเภทได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยและบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา( Index of item objective

congruence)ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมและชัดเจนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและ (2) การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข แล้วไปทดลองใช้ (Try Out) โดยทดลองใช้กับพยาบาลที่งานผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้เข้าร่วมวิจัยซึ่งมีลักษณะงานคัดกรองผู้ป่วยที่คล้ายกันกับการคัดแยกงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ .81 การวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ระยะได้แก่ ระยะที่หนึ่งเป็นการให้ความรู้ในภาพรวม มี 3 ขั้น ได้แก่ ขั้นก่อนการทดลอง ขั้นทดลองและหลังการทดลองและระยะที่สองเป็นการให้ความรู้ ให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลในการวิเคราะห์และประมวลผลผู้วิจัยใช้แบบทดสอบก่อนและหลังการให้ความรู้การคัดแยกผู้ป่วยและแบบบันทึกการความถูกต้องในการคัดแยกประเภท 1, 2และ 3

**ประชากร/ตัวอย่าง**

ระยะที่หนึ่งของการวิจัยประชากรแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ประชากรพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชจำนวนทั้งหมด 8 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงทั้งหมด 8 ราย และประชากรเวชระเบียนที่ผ่านการคัดแยกประเภท 1, 2 และ 3 กำหนดจำนวนประชากรทั้งหมด ใช้ตารางเครซี่และมอแกน (Krejcie & Morgan) ค่าความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน 5% กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างและทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากประชากรทั้งหมดก่อนการทดลอง 1,100 ราย กลุ่มตัวอย่าง 285 ราย ภายหลังการทดลองประชากรทั้งหมด 505 ราย กลุ่มตัวอย่าง 217 ราย และระยะที่สองเป็นระยะให้ความรู้เป็นรายบุคคล ประชากรทั้งหมด 279 ราย กลุ่มตัวอย่าง 162 ราย

**เกณฑ์การคัดเข้า**

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่
2. เป็นผู้มีสติสัมปะชัญญะ
3. สมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีการบังคับ

**เกณฑ์การคัดออก**

1.ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ
2. ขอยกเลิกเข้าร่วมโครงการ

**การวิเคราะห์ทางสถิติ**

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงค่าความถี่ (f) ร้อยละ (Percentile) สถิติเชิงเปรียบเทียบใช้ค่าสถิติ Wilcoxon signed rank test ในการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพและใช้จำนวน ร้อยละ ในกลุ่มตัวอย่างเวชระเบียน

**ผลการศึกษา**

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบทดสอบในครั้งนี้ มีช่วงอายุ 21-30 ปี จำนวน 3 คน ช่วงอายุ 31-40 ปี มีจำนวน 1 ราย ช่วงอายุ 41-50 ปี มีจำนวน 1 รายและช่วงอายุ 51-60 ปี มีจำนวน 3 ราย มีประสบการณ์การทำงานไม่เกิน 5 ปี จำนวน 4 คน ไม่มีผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ช่วง 6-15 ปี และมีผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คน

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องการคัดแยกผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

| ก่อน-หลัง | N | Mean Rank | Sum of Ranks | Z | *P*-value |
|---|---|---|---|---|---|
| จำนวนผู้ที่ได้คะแนนก่อนน้อยกว่าหลัง | 8 | 4.50 | 36.0 | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| จำนวนผู้ที่ได้คะแนนก่อนมากกว่าหลัง<br>จำนวนผู้ที่ได้คะแนนก่อนเท่ากับหลัง | 0<br>0 | .00 | .00 | -2.533 | .011 |
| รวม | 8 | | | | |

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ามีผู้ได้คะแนนหลังการได้รับความรู้การคัดแยกผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการได้รับความรู้การคัดแยกผู้ป่วย จำนวนทั้งหมด 8 คน จากการทดสอบค่า Wilcoxon test ได้ ค่า Z=-2.533 ค่า *P*-value=.011 จึงสรุปได้ว่า ทุกคนมีคะแนนหลังจากได้รับความรู้สูงกว่าคะแนนก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบร้อยละของความถูกต้องการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามความฉุกเฉินประเภท 1,2 และ 3 ระยะที่หนึ่งก่อนให้ความรู้ย้อนหลัง 3 เดือนตั้งแต่ มิถุนายน-สิงหาคม 2566 และหลังให้ความรู้ตั้งแต่เดือนกันยายน-ตุลาคม 2566 และระยะที่สองเดือน พฤศจิกายน 2566 จากบันทึกเวชระเบียนโปรแกรม HOSxp

| ประเด็น | ระยะที่หนึ่ง | | | | ระยะที่สอง | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ก่อน (มิ.ย.-ส.ค.66) | | หลัง (ก.ย.-ต.ค.66) | | พ.ย.66 | |
| การคัดแยก | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| คัดแยกถูกต้อง | 239 | 84 | 189 | 87 | 147 | 91 |
| คัดแยกต่ำกว่าความจริง | 26 | 9 | 17 | 8 | 8 | 5 |
| คัดแยกสูงกว่าความจริง | 20 | 7 | 11 | 5 | 7 | 4 |
| รวม | 285 | 100 | 217 | 100 | 162 | 100 |

จากตารางที่ 2 โดยการตรวจสอบเวชระเบียนในระยะที่หนึ่งก่อนการให้ความรู้ในภาพรวม พยาบาลประเมินการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามความฉุกเฉินประเภท 1,2 และ 3 จำนวนทั้งหมด 285 ราย คัดแยกได้ถูกต้อง จำนวน 239 ราย คิดเป็นร้อยละ 84 คัดแยกต่ำกว่าความเป็นจริง จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 9 คัดแยกสูงกว่าความเป็นจริง จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 7 และหลังการให้ความรู้พยาบาลสามารถประเมินการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามความฉุกเฉินประเภท 1, 2 และ 3 จำนวนทั้งหมด 217 ราย คัดแยกได้ถูกต้อง จำนวน 189 รายคิดเป็นร้อยละ 87 คัดแยกต่ำกว่าความเป็นจริง จำนวน 17 รายคิดเป็นร้อยละ 8 คัดแยกสูงกว่าความเป็นจริง จำนวน 11 รายคิดเป็นร้อยละ 5 ในระยะที่สองการให้ความรู้ คำแนะนำเป็นรายบุคคล คัดแยกทั้งหมดจำนวน 162 ราย คัดแยกถูกต้องจำนวน 147 ราย คัดแยกต่ำกว่าความจริง 8 ราย ร้อยละ 5 คัดแยกสูงกว่าความจริงจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 4

**สรุปและอภิปรายผล**

พบว่า หลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามประเภทฉุกเฉินเร่งด่วนและการฝึกทักษะปฏิบัติการคัดแยกในสถานการณ์จริง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และทักษะการปฏิบัติการคัดแยกแตกต่างจากคะแนนความรู้และทักษะการปฏิบัติการคัดแยกก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า แนวทางการคัดแยกที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ประยุกต์การใช้งานจากแนวทางของ MOPH ED. Triage(กระทรวงสาธารณสุข, 2561)[4] ได้จัดทำขึ้นนั้นสามารถเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้จริงและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เหมาะสมกับสถานการณ์การคัดแยกผู้ป่วยในยุคชีวิตวิถีใหม่(New Normal)

การให้ความรู้การคัดแยกผู้ป่วยและการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงมีผลทำให้ประสิทธิภาพการ

คัดแยกเพิ่มมากขึ้น พบว่า ยอมรับสมมติฐานหรือสมมติฐานเป็นจริง แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้การคัดแยกผู้ป่วยและการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงมีผลทำให้ประสิทธิภาพการคัดแยกเพิ่มมากขึ้น [5] ซึ่งสอดคล้องกับ อรวรรณ อุทัยมณีรัตน์ (2552)[6] มองว่าความรู้ คือ สิ่งที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคล การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆหรือจากการศึกษาค้นคว้าผสมผสานกับ ประสบการณ์ ที่ได้รับทั้งทางตรง และทางอ้อมแล้วนำไปเชื่อมโยงประยุกต์ใช้ในการทำงาน หรือดำเนินกิจกรรมอื่นๆอย่างมีประโยชน์ จนเกิดประสิทธิภาพอันจะนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้จากตัวคนสู่องค์กร และ ยังได้เน้นย้ำอีกว่า ความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ตรง ความรู้ประเภทนี้เกิดจากการที่บุคคลได้เรียนรู้จากการสัมผัสเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นๆด้วยตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้โดยการสังเคราะห์ วิเคราะห์ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นๆ ออกมาเป็นความรู้เฉพาะทาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพ ความรู้และทักษะของผู้คัดแยกก่อนและหลังใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ในยุคชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ Case Studies เป็นรูปแบบที่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการสุ่มและไม่มีกลุ่มควบคุมจะใช้ศึกษาในสถานการณ์ที่ต้องการข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจเฉพาะกลุ่มหรือรายบุคคลซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช [7] จากผลการวิจัย จึงนำไปสู่การพัฒนาตามแนวทางการจัดการความรู้ซึ่งการจัดการความรู้ คือ เครื่องมือเพื่อการบรรลุเป้าหมาย อย่างน้อย 4 ประการไปพร้อมๆกันได้แก่ บรรลุเป้าหมายของงาน บรรลุเป้าหมายการพัฒนาคน บรรลุเป้าหมายการพัฒนาองค์กรไปเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และบรรลุความเป็นชุมชนเป็นหมู่คณะ ที่มีความเอื้ออาทรระหว่างกันในที่ทำงาน เรื่องการจัดการความรู้สุดท้าย คือ ระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล ระบบการประเมินผลงาน และระบบการยกย่องชมเชย ที่ช่วยให้องค์กรสามารถดำเนินกิจกรรมการจัดการความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ซึ่งผู้วิจัยได้วางแผนการทำวิจัยต่อเนื่องในหัวข้อ การจัดการความรู้ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ในยุคชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ในอนาคตอันใกล้นี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Christ, M, Goransson, F., Winter, D., Bingisser, R., Platz, E. (2010). Modern Triage in the Emergency Department Medicine 2010; 107 (50); 892 898.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). การวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นวันที่ 20 สิงหาคม 2566 จาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/2566041.
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2563).มาตรการการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับพัฒนา “สถานที่ทำงานต้านโควิด 19 ในฐานวิถีชีวิตใหม่ : New Normal”.สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดีไซน์.
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2561). MOPH ED. TRIAGE. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี
5. เมตตา สุทธิพรไพศาลกุลและคณะ.(2566).ประสิทธิผลการใช้โปรแกรม Thabo Crown Prince Hospital Emergency Severity Index (TCPH ESI)ในการคัดแยกผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ.วารสารการพยาบาลสุขภาพ และการศึกษา. ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2566) Vol.6 No.1(January– April 2023).
6. อรวรรณ อุทัยมณีรัตน์. (2552). การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานด้านกิจการนักศึกษา มหาวิทยาลัยนอร์ท-เชียงใหม่. (การค้นคว้าแบบอิสระศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) Chakravarti, Laha, and Roy, (1967). Handbook of Methods of Applied Statistics, Volume I, John Wiley and Sons, pp. 392-394.
7. อรพินทร์ ชูชม. (2552). การวิจัยกึ่งทดลอง.วารสารพฤติกรรมศาสตร์. ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 กันยายน 2552.

# การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) : กรณีศึกษา 2 ราย

# Nursing Care of End Stage Renal Disease with chronic hepatitis B Patients undergoing Hemodialysis: 2 Case Studies.

(Received: January 18,2024 ; Revised: February 3,2024 ; Accepted: February 10,2024)

**ณัฐพร ทองดี**[1]
Nattaporn Thongdee[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ดำเนินการศึกษาและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างปีงบประมาณ 2565 ถึง 2566 โดยทำการศึกษาจากประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับ เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) การสังเกตสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ 2) แบบบันทึกการพยาบาล และ 3) แบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลสกลนคร กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของของกอร์ดอน และแนวทางการวางแผนจำหน่าย DMETHOD มาวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาที่1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 36 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว มาโรงพยาบาลสกลนครในช่วงเดือนกันยายน 2565 ด้วยอาการมีแผลที่เท้า ติดเชื้อ ตรวจพบไวรัสตับอักเสบบีและไตวายระยะสุดท้ายได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ขณะที่นอนรักษาตัวได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ และให้การรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อเนื่อง 2 ครั้ง/สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร มีการประเมินและให้การพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีตามแผนการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาล กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 42 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว แพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนส่งตัวมารักษาต่อโรงพยาบาลสกลนครในช่วงเดือนกันยายน 2566 ส่งตัวมาด้วยถ่ายเหลวเป็นน้ำมากกว่า 10 ครั้ง อาเจียนเป็นเศษอาหารมากกว่า 10 ครั้ง ตรวจพบไวรัสตับอักเสบบีและไตวายระยะสุดท้ายได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ขณะที่นอนรักษาตัวได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ และให้การรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อเนื่อง 2 ครั้ง/สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ประเมินและให้การพยาบาลไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย,การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม,การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

**ABSTRACT**

This study was case study aimed to study nursing guidelines for patients with chronic kidney disease receiving hemodialysis. and were infected with the hepatitis B virus (Hepatitis B). Case study of 2 patients. Study in patients with chronic kidney disease who received hemodialysis and were infected with the hepatitis B virus (Hepatitis B). Conducted a study and nursing plan for patients admitted to the hospital. Sakon Nakhon Nurse Between fiscal years 2022 and 2023, the study was based on patient history and medical records. Medical treatment received The tools used to collect data consisted of 1) observation and interview with patients and relatives, 2) nursing record form, and 3) nursing record form of Sakon Nakhon Hospital. Formulate nursing diagnosis using Gordon's Health Model concept. and DMETHOD discharge planning guidelines to plan nursing action according to nursing diagnosis. Summarize and evaluate nursing results.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาลงานรักษาพิเศษ โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

Study results : Case study 1 Thai male patient, age 36 years, has no history of underlying disease. Came to Sakon Nakhon Hospital in September 2022 with symptoms of foot ulcers, infection, tested positive for hepatitis B and end-stage kidney failure and received hemodialysis using a hemodialysis machine. While recovering, he received treatment according to the doctor's treatment plan. and provide continuous hemodialysis treatment 2 times/week at Sakon Nakhon Hospital Center Evaluating and providing nursing care for complications of hepatitis B infection. According to the doctor's treatment plan and nursing plan. case study 2, a Thai male patient, age 42 years, with no history of congenital disease. Doctors at the community hospital diagnosed him with high blood pressure before sending him for treatment to Sakon Nakhon Hospital in September 2023. He came with watery diarrhea more than 10 times, vomiting food scraps more than 10 times, and hepatitis B virus was detected. and end-stage kidney failure received hemodialysis using a hemodialysis machine. While recovering, he received treatment according to the doctor's treatment plan. and provide continuous hemodialysis treatment 2 times/week at Sakon Nakhon Hospital Center Evaluated and provided nursing care without any complications.
**Keywords :** patients with end-stage renal disease, hemodialysis, hepatitis B virus infection

**บทนำ**

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโลกและของประเทศไทย เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงขึ้นทุกปี มีระยะเวลาการดำเนินโรคยาวนาน เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ข้อมูลและสถิติจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย มีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวนมากถึง 24,221 คน และมีจำนวนเพิ่มขึ้นปีละ 1,000-2,000 ราย จากสถิติตั้งแต่ปี 2559 – 2563 พบว่าจำนวนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ลงทะเบียนของสมาคมโรคไต มีจำนวน 100,970, 114,271, 128,987, 151,343 และ 170,774 ตามลำดับ โดยจำนวนดังกล่าวนี้ ได้รับการรักษา ด้วยวิธี Hemodialysis, Peritoneal dialysis และ Kidney Transplantation จากสถิติพบว่า การรักษาด้วยวิธี Hemodialysis มีผู้เข้ารับการรักษาเป็นจำนวน 72,622, 84,910, 97,265, 114,262 และ 129,724 ตามลำดับ[1] โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) เป็นการขจัดของเสียและน้ำออกจากเลือด โดยเลือดจะออกจากตัวผู้ป่วย ทางเส้นเลือดดำแล้วผ่านตัวกรองซึ่งในตัวกรอง จะมีเนื้อเยื่อที่จะช่วยกรองของเสียและน้ำด้วยกลไกการแพร่ออกจากเลือด เมื่อเลือดผ่านตัวกรอง แล้วจะกลายเป็นเลือดดีและกลับสู่ร่างกาย โดยกระบวนการทั้งหมดนี้จะถูกควบคุม โดยเครื่องไตเทียม (hemodialysis machine) ที่ปัจจุบัน มีระบบควบคุมความปลอดภัยในระดับสูง การฟอกเลือดแต่ละครั้ง ต้องใช้เวลา 4 ชม. และต้องทำการฟอกเลือด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง

ไวรัสตับอักเสบบีเป็น hepatotrophic virus ชนิดเดียวที่เป็น DNA virus ในจีโนมของไวรัสตับ อักเสบบีประกอบไปด้วย 4 ส่วนประกอบของยีน (gene component) ได้แก่ S, C, P และ X gene เมื่อมีการถอดรหัสจากแต่ละ open reading frame จะส่งผลให้เกิดผลผลิตจากแต่ละยีน (gene) ของไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบีติดต่อทางเลือดและสารคัด หลั่งเป็นหลัก (blood borne) โดยช่องทางการแพร่ เชื้อที่สำคัญ ได้แก่ 1. การติดเชื้อจากแม่สู่ลูก (perinatal หรือ vertical transmission) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่เกิดการคลอดจากการที่ ทารกสัมผัสเลือดมารดาระหว่างคลอด 2. การติดเชื้อจากการได้รับเลือดและผลิตภัณฑ์ ของเลือด (transfusion of blood and blood component) 3. การติดเชื้อผ่านทางผิวหนังที่เป็นแผลเมื่อ สัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย (percutaneous transmission) เช่น จากการใช้เข็มฉีดสารเสพติดร่วมกัน หรือ ใช้เข็มสำหรับการสัก การเจาะร่างกายร่วมกับผู้ที่เป็นโรค รวมถึง needlestick injury ในบุคลากรทางการแพทย์เป็นต้น 4. การมีเพศสัมพันธ์

กับผู้ที่ติดเชื้อ (sexual transmission) การติดเชื้อแบบที่ 2, 3 และ4 อาจรวมเรียกว่าเป็นการติดเชื้อแบบ “horizontal transmission” ไวรัสตับอักเสบบีไม่ติดต่อทางการรับ ประทานอาหารหรือน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ แต่การดำเนินโรคของไวรัสตับอักเสบบีค่อนข้างหลากหลาย การให้การวินิจฉัย ติดตามอาการและพิจารณาให้การรักษาในช่วงเวลาที่เหมาะสมจะทำให้สามารถลดการเกิดตับวาย ตับแข็งและมะเร็งตับ ซึ่งล้วนเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง[2]

จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลสกลนคร ในปี 2563-2565 มีผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในหน่วยไตเทียม จำนวน 15, 21 และ 28 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการรักษาโรคไตวายเรื้อรัง ที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น พยาบาลไตเทียมจึงเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามมาตรฐานอย่างใกล้ชิดทุกขั้นตอนรวมถึงการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การที่พยาบาลไตเทียมมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และทักษะในการดูแล มีการศึกษาหาความรู้ฝึกฝนพัฒนาการปฏิบัติงานของตนเองอยู่เสมอ ทำให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลไตเทียมที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ในหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลสกลนคร จึงสนใจศึกษากรณีเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) จำนวน 2 รายโดย 1 รายมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ส่วนอีก 1 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

2. เพื่อนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ให้มีประสิทธิภาพมาก

**วิธีการศึกษา**

ศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) : ที่มารับบริการในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสกลนคร ดำเนินการศึกษาช่วงในช่วงเดือน กันยายน 2565 -เดือนตุลาคม 2566 ทำการศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) การสังเกตสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ 2) แบบบันทึกการพยาบาล และ 3) แบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลสกลนคร โดยมีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

1. ดำเนินการขอจริยธรรมจากสำนักงานจริยธรรมในคน โรงพยาบาลสกลนคร

2. คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้รับบริการ ที่เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) โรงพยาบาลสกลนครในช่วงเดือน กันยายน 2565 - ตุลาคม 2566 และรักษาต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

3. บันทึกเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนครในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

4. ศึกษาตำรา ค้นคว้าเอกสาร ทบทวนความรู้ บทความ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ

5. นำเนื้อหาข้อมูลของกรณีศึกษา ทั้ง ๒ ราย นำมาเปรียบเทียบกับแนวคิดการพยาบาลแบบนำแนวคิดการพยาบาลแบบแผนสุขภาพของของกอร์ดอน และแนวทางการวางแผนจำหน่าย DMETHOD

6. จัดทำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อายุรแพทย์โรคไตตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

7. นำข้อเสนอแนะ ตามคำชี้แนะ มาปรับปรุงแก้ไข

8. สรุป อภิปรายผลกรณีศึกษา

9. จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงานกรณีศึกษา

**จริยธรรมในการศึกษา**

ได้ดำเนินการขอจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ในการขอใช้ข้อมูลผู้ป่วยต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เลขที่โครงการวิจัย SKNHREC No.105/2566 โดยผ่านการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2566

**ผลการศึกษา**

**กรณีศึกษาที่ 1** ผู้ป่วยชายไทยอายุ 36 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว มาโรงพยาบาลสกลนครในช่วงเดือนกันยายน 2565 ด้วยอาการมีแผล ที่เท้าติดเชื้อ ตรวจพบไวรัสตับอักเสบบีและไตวายระยะสุดท้ายได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม *การวินิจฉัยแรกรับ*

cellulitis left foot with Sepsis

*การตรวจร่างกาย* General appearance : รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง อ่อนเพลียมาก HEENT : ซีด ตัวเหลือง ตาเหลือง ตามองเห็นชัดเจน หูได้ยินชัดเจน รับประทานอาหารได้น้อย ท้องเสีย มี Neck vein engorge บวมกดบุ๋ม 2+ Heart : Normal S1S2 อัตราการเต้นของหัวใจปกติ Lungs : mild Crepitation both Lungs Abdomen : shifting dullness positive มี ascites Liver 2 finger-breadths Hepatosplenomegaly Extremity: left Les warm and swelling. แขนสองข้างปกติ Urogenital : ปัสสาวะออกน้อย Neuro-signs : E4V5M6 On Double-lumen catheter in the right femeral vein

*สัญญาณชีพแรกรับ* อุณหภูมิ 39.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 118 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 110/ 70 มิลลิเมตรปรอท

*การวินิจฉัยโรค* End stage renal disease

*ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนฟอกเลือด* BUN 118 mg/dl Cr 13.39 mg/dl eGFR 4 mL/min/1.7 Na 134 mmol/L K 4.5 mmol/L Cl 105 mmol/L CO2 15 mmol/L PT 19.90 sec PTT 30.20 sec Hct 15 % Hb 5.3 g/dl HBsAg positive *Ultrasound abdomen* -both kidneys have normal size,Suggest liver cirrhosis,portal hypertension splenomegaly about 16.3 cm, parenchymatous change of both kidneys,minimal ascitis แผนการรักษาของแพทย์ขณะที่นอนรักษาตัว ให้ยาปฏิชีวนะ,สารน้ำทางหลอดเลือดดำ,ยาเพิ่มด่างในร่างกาย, ยาขับปัสสาวะ, ได้รับเลือด,ได้รับยาต้านไวรัสLamivudine และได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งให้การรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อเนื่อง 2 ครั้ง/สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

**กรณีศึกษาที่ 2** ผู้ป่วยชายไทยอายุ 42 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว แพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนส่งตัวมารักษาต่อโรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือนกันยายน 2566 ด้วยอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำมากกว่า 10 ครั้ง อาเจียนเป็นเศษอาหารมากกว่า 10 ครั้ง ตรวจพบไวรัสตับอักเสบบีและไตวายระยะสุดท้ายได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

*สัญญาณชีพแรกรับ* อุณหภูมิ 39.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 118 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 110/ 70 มิลลิเมตรปรอท

*ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนฟอกเลือด* BUN 127 mg/dl Cr 21.52 mg/dl eGFR 2 mL/min/1.7 Na 137 mmol/L K 5.1 mmol/L Cl 106 mmol/L CO2 13 mmol/L Hct 28 % Hb 9.7 g/dl HBsAg positive *Ultrasound abdomen* both kidneys have small size right kidney is measured about 7.3x3.6x3.9 cm. left kidney is measured about 7.7 x 3.2 x 3.1 cm., moderate ascities

*การตรวจร่างกาย* General appearance : รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง อ่อนเพลีย HEENT : ไม่ซีด ตามมองเห็นชัดเจน หูได้ยินชัดเจน รับประทานอาหารได้น้อย ท้องเสีย อาเจียน No Neck vein engorge ไม่บวม Heart : Normal S1S2 อัตราการเต้นของหัวใจปกติ Lungs : Clear both Lungs อัตราการหายใจปกติ Abdomen : shifting dullness negative มี mild ascites No hepatosplenomegaly Extremity: การเคลื่อนไหวแขน ขาปกติ Urogenital : ปัสสาวะออกปกติ Neuro-signs : E4V5M6 On Double-lumen catheter in the right jugular vein

*การวินิจฉัยโรค* End stage renal disease ขณะที่นอนรักษาตัวได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

*การรักษา* ให้ยาปฏิชีวนะ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ,ยาเพิ่มด่างในร่างกาย, ยาลดความดันโลหิต และให้การรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อเนื่อง 2 ครั้ง/สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

**การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมและมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B)**

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| 1.ระยะก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 1. มีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตเสียหน้าที่<br>2. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างเนื่องจากไตเสียหน้าที่<br>3. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากไตเสียหน้าที่<br>4. ไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อในร่างกาย | 1. มีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจาก ไตเสียหน้าที่<br>2. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างเนื่องจากไตเสียหน้าที่<br>3. ไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อในร่างกาย<br>4. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง |
| 2. ระยะระหว่างฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 1. เสี่ยงต่อการสูญเสียภาพลักษณ์ คุณค่าของตนเองเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม<br>2. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรังและ ไวรัสตับอักเสบบี รวมถึงแนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว ขณะเจ็บป่วย<br>3. ความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากภาวะซีด<br>4. เสี่ยงต่อภาวะพร่องโภชนาการ เนื่องจากเบื่ออาหาร<br>5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่น ความดันโลหิตต่ำ, Cramp, Arrthytemia, ความดันโลหิตสูง | 1.เสี่ยงต่อการสูญเสียภาพลักษณ์ คุณค่าของตนเองเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต้องฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม<br>2. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบีรวมถึงแนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว ขณะเจ็บป่วย<br>3. เสี่ยงต่อภาวะพร่องโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร<br>4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่น ความดันโลหิตต่ำ, Cramp, Arrthytemia, ความดันโลหิตสูง |
| 3. ระยะหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 1. ขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D | 1. ขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D |

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| 4. ภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | พบภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด | มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะฟอกเลือด |

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามทฤษฎี 11 แบบแผนของ Gordon

| 11 แบบแผนของ Gordon | ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | |
|---|---|---|
| | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
| แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ | - มีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตเสียหน้าที่<br>- ไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อในร่างกาย<br>- ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา<br>- มีภาวะติดเชื้อเนื่องจากตับอักเสบ<br>- ขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้านตามหลัก<br>D-M-E-T-H-O-D | -มีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตเสียหน้าที่<br>- เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก มีความดันโลหิตสูง<br>- ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และแนวทาง การรักษา<br>- มีภาวะติดเชื้อเนื่องจากตับอักเสบ<br>- ขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้านตามหลัก<br>D-M-E-T-H-O-D |
| แบบแผนที่ 2 โภชนาการ และ การเผาผลาญสารอาหาร | - เสี่ยงต่อภาวะพร่องโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร | - เสี่ยงต่อภาวะพร่องโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร |
| แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย | - มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและ อิเล็กโทรไลต์ในร่างเนื่องจาก ไตเสียหน้าที่<br>- มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากไตเสียหน้าที่ | - มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ในร่างเนื่องจาก ไตเสียหน้าที่ |
| แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย | - ความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากภาวะซีด | - ความทนต่อกิจกรรมลดลงจากการเจ็บป่วย |
| แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ | - แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัวไม่คุ้นเคยกับสถานที่ และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย | - แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัว ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย |
| แบบแผนที่ 6 การรับรู้สติปัญญาและความน่าเชื่อถือ | ผู้ป่วยได้ยินชัดเจน สายตาไม่พร่ามัว สามารถสื่อสารได้ | ผู้ป่วยได้ยินชัดเจน สายตา ไม่พร่ามัว สามารถสื่อสารได้ |
| แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ | - เสี่ยงต่อการสูญเสียภาพลักษณ์ คุณค่า ของตนเองเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม | - เสี่ยงต่อการสูญเสียภาพลักษณ์ คุณค่าของตนเองเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม |
| แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ | - ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวมีภรรยาและบุตรสาว 2 คน คอยให้กำลังใจ ไม่มีปัญหาในแบบแผนนี้ | - ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว มีบุตร 2 คน คอยให้กำลังใจ ไม่มีปัญหาในแบบแผนนี้ |
| แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ | - มีภาวะติดเชื้อตับอักเสบบีเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น | - มีภาวะติดเชื้อตับอักเสบบี เฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ ไปสู่บุคคลอื่น |
| แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด | - ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลจากภาวะเจ็บป่วยและขาดข้อมูลในการปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย | - ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลจากภาวะเจ็บป่วยและขาดข้อมูล ในการปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย |

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามทฤษฎี 11 แบบแผนของ Gordon

| 11 แบบแผนของ Gordon | ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | |
|---|---|---|
| | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
| แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ | นับถือศาสนาพุทธ<br>ให้ญาติและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามความเชื่อ | นับถือศาสนาพุทธ<br>ให้ญาติและผู้ป่วยสามารถ ปฏิบัติตามความเชื่อ |

**การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B)**

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่า มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลบางข้อมีความคล้ายคลึงกันและแตกต่างกันในบางข้อ เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ที่มีความแตกต่างกัน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ในบทบาทของพยาบาลหน่วยไตเทียม พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน และแตกต่างกันในส่วนของภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) จึงสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย เป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นขั้นตอน ที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการรักษา เพราะขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาหลายอย่างผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะคุกคามต่อชีวิต เนื่องจากทั้ง 2 กรณีศึกษามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ผู้ป่วยและญาติ อาจเกิดความไม่สุขสบาย วิตกกังวล ซึ่งถ้ามี การเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้

2. ระยะระหว่างฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 กรณี มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) การให้การพยาบาลขณะฟอกเลือดจึงสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงตามข้อวินิจฉัย การพยาบาลที่พบดังกล่าวมาในตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลจึงต้องให้มีความครอบคลุมให้สามารถป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้นในขณะฟอกเลือด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย และทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้

3. ระยะหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเอง และเพื่อให้การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ ต้องส่งเสริมการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็น ที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของการที่บุคคลนั้นต้องอยู่กับโรคเรื้อรังให้ได้ เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 กรณี มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) การให้การพยาบาลระยะหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจึงสำคัญ และการให้คำแนะนำที่ครอบคลุมการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ จัดการตนเองได้ทั้งในด้าน 1) การรับประทานยา,การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การมาฟอกเลือด การมาพบแพทย์ตามนัด การดูแลเส้นฟอกเลือด 2) การปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรมบทบาทตนเองให้เหมาะกับภาวะการเจ็บป่วย และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ให้สามารถปรับตัวได้กับสภาวะการเจ็บป่วยและดำรงไว้ซึ่งการดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต่อไป

**อภิปรายผล**

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) เหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกัน ด้านภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) การเริ่มการวางแผนการดูแลมีความแตกต่างกันในด้านการควบคุมและเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่

รุนแรงขึ้น ป้องกันการเสียชีวิต ในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัส ตับอักเสบบี (Hepatitis B) และการส่งเสริม ให้ผู้ป่วยมีการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต[8] ซึ่งกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นภาวะที่ไตทำงานพร่องลง อีกทั้งผู้ป่วยมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร่วมด้วย มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างเนื่องจากไตเสียหน้าที่ มีภาวะน้ำเกินเนื่องจาก ไตเสียหน้าที่ มีไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อในร่างกายผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพ ของโรครวมถึงแนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว ขณะเจ็บป่วยความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากภาวะซีด มีเสี่ยงต่อภาวะพร่องโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร ขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E T-H-O-D[5] กรณีศึกษาที่ 1 ขณะฟอกเลือดมีภาวะความดันโลหิตต่ำ ได้รับการแก้ไขโดยการคืนน้ำและหยุดการดึงน้ำหลังจากนั้นความดันโลหิตปกติ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ขณะฟอกเลือดมีภาวะความดันโลหิตสูง ได้รับการแก้ไขได้รับยาลดความดันโลหิตขณะฟอกเลือดจากนั้นความดันโลหิตปกติ

พยาบาลผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญ ตั้งแต่การประเมินเพื่อคัดกรองการรักษา การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง และวางแผนจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยสิ้นสุดกระบวนการรักษาตลอดจนให้ข้อมูล การดูแลตนเอง แก่ผู้ป่วยและญาติให้มีความมั่นใจและสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้ ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพ ที่ครอบคลุม เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการดูแลและปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วย และควรพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพ ของโรงพยาบาล เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป[7]

## เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวัง โรคประจำปี 2562 Annual Epidemiological Surveillance Report 2019. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.2562.
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค.การเปรียบเทียบการวัดความเพียงพอในการฟอกเลือดระหว่างการวัดโดยเครื่องไตเทียมประสิทธิภาพสูงแบบออนไลน์และการวัดแบบจำลองกลศาสตร์ ของยูเรีย ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพฯ.2564.
3. คำแนะนำการให้วัคซีนป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (Recommended Adult and Elderly Immunization Schedule). สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. 2561.
4. คณะอนุกรรมการการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย(TRT) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2559–2562. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2563.
5. คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยฟอกเลือดและการกรองพลาสม่า สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คู่มือการรักษา ด้วยฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับ ผู้ป่วยโรคไต. กรุงเทพฯ : สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2561.
6. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี เรื้อรังในประเทศไทยปี 2558. (Thailand Practice Guideline for Management of Chronic Hapatitis B and C 2015).สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย. 2558.
7. ชัชวาลย์วงค์สารีและพลตรีหญิง ดร.อรนันท์หาญยุทธ. การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. ว. พยาบาลตำรวจ 2557;6(2):220–233.
8. นงณภัทร รุ่งเนย. (2560). การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบติดเชื้อร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว ชนิดเต้นเร็ว

# Nursing care of a patient with esophageal cancer receiving radiotherapy that has complications from Pneumonitis with Sepsis with AF with RVR.

(Received: January 18,2024 ; Revised: February 3,2024 ; Accepted: February 10,2024)

**อนงค์ สง่าเนตร**[1]
**Anong Sagnanate**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบติดเชื้อร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพริ้ว ชนิดเต้นเร็ว จำนวน 1 ราย โดยศึกษาข้อมูล วิเคราะห์ย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพของกรณีศึกษา ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการรักษาของแพทย์ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย จากการเยี่ยมการพยาบาลผู้ป่วยตามหลักของกระบวนการพยาบาล และสรุปกรณีศึกษาอภิปรายผล โดยนำทฤษฎีการพยาบาล แนวคิดทฤษฎีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกรณีศึกษา ได้แก่ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม[1] และแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต FASTHUG และ BANDAGE มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและดำเนินการติดตามให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเอง และดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้รังสีรักษา Plan RT 5000 cGy/25Fx. ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างได้รับรังสีรักษา ได้แก่ ปอดอักเสบติดเชื้อร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพริ้ว ชนิดเต้นเร็ว หลังได้รับการรักษาผู้ป่วยสามารถฉายรังสีต่อได้จนครบ และกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

**คำสำคัญ**: ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหาร, ปอดอักเสบติดเชื้อ, ภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว ชนิดเต้นเร็ว

**Abstract**

This study was a case study aimed to study the nursing process and develop a nursing model for patients with Esophageal cancer receiving radiotherapy who have complications from pneumonitis along with Sepsis with AF with RVR Number of cases: 1, by studying the data Retrospective analysis of outpatient and inpatient medical records. Lop buri Cancer Hospital It contains information about the health history of the case study. Information about laboratory tests Information about the doctor's treatment from the time of admission until discharge. Summary of nursing diagnoses from admission until discharge. From visiting nursing patients according to the principles of the nursing process and summarize the case studies and discuss the results. By applying nursing theory Theoretical concept that. Suitable for case study patients, including Orem's nursing theory 1 and the concepts of nursing for critically ill patients, FASTHUG and BANDAGE2, applied to patient care and to continuously monitor and provide care and assistance to patients and their families. After being discharged from the hospital, the patient and family can take care of themselves. and live normally

Results: Case study of a Thai male patient, age 54 years, with no history of congenital disease. Admitted to the hospital to receive radiotherapy, Plan RT 5000 cGy/25Fx. Later, the patient developed complications during radiotherapy, including infectious pneumonia along with bloodstream infections and a fluttering heart. after receiving treatment Patients can continue with radiation until it is complete. and returned to recuperate at home

[1] พย.บ. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

**Keywords**: Cancer patients, esophageal cancer, pneumonia, atrial fibrillation

**บทนำ**

มะเร็งหลอดอาหารและรอยต่อเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 8 ของโลก ในแต่ละปีมีผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารและรอยต่อมากกว่า 500,000 รายทั่วโลก [2-6] ในประเทศไทยเป็นมะเร็งที่พบเป็นที่ 8 ในเพศชาย[7] หลอดอาหาร (esophagus) เป็นอวัยวะที่อยู่ระหว่าง hypopharynx และกระเพาะอาหาร มีหน้าที่ลำเลียงอาหารจากปากลงสู่กระเพาะอาหาร ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของมะเร็งหลอดอาหารได้อย่างชัดเจน แต่พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งหลอดอาหาร ได้แก

1. การสูบบุหรี่ความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นตามปริมาณ และระยะเวลาที่สูบบุหรี่โดยเฉพาะมะเร็งหลอด อาหารชนิด Squamous cell carcinoma

2. การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งหลอดอาหาร โดยเฉพาะมะเร็งหลอดอาหารชนิด Squamous cell carcinoma (การสูบบุหรี่มีความเสี่ยงมากกว่าการดื่มแอลกอฮอล์และทั้ง 2 สาเหตุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมทำให้เกิดมะเร็งหลอดอาหารได้ง่ายขึ้น)[8-10]

3. เพศชาย เพราะพบโรคนี้ได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 3 - 4 เทา

4. ผู้สูงอายุ เพราะมักพบโรคนี้ในช่วงอายุประมาณ 45 - 70 ป

5. เชื้อชาติ เพราะพบอุบัติการณ์ของโรคนี้ได้สูงขึ้นในชาวอิหร่าน โซเวียต จีน และชาวผิวดำแอฟริกัน แต่พบได้น้อยในชาวอเมริกา

6. การมีภาวะน้ำหนักตัวเกินหรืออวน[11]

7. การขาดสารอาหารบางชนิดอย่างต่อเนื่องจากการบริโภคอาหารไม่ครบ 5 หมู กินผักและผลไม้น้อย

8. การบริโภคอาหารบางชนิดอย่างต่อเนื่อง เช่น อาหารที่มีสารไนโตรโซ (Nitroso compound) หรือ ไนโตรซามีน (Nitrosamine) ซึ่งมีอยู่ในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ใสสารนี้เป็นสารกันบูด อาหารประเภทย่าง (เช่น ปลาหมึกย่าง ปลาทะเลย่าง) อาหารหมักดองหรืออาหารที่มีเชื้อรา นอกจากนี้สารบางอย่างที่ใช้ในการปรุง รสอาหารอาจเป็นตัวการเพิ่มการเกิดสารไนโตรซามีนได้ เช่น พริก พริกไทย ซึ่งใสในอาหารที่มีเนื้อสัตว์และ เครื่องแกง

9. ภาวะที่หลอดอาหารโดนกรดในกระเพาะกัดซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน เช่น โรคกรดไหลย้อน (GERD)[12-14] ที่ทำให้เยื่อบุภายในหลอดอาหารเกิดการบาดเจ็บเสียหายต่อเนื่องเรื้อรัง กลุ่มอาการโซลลิงเจอร-เอลลิสัน (Zollinger-Ellison syndrome) ที่ทำให้กระเพาะอาหารหลั่งกรดไฮโดรคลอริกออกมามากเกินไป ภาวะการอักเสบเรื้อรังของหลอดอาหาร (Barrett's esophagus) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดในผู้ที่มีการอักเสบของหลอดอาหารจากกรดในกระเพาะอาหารไปทำลายเซลล์เยื่อบุของหลอดอาหารเป็นเวลานาน เป็นต้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้จะทำให้เกิดโรคมะเร็งหลอดอาหารชนิด Adenocarcinoma ได้

10. ความผิดปกติบางอย่างที่ทำให้อาหารไม่ผ่านลงกระเพาะโดยง่าย แต่กลับไปสะสมอยู่ในหลอดอาหารเป็นเวลานาน เช่น โรคอะคาเลเซีย (Achalasia), กลุ่มอาการพลัมเมอรวินสัน (Plummer-Vinson syndrome) ไสเลื่อนกะบังลม (Hiatal hernia) รวมทั้งภาวะที่มีการตีบแคบของหลอดอาหารจากสาเหตุต่าง ๆ

11. การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุของหลอดอาหารจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น การกลืนน้ำกรดหรือด่าง การกลืนน้ำยาล้างห้องน้ำซึ่งอาจทำให้เยื่อบุภายในหลอดอาหารเกิดความเสียหายต่อเนื่องเรื้อรังและกลายเป็น มะเร็งหลอดอาหารได้

12. การรับประทานอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มร้อนจัด ๆ เป็นประจำ

13. การติดเชื้อแบคทีเรียบางชนิดของหลอดอาหาร

14. ความผิดปกติทางพันธุกรรมของแต่ละคนซึ่งไม่ใชชนิดที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ

15. เคยได้รับการฉายรังสีรักษาบริเวณทรวงอกตั้งแต่ยังเด็ก

16. เคยได้รับการตัดกระเพาะอาหารทิ้งบางส่วนหรือทั้งหมดมากว่า20 ป

17. เคยเป็นมะเร็งปอด มะเร็งในช่องปาก มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาพยาธิสภาพของโรค ทฤษฎีทางการพยาบาลต่าง ๆ และกระบวนการพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษา ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบติดเชื้อ ร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือด และมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว

2. เพื่อเกิดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สามารถใช้อ้างอิงในการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น

**วิธีดำเนินการศึกษา**

1.เลือกกรณีศึกษาที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาแล้วมีภาวะแทรกซ้อนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

2.ขออนุญาตผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลและให้การพยาบาล รวมทั้งได้มีการชี้แจงถึงการศึกษา ทั้งนี้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถที่จะยุติการเป็นกรณีศึกษาได้

3.ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาตั้งข้อวินิจฉัย วางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และมีการประเมินซ้ำ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

4. ค้นคว้าเอกสารวิชาการ และตำราเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารรวมถึงแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม

5. รวบรวมและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษาซึ่งดำเนินการในช่วงเดือน มีนาคม 2565 ถึงเดือน เมษายน 2565

6. จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์

**ผลการศึกษา**

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้รังสีรักษา Plan RT 5000 cGy/25Fx. ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างได้รับรังสีรักษา ได้แก่ ปอดอักเสบติดเชื้อร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว หลังได้รับการรักษา ผู้ป่วยสามารถฉายรังสีต่อได้จนครบ และกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน**

ต้นเดือนมกราคม 2565 กินไม่ได้ อาเจียน ไอ เจ็บคอ ไปตรวจรพ.สว่างอารมณ์ ส่งต่อไปรพ.อุทัยธานี ทำ EGD with biopsy (20/1/65) ผล Circumferential mass at upper esophagus 20 cm from incisor cannot pass scope due to severe narrowing lumen, Patho : Invasive squamous cell carcinoma moderately differentiated, CT Chest and Upper abdomen (21/01/65) : esophageal cancer upper to mid thoracic esophagus length 8.5 cm with left main bronchus invasion, bilat paratracheal, subcarina, right SPC LN metastasis, suspected aspiration pneumonia S/ P feeding jejunostomy แพทย์วินิจฉัย CA Esophagus ส่งตัวมารักษาต่อรพ.มะเร็งลพบุรี

10 มี.ค. 65 มาตามนัด Shift -ISO แพทย์ให้นอนรพ. เพื่อให้รังสีรักษา Plan RT 5000 cGy/25Fx. consult Onco med ให้ฉายแสงไปก่อน ไม่นัด แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไอแห้งๆ เจ็บคอ ปวดศีรษะเล็กน้อย on jejunostomy for feed, PPS 60%

11 มี.ค. 65 ผู้ป่วยเริ่มไอเยอะ มีเสมหะสีขาวขุ่น เหนื่อยมากเวลาไอ บางครั้งไอมีเลือดปนเล็กน้อย

14 มี.ค. 65 ผู้ป่วยมีไข้ 38.3 C, ไอ, เหนื่อย CXR: infiltrastion, turbid phelm Cr 0.63 Na132 A: suspected pneumonia, CCRT50Gy:2/25 แพทย์รับทราบ ส่ง H/C, Sputum gram stain and Culture, continue RT and start antibiotics ขณะผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาเกิดภาวะ Pneumonitis c AF c RVR แพทย์จึงให้การรักษาและสังเกตอาการที่หอผู้ป่วย และให้รังสีรักษาจนครบและจำหน่ายกลับบ้าน

**ประวัติโรคประจำตัว:** ปฏิเสธ

**ประวัติการสูบบุหรี่/การดื่มแอลกอฮอล์/การใช้สารเสพติด**: ปฏิเสธ

**การวินิจฉัยโรค:** CA Esophageal with Peumonitis with Sepsis with AF with RVR

**สรุปข้อมูลแบบแผนสุขภาพที่พบปัญหา** โดยการนำแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA มาใช้ในการซักประวัติเพื่อหาข้อมูลของผู้ป่วยเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยต่อไป

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากการสอบถามผู้ป่วย ญาติ และจากใบสรุปประวัติที่ส่งมารักษาสรุปปัญหาของผู้ป่วยกรณีศึกษา ได้ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1<br>ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากต้องเข้ารับการรักษาด้วยรังสีรักษา<br>เป้าหมายการพยาบาล<br>ผู้ป่วยมีความพร้อมเข้ารับการรักษาด้วยรังสีรักษา | กิจกรรมการพยาบาล<br>1. สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลพร้อมทั้งประเมินระดับความวิตกกังวลโดยการสอบถามความรู้สึกและสังเกตอาการแสดงของผู้ป่วยและใช้แบบประเมิน Thai HAD พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัว ระบายความรู้สึก รับฟังพร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ<br>2. ประเมินความรู้ผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด ผลข้างเคียงเพื่อวางแผนการให้คำแนะนำ<br>3. อธิบายแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับการฉายรังสี ขั้นตอนการฉายรังสีภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา ดังนี้<br>- แผนการรักษา ซึ่งแพทย์วางแผนการฉายรังสี จำนวน 25 ครั้ง พร้อมทั้งอธิบายความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฉายรังสีและขั้นตอนการฉายรังสี การเจาะเลือดและพบแพทย์ทุกวันพุธ ตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี<br>- ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี ได้แก่ ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ น้ำลายแห้งการรับรู้รสชาติที่เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การเกิดภาวะกล้ามเนื้อคอและไหล่ติดแข็ง เป็นต้น<br>4. ประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วย ได้แก่ ความสะอาดในช่องปาก และความสามารถในการอ้าปากโดยการสังเกตเพื่อวางแผนให้คำแนะนำการดูแลช่องปากที่ถูกต้องพร้อมทั้งส่งพบทันตแพทย์ก่อนการฉายแสง<br>5. ให้คำแนะนำการดูแลช่องปากก่อนการรักษาด้วยการฉายรังสี ดังนี้<br>- ให้คำแนะนำการดูแลช่องปากที่ถูกต้องโดยให้ใช้ไม้พันสำลีหรือผ้าก๊อซเช็ดฟันแทนการแปรงฟันเพื่อลดการบาดเจ็บต่อก้อนเนื้องอกในช่องปากโดยเช็ด 2 ครั้ง/วัน เช้าและก่อนเข้านอน<br>- บ้วนปากด้วยสารละลายน้ำเกลือ (Normal saline solution) 4 ครั้ง/วัน หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ในปริมาณครั้งละ 20 มิลลิลิตร นานอย่างน้อย 30 วินาที เพื่อให้ช่องปากสะอาด หรือหากกลั้วไม่สะดวกให้ใช้ลูกยางแดงแทน<br>6. แนะนำให้ผู้ป่วยออกกาลังกายได้เบา ๆ เช่น การบริหารแขน ขาเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง สดชื่น<br>7. แนะนำให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความวิตกกังวลจากโรคและการรักษาด้วยการใช้เวลาว่างทำกิจกรรม ได้แก่ ดูทีวี ฟังวิทยุ เป็นต้น<br>8. ส่งเสริมให้บุตรผู้ป่วยให้การดูแล ให้กำลังใจและรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล<br>9. ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเอง<br>10. ให้แผ่นพับ “การปฏิบัติตัวเมื่อฉายรังสีของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา” เพื่อให้ผู้ป่วย/บุตร ได้ทบทวน |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | ประเมินผล<br>1. ผู้ป่วยสามารถบอกภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาได้ครบถ้วน แต่บอกการปฏิบัติตัวได้แต่ยังไม่ครบถ้วน จึงมีการทบทวนการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวดังกล่าวอย่างต่อเนื่องตลอดการรักษา<br>2. มีค่าคะแนนความวิตกกังวล (Anxiety) 4 คะแนน ความซึมเศร้า 6 คะแนน แปลได้ว่า ผู้ป่วยไม่มีความผิดปกติทางจิต<br>3. ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลและบอกกังวลลดลง เข้าใจแผนการรักษามากขึ้น |
| ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2<br>ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากการติดเชื้อที่ปอด<br>เป้าหมาย<br>ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน | กิจกรรมทางการพยาบาล<br>1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อบุผิวหนังมีลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวและประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ทันท่วงทีและรายงานแพทย์ทราบเมื่อพบความผิดปกติ<br>2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O2 saturation ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย<br>3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน<br>4. สอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) โดยการจัดทำให้นอนศีรษะสูง 30 องศา มือวางบนตัก หายใจเข้าทางรูจมูกช้า ๆ ให้เต็มปอด นับ 1-10 กลั้นลมหายใจ 2-3 วินาทีแล้วจึงหายใจออกทางปากช้า ๆ โดยห่อปากเล็กน้อย ซึ่งระยะเวลาหายใจออกยาวนานี้เป็นสองเท่าของการหายใจเข้า ทำสลับกัน 5 - 10 ครั้ง และสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกทางปาก ทำจำนวน 3 ครั้ง และในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้กลั้นหายใจไวนาน 3 วินาทีให้ผู้ป่วยอ้าปากและไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอประมาณ 3 ครั้ง เพื่อช่วยขับเสมหะ<br>5. ฟังเสียงปอดเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินการหดรัดตัวที่ผิดปกติของหลอดลมและดูแลทำกายภาพบำบัดทางเดินหายใจ (chest physical therapy) เช่น เริ่มตั้งแต่จัดทำเพื่อระบายเสมหะโดยการดูแลให้นอนศีรษะสูง (postural drainage) การเคาะปอด (percussion)โดยทำมือเป็นอุ้งมือรูปถ้วย นิ้วทั้ง 5 ชิดกัน ใช้วิธีสะบัดหรือเคลื่อนไหวส่วนข้อมือการเคาะแต่ละช่วงทา ติดต่อกัน 3-5 นาทีเพื่อให้เสมหะระบายออกได้สะดวก<br>6. ดูแลเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง<br>7. ดูแลให้ได้รับยาพ่น ขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะและยาแก้ไอตามแผนการรักษา<br>8. ดูแลให้ Tazocin 4.5 gm iv q 6 hr.<br>9. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน<br>10. ติดตามผลภาพถ่ายรังสีปอดละรายงานผลให้แพทย์ทราบ<br>11. ติดตามผล ABG เป็นระยะ เพื่อประเมินการแลกเปลี่ยน O2และCO2 ในการทำงานของปอดประเมินภาวะกรดด่างในร่างกายและเพื่อติดตามการรักษาในการปรับเครื่องช่วยหายใจ<br>12. รายงานอาการให้แพทย์ทราบทันทีเมื่อพบความผิดปกติเช่น หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น หรือ หายใจลำบากเพื่อร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน<br>ประเมินผล<br>หลังได้รับยาพ่นขยายหลอดลมและยา Antibiotic ประมาณ 3 วัน ผู้ป่วยทุเลาเหนื่อย ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ เมื่อฟังปอดไม่มีเสียง rhonchi crepitation หรือเสียง wheezing เสมหะลดลง เสมหะไม่เหนียวไม่มีสี ผลภาพถ่ายรังสีปอดปกติ |
| ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3<br>ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด<br>เป้าหมาย<br>เพื่อให้การไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพียงพอและกลับสู่ภาวะปกติ | กิจกรรมทางการพยาบาล<br>1. จัดการให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 400 ml iv load then 80 ml/hr.<br>2. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ อาการ และอาการแสดงทุก ๆ 15 นาทีในชั่วโมงแรกที่ให้สารน้ำ ทุก ๆ 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 และทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยและทำการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม<br>3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml vein drip 60 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำ |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | 4. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จนสามารถ keep ความดันโลหิต ≥ 90/60 และ MAP ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc/hr รายงานแพทย์ทราบ<br>5. ดูแลให้ได้รับยา Ceftriazone 1 gm iv drip ทันที หลังเก็บเลือดและเสมหะส่งเพาะเชื้อ และหลัง Consult Med ปรับยาใหม่โดยให้ Tazocin 4.5 gm iv drip ทุก 6 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา<br>6. ดูแลเช็ดตัวลดไข้เมื่ออุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส<br>7. ล้างมือก่อน-หลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม<br>8. ติดตามและประเมินระดับความรู้สึกตัว<br>9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC, Neutrophil เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง<br>10. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด และดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้หัก พับ งอ เพื่อป้องกันปัสสาวะคั่งค้างภายในกระเพาะปัสสาวะเป็นเหตุให้เกิดการติดเชื้อได้<br>11. บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมง เพื่อติดตามดูแลให้มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็คโตรลัยท์<br>ประเมินผล<br>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีE5 M6V5ความดันโลหิต 88 /65 – 121/82 mmHg ชีพจร 91-96 ครั้ง/นาทีอัตราการหายใจ 16 – 20 ครั้ง/นาที O2sat 97 - 100 % ปัสสาวะออกเวรละ 290-1,100 ml, ตรวจ CBC ซ้ำผลปกติ มี WBC 7,100 cells/ul, Neutrophil 67.2% |
| ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4<br>ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้<br>เป้าหมาย<br>ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ไม่มีไข้ | กิจกรรมทางการพยาบาล<br>1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย หากมีไข้ดูแลเช็ดตัวลดไข้เพื่อเป็นการถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกายและตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำหลังจากเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที<br>2. ดูแลกระตุ้นให้ดื่มน้ำ บ่อย ๆ เพื่อช่วยพาความร้อนออกจากร่างกาย<br>3. สังเกตอาการผิดปกติเช่น สีของผิวหนังอาการหนาวสั่น อาการปวดเมื่อยตามตัว อาการซึม ชักเกร็ง กระสับกระส่ายอาการเพ้อหากพบความผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์<br>4. ดูแลให้ได้รับยาต้านจุลชีพตามแผนการรักษา<br>5. ดูแลให้ได้รับยาลดไข้ตามแผนการรักษาเมื่ออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ทุก 4-6 ชั่วโมง<br>6. ติดตามผลเลือดและผลการเพาะเชื่อเมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาวางแผนการรักษาร่วมกัน<br>7. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ชนิดแสงไฟ ไม่ส่งเสียงดังรบกวนผู้ป่วย<br>ประเมินผล<br>หลังได้รับ ATB ครบ 10 วัน ผู้ป่วยไข้ลดลง WBC 10.75 10*3/ul, Sputum g/s , c/s และ hemoculture ไม่พบเชื้อ |
| ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5<br>ผู้ป่วยเสี่ยงต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นและจังหวะการเต้นของหัวใจ<br>เป้าหมาย<br>ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย | กิจกรรมทางการพยาบาล<br>1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงและเพิ่มความถี่มากขึ้นที่มีอาการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากภาวะ AF ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ดังนั้นปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายจึงมีปริมาณลดลง และอาจเป็นสัญญาณที่บ่งบอกถึงภาวะช็อก เช่น ความดันโลหิตน้อยกว่า 90 mmHgหรือ MAP ลดลงมากกว่าเดิมหรือเท่ากับ 30 mmHg<br>2. ประเมินอาการและอาการแสดงของการเต้นของหัวใจชนิด AF และอาการที่เกิดจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง เช่น ระดับความรู้สึกตัว อาการใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ อาการสับสน หรือกระสับกระส่าย ชีพจรเต้นเบาเร็วปลายมือปลายเท้าเย็น ชีดปัสสาวะออกน้อยพร้อมทั้งจดบันทึก<br>3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน โดยให้ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95% เพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเพียงพอ<br>4. ดูแลให้นอนพักบนเตียงจัดท่านอนที่สุขสบายเพื่อลดการทำงานของหัวใจ<br>5. ให้ยา Digoxin 0.25 mg iv q 4 hr. เพื่อควบคุมการบีบตัวของหัวใจตามแผนการรักษาเพื่อคงไว้ซึ่งปริมาณเลือดในระบบไหลเวียน ซึ่งยา Digoxin เป็นยาที่จัดอยู่ในกลุ่มยาคาร์ดิแอก ไกลโคไซด์ (Cardiac Glycoside) ซึ่งมีกลไกออกฤทธิ์โดยการส่งผลกระทบต่อแร่ธาตุบางชนิดภายในเซลล์หัวใจ ซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียดของหัวใจและช่วยรักษาจังหวะการเต้นหัวใจให้เป็นปกติและสม่ำเสมอ รวมไปถึงช่วยเพิ่มแรงบีบตัวให้กล้ามเนื้อ |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | หัวใจและช่วยลดการนำไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ดังนั้นจึงต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยา ได้แก่ คลื่นไส้ ท้องเสีย รู้สึกอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า มีผื่นคันที่ไม่รุนแรง หรือหากมีอาการรุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ช้าหรือเร็วกว่าปกติ ปวดท้อง ไม่สบายท้อง อุจจาระปนเลือด หรือสีดำ ตามัว หรือมองเห็นสีเหลืองมากขึ้น กระสับกระส่าย สับสน ประสาทหลอน หรือมีสภาพจิตใจและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป หากมีอาการดังกล่าว ให้แจ้งแพทย์ทราบทันที<br>6. ให้ยา Metoprolol ซึ่งยา ออกฤทธิ์โดยไปยับยั้งการทำงานของสารเคมีตามธรรมชาติในร่างกายที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด เช่น Epinephrine ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตลดลง ดังนั้นจึงต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ วิงเวียน ง่วงนอน อ่อนแรง ท้องเสีย ฝันร้าย นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ตาพร่า เลือดไปเลี้ยงตามปลายมือ-ปลายเท้าลดลง (รู้สึกเย็นและ/หรือชา)<br>ประเมินผล<br>หลังได้รับ Digoxin ครบ 24 ชั่วโมง ร่วมกับการได้รับ Metoprolol คลื่นไฟฟ้าหัวใจกลับมาเป็น Normal sinus rhythm rate 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต Systolic BP 126 mmHg ผู้ป่วยไม่มีอาการหน้ามืดเวียนศีรษะ |
| ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6<br>ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดสมองและส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF<br>เป้าหมาย<br>ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดสมองและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย | กิจกรรมทางการพยาบาล<br>1. บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และเพิ่มความถี่ตามอาการที่เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอาการทางระบบประสาทซึ่งแสดงถึงภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่สมอง อาการมักเป็นไปอย่างรวดเร็วทำให้เกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ที่ถูกควบคุมโดยระบบประสาท เช่น ความรู้สึกตัวการรับรู้การเคลื่อนไหวของตาการมองเห็นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้ากำลังของแขนขาและการเคลื่อนไหวประสานงานของร่างกาย<br>2. ติดตามประเมินอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอด เช่น อาการเหนื่อยที่เป็นขึ้นได้ทันทีทันใด อาการเจ็บหน้าอก หรือไอเป็นเลือดความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว<br>3. เฝ้าระวังและติดตามอาการที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดแดงส่วนปลาย เช่น อาการปลายมือปลายเท้าเย็น อาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณผิวหนังที่มีการอุดตันชีดลง แขนหรือขาที่มีการอุดตันจะมีขนาดบวมกว่าข้างที่ปกติ<br>4. ส่ง Blood test พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจตามแผนการรักษา<br>ประเมินผล<br>ผู้ป่วย GCS = 15, Pupil 2.5 min, RTL BE, motor power 5 all, ไม่มีอาการเหนื่อยแบบทันทีทันใด หรือปวดบวม ผิวหนังชีดเย็น |
| ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7<br>ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต<br>เป้าหมาย<br>เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา | กิจกรรมทางการพยาบาล<br>1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติด้วยความเต็มใจและมีความเป็นกันเอง<br>2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และขั้นตอนในการดูแลรักษาความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษต่าง ๆ<br>3. สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย แสดงความสนใจและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดคอยสอบถาม และสังเกตความต้องการของผู้ป่วยอยู่เสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่าเขาจะมีพยาบาลคอยดูแลและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา<br>4. ประสานให้ผู้ป่วยหรือญาติได้พบกับแพทย์เพื่อซักถามในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา<br>ประเมินผล<br>ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าท่าทางผ่อนคลายลง รับทราบแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี |
| ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8<br>วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลเพื่อ | กิจกรรมทางการพยาบาล<br>1. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการทำกิจวัตรประจำวัน ในแต่ละวันพร้อมทั้งบันทึกอาการอ่อนเพลีย |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| ป้องกันการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อหลังจำหน่าย<br>เป้าหมาย<br>เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ | 2. แนะนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเท่าที่สามารถทำได้เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำไม่ได้<br>3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการเกิดของโรค สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น หรือแย่ลง เพื่อให้การรักษาเป็นไปในแนวทางเดียวกัน<br>4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือกิจกรรมตนเองให้ได้มากที่สุด เช่น การลุกนั่งพลิกตะแคงตัว<br>5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัยในการทำ กิจกรรมต่าง ๆ ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดินและจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอหรือจัดหาแว่นสายตาที่เหมาะสม<br>6. ให้ผู้ป่วยบริหารโดยกระดกปลายเท้าเข้าหาตัว จากนั้นกระดกปลายเท้าลง ทำซ้ำ กัน 10 ครั้ง พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วย<br>7. ประเมินสัญญาณชีพหลังจากทำกิจกรรม เช่น ชีพจรเต้น เร็ว หายใจเหนื่อยหอบ สับสน หรืออ่อนเพลียมากขึ้น หากมีให้หยุดทำกิจกรรมก่อน แล้วหากอาการทุเลาลงหรือดีขึ้นค่อยเริ่มทำกิจกรรมนั้น ๆ ใหม่<br>ประเมินผล<br>ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายการเกิดของโรค สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปอดอักเสบได้ ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและเต็มใจในการทำกิจกรรม |

**อภิปรายผล**

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้รังสีรักษา Plan RT 5000 cGy/25Fr. ขณะ RT ได้ 1,400/7 Fr. เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างได้รับรังสีรักษา ได้แก่ ปอดอักเสบติดเชื้อร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว จึงเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก หลังได้รับการรักษา ผู้ป่วยสามารถฉายรังสีต่อได้จนครบ และกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ ซึ่งผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะปอดอักเสบ อีกทั้งผู้ป่วยมะเร็งภูมิต้านมีทานต่ำ ร่างกายอ่อนแออาจเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้[7]

พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร เพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ส่วนความเชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ ก็เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การดูแลโรคร่วม การประเมินด้านจิตใจ ความวิตกกังวล ความรุนแรงของโรคส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กล่าวคือ อาจทำให้การรักษาต้องยาวนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลมากขึ้น หรืออาจรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้[1]

**ข้อเสนอแนะ**

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะฉุกเฉินทางโรคมะเร็งและอยู่ระหว่างการรับการรักษา มีโอกาสเกิดภาวะวิกฤตได้ตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักทุกราย เพื่อเฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

2. ประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่รุนแรง ส่งผลถึงความเครียด ความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้น เกิดความไม่มั่นใจในการรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งแพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องให้ข้อมูลและเสริมพลังอำนาจ สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เกิดประโยชน์สูงสุด

3. ความผิดปกติของร่างกายหลายอย่าง เป็นอาการและอาการแสดง ของโรคหลายโรค ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ในโรคต่าง ๆ รวมถึงการประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

4. พยาบาลประจำงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต แต่ยังมีความจำเป็นต้องเพิ่มพูนความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเฉพาะทางโรคมะเร็ง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

**เอกสารอ้างอิง**

1. Orem DE, Nursing: Concepts of Practices. 6th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 2001.
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer 2010; 127: 2893–917.
3. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2009. CA Cancer J Clin 2009; 59: 225–49.
4. Enzinger PC, Mayer RJ. Esophageal cancer. N Engl J Med 2003; 349: 2241–52.
5. Lepage C, Rachet B, Jooste V, Faivre J, Coleman MP. Continuing rapid increase in esophageal adenocarcinoma in England and Wales. Am J Gastroenterol 2008; 103: 2694–99.
6. Pohl H, Welch HG. The role of overdiagnosis and reclassification in the marked increase of esophageal adenocarcinoma incidence. J Natl Cancer Inst 2005; 97: 142–46.
7. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, et al. Cancer in Thailand. Volume VIII, 2010-2012
8. Lagergren J, Bergstrom R, Lindgren A, Nyren O. The role of tobacco, snuff and alcohol use in the aetiology of cancer of the oesophagus and gastric cardia. Int J Cancer 2000;85:340-346.
9. Engel LS, Chow W-H, Vaughan TL, et al. Population attributable risks of esophageal and gastric cancers. J Natl Cancer Inst 2003;95:1404-1413.
10. Freedman ND, Abnet CC, Leitzmann MF, et al. A prospective study of tobacco, alcohol, and the risk of sophageal and gastric cancer subtypes. Am J Epidemiol 2007;165:1424-1433
11. Turati F, Tramacere I, La Vecchia C, Negri E. A meta-analysis of body mass index and esophageal and gastric cardia adenocarcinoma. Ann Oncol 2013;24:609-617.
12. Lagergren J, Lagergren P. Recent developments in esophageal adenocarcinoma. CA Cancer J Clin 2013;63:232-248.
13. Cossentino MJ, Wong RK. Barrett's esophagus and risk of esophageal adenocarcinoma. Semin Gastrointest Dis 2003;14:128-135.
14. Cameron AJ, Romero Y. Symptomatic gastro-oesophageal reflux as a risk factor for oesophageal adenocarcinoma. Gut 2000;46:754-755.

# การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม: กรณีศึกษา 2 ราย

# Nursing care for hip fractures Post-Operative Hip Arthroplasty Patients with comorbidities : 2 case studies.

(Received: January 20,2024 ; Revised: February 3,2024 ; Accepted: February 10,2024)

**ศุภราภรณ์ สิริวาสการ**[1]
**Suparaporn Siriwasakan**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษาแบบกรณีศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคร่วม 2 กรณีศึกษา ที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในเดือนมีนาคม - เดือนเมษายน พ.ศ.2566 โดยใช้เครื่องมือบันทึกการพยาบาล การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว วิเคราะห์เปรียบเทียบ ลักษณะประชากรอาการและอาการแสดง ปัญหาและการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ สาเหตุของการมานอนโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค และโรคประจำตัวไม่แตกต่างกันแต่การดำเนินการของโรคร่วมแตกต่างกันโดยกรณีศึกษาที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า คือ เป็นผู้สูงอายุตอนปลายและมีโรคร่วมได้แก่โรคความดันโลหิตสูง ใช้การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแบบชนิดการผ่าตัดที่เปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวกระดูกต้นขาโดยไม่ได้เปลี่ยนเบ้าหรือที่เรียกว่า hemiarthroplasty ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้สูงอายุตอนต้นและมีโรคร่วมได้แก่โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง แพทย์ทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมชนิดการผ่าตัดที่เปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวกระดูกต้นขาโดยไม่ได้เปลี่ยนเบ้าหรือที่เรียกว่า hemiarthroplastyเหมือนกัน มีปัญหาการพยาบาลใกล้เคียงกัน แต่เนื่องจากกรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้สูงอายุตอนปลายจึงและมีโรคร่วมจึงทำให้มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้แก่ ภาวะ AKI (Acute kidney injury) และภาวะซีดหลังผ่าตัด พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต้องมีการเสริมพลังและสร้างความมั่นใจให้กับญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองเดินได้ด้วย Pick up walker โดยมีญาติช่วยประคอง ทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็ว ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากกว่า กรณีศึกษาที่ 1 นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 15 วัน และกรณีศึกษาที่ 2 นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 9 วัน

**คำสำคัญ :** กระดูกสะโพกหัก, ภาวะแทรกซ้อน, ข้อสะโพกเทียม, ผู้สูงอายุ

**Abstact**

The purpose of this case study was to compare the nursing care guidelinesfor hip replacement surgery patients with comorbidities, 2 case studies that received hip replacement surgery in March – April 2023 by using nursing record tools, Interviewing patients and families. Comparative analysis Population characteristics signs and symptoms Problems and nursing

The results showed that general information, sex, age, causes of hospitalization. diagnosis and underlying disease were no different.But the progression of comorbidities is different. Case study 1 has more risk factor which are a late elderly and having comorbidities, undergo hemiarthroplasty surgery Case study 2, is a young elderly and has a comorbidities are hypertension and dyslipidemia . The doctor performs hemiarthroplasty surgery is the same. The result of both cases had similar nursing problems. But case study 1 is a late elderly person and has co-morbidities, it causes complications after surgery, including AKI (Acute kidney injury) and postoperative anemia. nursesing orthopedic play an important role in caring for patients, requiring empowerment and confidence in the relatives who care for them. In caring for patients at home This allows patients to help themselves walk using a Pick up walker with relatives

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรัง

supporting them. Makes the patient go home quickly Relatives who care for patients are confident in continuing care for patients at home. Case study 2, is a young elderly person. Able to help themselves more. Case study 1 stayed in the hospital for a total of 15 days and Case study 2 stayed in the hospital for a total of 9 days.

**Keywords** : Hip fracture, Complication, Hip arthroplasty, Older people

**บทนำ**

กระดูกสะโพกหักเป็นโรคที่เกิดขึ้นบ่อยจากการหกล้ม ลื่นล้ม ในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากและมีอาการรุนแรงในประเทศไทย พบว่า 1 ใน 6 ของผู้สูงอายุที่เกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก จะเสียชีวิตใน1ปี และ1 ใน 3 ของผู้ที่เกิดกระดูกสะโพกหัก จะเสียชีวิตใน 5 ปี จะเห็นว่าค่อนข้างรุนแรง ผู้ป่วยสูงอายุส่วนมากมักมีโรคร่วม จึงต้องมีการประเมินสภาพร่างกาย การวางแผนการรักษาและการวางแผนการพยาบาลที่ละเอียด รอบคอบ จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อน ลดภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตลงได้[2]

การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่นิยมใช้มากในปัจจุบัน การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมนับเป็น การรักษาที่ดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีการหักของกระดูกสะโพกและทำให้ผู้สูงอายุฟื้นตัวได้เร็วหลังการผ่าตัด เพื่อให้สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หักและฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็วที่สุด รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการผ่าตัดควรผ่าตัดภายใน7วันหลังสะโพกหัก การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทความรับผิดชอบโดยตรงในการประสานงานทีมสุขภาพ และการส่งเสริมให้มีการดูแลผู้สูงอายุภาวะกระดูกหักอย่างต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลไปถึงบ้าน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดตามมา เพิ่มความเข้มแข็งในปรับตัวต่อสู้กับโรคสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่เป็นปัญหาทางสังคม พยาบาลต้องมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยเร็ว[1]

จากสถิติผู้ป่วยกระดูกหักของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรังซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 559 เตียง พบว่า ผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักมารับบริการแผนกศัลยกรรมกระดูกปี ปี 2564= 200 ราย 2565=212 ราย 2566 =211 ราย ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรังในปี 2566 พบว่าผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักเป็น 1 ใน 5 อันดับโรคแรกโดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก อาจจะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหรือรักษาแบบไม่ผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีกระดูกบริเวณสะโพกหักมักมีปัญหาในการดูแลและมีความเสี่ยงสูงในการผ่าตัดจากภาวะโรคร่วมและยา anticoagulants หากไม่สามารถผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนนาน เกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มอัตราการตาย หากไม่ได้รับการผ่าตัดจะมีอัตราการเสียชีวิตใน 1 ปี ประมาณร้อยละ 12-20 ตามสถิติของมูลนิธิโรคกระดูกพรุนระหว่างประเทศ ทั้งนี้อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นมากหากเป็นการหักซ้ำไม่ว่าจะเป็นข้างเดิมหรือข้างที่ยังไม่เคยหัก จากข้อมูลของโรงพยาบาลตรังที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักมีการหกล้มซ้ำใน ปี 2564 จำนวน 9 ราย ปี 2565 จำนวน 4 ราย ปี 2566 จำนวน 2 ราย อัตราการเสียชีวิตใน ปี2564 จำนวน 0 รายปี 2565 จำนวน 2 ราย 2566 จำนวน 15 ราย (ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 3 ราย ผู้ป่วยที่ไม่ได้ รับการผ่าตัด 12 ราย ) อย่างไรก็ดีอัตราการตายของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจะเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว เมื่อรอผ่าตัดหลายวันจะมีภาวะเสี่ยงสูงมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ภาวะกระดูกหักซ้ำ ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายสูง วันนอนนาน จึงต้องมีการวางแผนดูแลร่วมกันเป็นสหสาขาวิชาชีพเพื่อส่งผลลัพธ์ที่ดีให้กับผู้ป่วยได้ การวางแผนจำหน่าย

ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีม HHC นักกายภาพบำบัด การประเมิน Fall เพื่อป้องกันการหักซ้ำ จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสามารถที่จะกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงแบบเดิมมากที่สุด[9]

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 2 ราย และประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม ตามกระบวนการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะจำหน่าย

**วิธีดำเนินการศึกษา**

1. คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้รับบริการเป็นผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม ที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลตรังจังหวัดตรัง ในช่วงเดือนมีนาคม -เมษายน 2566

2. ขออนุญาตผู้ป่วย ครอบครัว และ/หรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการลงนามในใบยินยอมการรักษาพยาบาล และการขออนุญาตเป็นกรณีศึกษา ทั้งนี้ผู้ป่วยครอบครัว และ/หรือญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยสามารถที่จะยุติการเป็นกรณีศึกษาได้โดยไม่ส่งผลต่อการได้รับบริการใดๆ

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional health pattern) 11 แบบแผนของกอร์ดอน เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัย ตำรา แฟ้มประวัติผู้ป่วย ปรึกษาแพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

5. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่

**ผลการศึกษา**

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**

เก็บรวบรวมข้อมูลความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon ประเมินเกี่ยวกับสุขภาพ กาย จิต สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งภาวะปกติและการเปลี่ยนแปลง ปรับเปลี่ยนขณะเจ็บป่วย มาเป็นแนวทางในการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและมีโรคร่วม มี 3 ระยะคือระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และระยะฟื้นฟูสภาพ

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| **ระยะก่อนผ่าตัด**<br>**1.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณสะโพก**<br>**กรณีศึกษารายที่ 1**<br>S : ผู้ป่วยบ่นปวด<br>O : สีหน้าไม่สดชื่น ขาซ้ายสั้นกว่าขาขวา<br>**กรณีศึกษารายที่ 2**<br>S : ผู้ป่วยบ่นปวด<br>O : สีหน้าไม่สดชื่น ขาซ้ายสั้นกว่าขาขวา สะโพกซ้ายบวม<br>**วัตถุประสงค์** : เพื่อบรรเทาอาการปวด<br>**ประเมินผล** : Pain score 1-3 คะแนน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส พักผ่อนได้ไม่ร้องคราง | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ค้นหาสาเหตุของการเจ็บปวด และสังเกตดูลักษณะความเจ็บปวด เพื่อที่จะได้ให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง<br>2. ประเมินระดับความปวดโดยใช้ pain scale และระบุระดับความปวดตาม pain scoreที่ได้จากการประเมินความปวด<br>3. จัดท่านอนให้บริเวณที่หักหรือได้รับบาดเจ็บอยู่ในท่าที่สบาย<br>4. สัมผัสบริเวณที่ปวดอย่างนุ่มนวล ใช้ fracture bedpan แทน bedpanปกติ เพราะสามารถช่วยลดการกระทบกระเทือนต่อการเคลื่อนไหวของขาที่บาดเจ็บได้<br>5. ให้การพยาบาลเทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจหรือเทคนิคที่ช่วยบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น นวด บริเวณที่ไม่ได้รับบาดเจ็บ ดูโทรทัศน์ พูดคุยให้กำลังใจ การใช้สมาธิฟังเสียงธรรมบำบัด วางกระเป๋าน้ำแข็ง (Cold pack) บริเวณที่มีอาการปวด<br>6. ดูแลให้ยาบรรเทาปวด เมื่อปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน พร้อมทั้งอธิบายผลข้างเคียงของยาบรรเทาอาการปวด<br>7. ติดตามประเมินความปวดซ้ำภายหลังให้การพยาบาล<br>8. เมื่อจำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้ทำอย่างช้าๆแต่มั่นคง | |
| **2.เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด**<br>**กรณีศึกษารายที่ 1**<br>S : ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับการผ่าตัด<br>O : สีหน้าไม่สดชื่น<br>**กรณีศึกษารายที่ 2**<br>S : ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับการผ่าตัด<br>O : สีหน้าไม่สดชื่น<br>**วัตถุประสงค์**:เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เข้าใจ พร้อมรับการผ่าตัด<br>**ประเมินผล** : ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เข้าใจ พร้อมรับการผ่าตัด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1.แนะนำตัวเองกับผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยการพูดคุยทักทายเป็นกันเองอย่างสม่ำเสมอ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคการเตรียมร่างกายก่อนการผ่าตัด<br>2.การงดน้ำและอาหารทางปากก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด<br>3.อธิบายวิธีการผ่าตัดระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด การใช้ยาระงับความรู้สึก<br>4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาและข้อสงสัย | |
| **ระยะหลังผ่าตัด**<br>**3.มีโอกาสเกิดภาวะHypovolemic shock**<br>**กรณีศึกษารายที่ 1**<br>S : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกสะโพก<br>O : แผลผ่าตัดสะโพกซ้ายปิดพลาสเตอร์ไว้แผลไม่มีเลือดซึม<br>**กรณีศึกษารายที่ 2**<br>S : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกสะโพก<br>O : แผลผ่าตัดที่สะโพกซ้ายต่อสายระบายลงขวดสูญญากาศ<br>**วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypovolemic shock<br>**ประเมินผล** รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพคงที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ Radivac drain อยู่ในระบบปิดจำนวนเลือดในขวด Radivac drain ออกน้อยกว่า 200 มล./ชั่วโมง แผลไม่มีเลือดซึม | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. V/S สังเกตอาการผิดปกติที่แสดงว่า มีภาวะ Shock โดย<br>- V/S q 15 x 4 ครั้ง<br>q 30 x 2 ครั้ง<br>then q 1 ช.ม. จน stable<br>- ชีพจรเต้นเร็ว >100 ครั้ง/นาที<br>- หายใจ เร็ว เหนื่อยหอบ > 24 ครั้ง/นาที<br>- ความดันโลหิต < 100/60 mmHg.<br>- ระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS < 15<br>- เหงื่อออก ตัวเย็น<br>- O2 sat < 95 %<br>หากมีอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที<br>2.observe ลักษณะแผลผ่าตัด ไม่มีอักเสบ บวมตึง แผลไม่มี bleed ซึมออกมานอก gauze ที่ปิดแผลหลังผ่าตัดหากแผลbleed มากStop bleed รายงานแพทย์ | |

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| | 3. ดูแลให้ได้รับเลือดหรือสารน้ำตามแผนการรักษา | 3.Record จำนวนเลือดในขวด Radivac drain ถ้ามากกว่า 200 มล./ชั่วโมงให้รายงานแพทย์<br>4.ดูแลให้มีการระบายของสิ่งขับหลั่งจากแผลให้หมด โดยให้ Radivac drain เป็นสูญญากาศ (ท่อพลาสติกหดเข้าหากันตลอดเวลา)<br>5.ดูแลให้ได้รับเลือดหรือสารน้ำตามแผนการรักษา |
| **4.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึก**<br>**กรณีศึกษารายที่ 1**<br>S : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกสะโพก<br>O : ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง<br>**กรณีศึกษารายที่ 2**<br>S : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกสะโพก<br>O : ได้รับยาระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบ<br>วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึก<br>**ประเมินผล** : รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพคงที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการชาของขา สามารถปัสสาวะได้เอง | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1.กรณี Spinal block ดูแลให้นอนราบหนุนหมอนได้ 6 ชม<br>2.observe ภาวะ spinal headache<br>3.observe void / urine<br>4.observe ระดับการชาของขา<br>5.กระตุ้นให้ดื่มน้ำ 2-3 ลิตร/วัน<br>6.สังเกตระดับความรู้สึกตัวหากมีอาการซึมลง กระสับกระส่าย หายใจช้า < 16 ครั้ง/นาที>24 ครั้ง/นาที O2 sat < 95% ให้รายงานแพทย์รับทราบ<br>7.check v/s ตามมาตรฐาน - V/S q 15 x 4 ครั้ง , q 30 x 2 ครั้ง then q 1 ช.ม. จน stable | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1.สังเกตระดับความรู้สึกตัวหากมีอาการซึมลง กระสับกระส่าย หายใจช้า < 16 ครั้ง/นาที>24 ครั้ง/นาที O2 sat < 95% ให้รายงานแพทย์รับทราบ<br>2.check v/s ตามมาตรฐาน - V/S q 15 x 4 ครั้ง , q 30 x 2 ครั้ง then q 1 ช.ม. จน stable<br>3.สังเกตอาการคลื่นไส้อาเจียน Notify แพทย์ให้ยาตามแผนการรักษา |
| **5.มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากผิวหนังถูกทำลายจากการผ่าตัด**<br>**กรณีศึกษารายที่ 1**<br>S : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกสะโพก<br>O : แผลผ่าตัดสะโพกซ้ายปิดพลาสเตอร์ไว้แผลไม่มีเลือดซึม มีไข้<br>**กรณีศึกษารายที่ 2**<br>S : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกสะโพก<br>O : แผลผ่าตัดที่สะโพกซ้ายต่อสายระบายลงขวดสูญญากาศ<br>**วัตถุประสงค์ :** เพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด<br>**ประเมินผล** แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มีอาการแสดงของการอักเสบ สัญญาณชีพปกติ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วไป และสิ่งแวดล้อม แนะนำไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่แกะหรือเกาแผล<br>2. ทำแผลโดยยึดหลักปลอดเชื้อ ( Aseptic technique )<br>3. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและประเมินอาการข้างเคียง/อาการแพ้ยา<br>4. ดูแลให้ได้รับอาหารโปรตีนสูงเพื่อส่งเสริมการหายของแผล<br>5. สังเกตอาการอักเสบบริเวณแผลผ่าตัด<br>6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการเช็ดตัวเพื่อระบายความร้อนออกจากร่างกาย<br>7. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หากมีไข้ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา | |
| **6.มีโอกาสเกิดลิ่มอุดตันในหลอดเลือดดำ**<br>**กรณีศึกษารายที่ 1**<br>S : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกสะโพก<br>O : หลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกสะโพกข้างซ้าย ขาซ้ายบวม ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย<br>**กรณีศึกษารายที่ 2**<br>S : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกสะโพก | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. สังเกตอาการผิดปกติที่แสดงว่ามีก้อนไขมันไปอุดตัน ดังนี้<br>-หายใจเร็ว เหนื่อยหอบ > 24 ครั้ง/นาที<br>-ชีพจรเต้นเร็ว > 100 ครั้ง/นาที<br>-กระสับกระส่าย สับสน GCs < 15<br>-วัด O2 Sat ถ้า < 95% รายงานแพทย์ดูแลให้O2 ตามแผนการรักษา<br>2. ออกกำลังขาทั้ง 2 ข้าง โดยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา กดเข่าลงบนที่นอนและกระดกข้อเท้าขึ้นลงบ่อยๆ<br>3. หากมีอาการกดเจ็บบริเวณน่อง หรือขาหนีบและขาบวมให้รายงานแพทย์ทราบ | |

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| O : หลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกสะโพกข้างซ้าย ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย<br>**วัตถุประสงค์** : เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มอุดตันในหลอดเลือดดำ<br>**ประเมินผล** : ระดับความรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพและออกซิเจนในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ขาไม่บวม ไม่มีอาการปวดและกดเจ็บที่น่อง | | |
| **7.มีโอกาสเกิดภาวะข้อสะโพกเคลื่อนหลุด**<br>กรณีศึกษารายที่ 1<br>S : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกสะโพก<br>O : หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม<br>**กรณีศึกษารายที่ 2**<br>S : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกสะโพก<br>O : หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม<br>**วัตถุประสงค์** : เพื่อป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด<br>**ประเมินผล** :ไม่มีภาวะข้อสะโพกเคลื่อนหลุด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>- ระมัดระวังการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดย<br>1. ใส่หมอนสามเหลี่ยมวางคั่นระหว่างขาผู้ป่วยตลอดเวลา<br>2. ดูแลให้ขาข้างผ่าตัดกางออก 30 องศา<br>3. ขาต้องตั้งตรงไม่บิดเข้าในหรือออกนอก<br>4. การพลิกตะแคงตัว ต้องวางหมอนระหว่างขาตลอดเวลา | |
| **8. มีภาวะ AKI**<br>**กรณีศึกษาที่ 1**<br>S : ผู้ป่วยซึมลง<br>O : ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปัสสาวะออกน้อย BUN 27 mg/dl Creatinine 1.10 mg/dl eGFR 45.771 S<br>**วัตถุประสงค์** : เพื่อให้ไตฟื้นสู่สภาพปกติ<br>**ประเมินผล** : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี urine ออกมากกว่า 30 ซีซี/ชม. ไม่มีอาการบวมของแขน ขา หนังตาบน ก้นกบ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1.วัดvital signs เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของระบบประสาท เช่น ระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่ายอาการปวดศีรษะ ชัก โดยประเมินทุกชั่วโมง ในระยะแรกและเปลี่ยนเป็นทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออาการดีขึ้น<br>2.บันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกทุกเวร เพื่อประเมินสมดุลน้ำในร่างกาย<br>3.สังเกตการบวมของ แขน ขา หนังตาบน ก้นกบ เพื่อประเมินภาวะน้ำเกินในร่างกาย<br>4.ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนกสรรักาและรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ เพื่อลดการคั่งของน้ำและโซเดียมให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย<br>5.ติดตามผล Lab electrolyte เพื่อประเมินภาวะสมดุลของน้ำและelectrolyte | |
| **9.มีภาวะซีด**<br>**กรณีศึกษาที่ 1**<br>S : มีการสูญเสียเลือดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม<br>O : EBL = 100 cc Hct 25.8 %<br>**วัตถุประสงค์** : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะซีด<br>**ประเมินผล** : -ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะซีด ได้แก่ เป็นลม หน้ามืด เวียนศีรษะ หรือเกิดอุบัติเหตุขณะทำกิจวัตรประจำวันฮีมาโตคริต > 30 % สามารถรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1.ให้ผู้ป่วยนอนพักอยู่บนเตียง จำกัดกิจกรรมเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย<br>2.วัดสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอทุก 2 ชั่วโมง สังเกตชีพจรเร็วหายใจหอบ ความดันโลหิตต่ำ<br>3.ดูแลให้ PRC 2 unit ตามแผนการรักษา และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด เช่น มีผื่น คัน หนาว สั่น<br>4.ประเมินผลค่าฮีมาโตคริต หลังให้เลือด 4 ชั่วโมง<br>5.แนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีน วิตามินและธาตุเหล็กสูง ได้แก่ ผักใบเขียว เครื่องในสัตว์ | |
| **ระยะที่ 3 การฟื้นฟูสภาพ**<br>**10.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด และ Hypostatic Pneumonia**<br>**กรณีศึกษารายที่ 1** | **กิจกรรมการพยาบาล**<br><u>การป้องกันการเกิดแผลกดทับ</u><br>1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้ Braden's score<br>2. จัดให้ผู้ป่วยนอนเตียงที่มีบาร์โหน เพื่อสะดวกในการทำกิจกรรมบนเตียงของผู้ป่วย จัดท่านอน | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>การป้องกันการเกิดแผลกดทับ<br>1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้ Braden's score<br>2. จัดให้ผู้ป่วยนอนเตียงที่มีบาร์โหน เพื่อสะดวกในการทำกิจกรรมบนเตียงของผู้ป่วย จัดท่านอน |

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| S : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกสะโพก<br>O : เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย<br>**กรณีศึกษารายที่ 2**<br>S : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกสะโพก<br>O : เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย<br>**วัตถุประสงค์** : ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด และ Hypostatic Pneumonia**ประเมินผล** :ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด และ Hypostatic Pneumonia | ให้ถูกต้อง โดยจัดให้นอนหงายศีรษะสูง 30 องศา สลับกับนอนตะแคงโดยใช้หมอนกั้นระหว่าง ขาทั้ง 2 ข้าง ลำตัวเอนทำมุม 30 องศา<br>3. สอนแนะญาติในการดูแลผู้ป่วยลดแรงกดทับที่บริเวณปุ่มกระดูกต่างๆโดยการกระตุ้นให้ขยับตัว ยกก้นลอยพ้นจากพื้นเตียง หรือช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง<br>4. ให้ผู้ป่วยได้นอนที่นอนลม เพื่อลดแรงกดทับที่ผิวหนังส่วนต่าง ๆ<br>5. ลดแรงเสียดสี และแรงเฉือน โดยเคลื่อนย้ายหรือเลื่อนผู้ป่วยด้วยการยกตัวแทนการดึงลากผู้ป่วย หรือใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนย้าย เช่น ผ้ายกตัว , Pat slide<br>6. ดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันความเปียกชื้นของผิวหนัง ดังนี้ ทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวล ใช้โลชั่น หลังอาบน้ำหรือเช็ดตัวเพื่อป้องกันผิวหนังแห้ง หลังการขับถ่ายทุกครั้งทำความสะอาดด้วยสำลีชุบน้ำธรรมดา ซับผิวหนังให้แห้ง และทำเคลือบผิวหนังบริเวณก้น สะโพก และขาหนีบ ด้วยปิโตรเลียมเจล วาสลีน ป้องกันการระคายเคืองจากความเปียกชื้นดูแลปูผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง และแห้งสะอาด<br>7. ประเมินผิวหนัง โดยสำรวจรอยแดงตามปุ่มกระดูกต่างๆ ทุกครั้งขณะเช็ดตัวหรือพลิกตะแคง และลงบันทึกทุกวันในแบบเฝ้าระวังหรือบันทึกทางการพยาบาล<br>8. ให้คำแนะนำและฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแล โดยสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล<br>9. แนะนำญาติในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบนเตียง ในอวัยวะส่วนที่ไม่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวไม่ให้เกิดการกดทับตลอดเวลา การป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด ได้แก่<br>10. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเท่าที่จะสามารถปฏิบัติได้<br>11. แนะนำญาติในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา ข้อสะโพก (ข้างที่ไม่ได้หัก)และข้อเท้า เพื่อให้กล้ามเนื้อมีการหดคลายตัว เพิ่ม Muscle tone และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อต่าง ๆ ได้มีการเคลื่อนไหวซึ่งมีวิธีปฏิบัติ ดังนี้ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps Setting Exercise) คือ การเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาโดยข้อไม่มีการเคลื่อนไหว เพื่อให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง สามารถรับน้ำหนักตัวได้ เมื่อเริ่มหัดยืน | ให้ถูกต้อง โดยจัดให้นอนหงายศีรษะสูง 30 องศา สลับกับนอนตะแคงโดยใช้หมอนกั้นระหว่าง ขาทั้ง 2 ข้าง ลำตัวเอนทำมุม 30 องศา<br>3. สอนแนะญาติในการดูแลผู้ป่วยลดแรงกดทับที่บริเวณปุ่มกระดูกต่างๆโดยการกระตุ้นให้ขยับตัว ยกก้นลอยพ้นจากพื้นเตียง หรือช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง<br>4. ให้ผู้ป่วยได้นอนที่นอนลม เพื่อลดแรงกดทับที่ผิวหนังส่วนต่าง ๆ<br>5. ลดแรงเสียดสี และแรงเฉือน โดยเคลื่อนย้ายหรือเลื่อนผู้ป่วยด้วยการยกตัวแทนการดึงลากผู้ป่วย หรือใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนย้าย เช่น ผ้ายกตัว , Pat slide<br>6. ดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันความเปียกชื้นของผิวหนัง ดังนี้ ทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวล ใช้โลชั่น หลังอาบน้ำหรือเช็ดตัวเพื่อป้องกันผิวหนังแห้ง หลังการขับถ่ายทุกครั้งทำความสะอาดด้วยสำลีชุบน้ำธรรมดา ซับผิวหนังให้แห้ง และทำเคลือบผิวหนังบริเวณก้น สะโพก และขาหนีบ ด้วยปิโตรเลียมเจล วาสลีน ป้องกันการระคายเคืองจากความเปียกชื้นดูแลปูผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง และแห้งสะอาด<br>7. ประเมินผิวหนัง โดยสำรวจรอยแดงตามปุ่มกระดูกต่างๆ ทุกครั้งขณะเช็ดตัวหรือพลิกตะแคง และลงบันทึกทุกวันในแบบเฝ้าระวังหรือบันทึกทางการพยาบาล<br>8. ให้คำแนะนำและฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแล โดยสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล<br>9. แนะนำญาติในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบนเตียง ในอวัยวะส่วนที่ไม่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวไม่ให้เกิดการกดทับตลอดเวลา การป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด<br>10. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเท่าที่จะสามารถปฏิบัติได้<br>11. แนะนำญาติในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา ข้อสะโพก (ข้างที่ไม่ได้หัก)และข้อเท้า เพื่อให้กล้ามเนื้อมีการหดคลายตัว เพิ่ม Muscle tone และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อต่าง ๆ ได้มีการเคลื่อนไหวซึ่งมีวิธีปฏิบัติ ดังนี้ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps Setting Exercise) คือ การเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาโดยข้อไม่มีการเคลื่อนไหว เพื่อให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง สามารถรับน้ำหนักตัวได้ เมื่อเริ่มหัดยืน |

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| | และหัดเดิน การออกกำลังกายข้อสะโพก คือการยกขาขึ้นตรงๆ (Straight Leg Raising Exercise) ขณะเดียวกันก็เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาไว้ด้วย เป็นการป้องกันการงอของข้อสะโพก และทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง การออกกำลังกายข้อเท้า คือ การให้ผู้ป่วยกระดกข้อเท้าขึ้นปล่อยข้อเท้าลง หมุนข้อเท้าเข้าด้านใน และหมุนข้อเท้าออกด้านนอก เป็นการป้องกันข้อเท้าตก ซึ่งจะทำให้เดินไม่ได้<br><u>การป้องกันการเกิดภาวะ Hypostatic Pneumonia</u><br>1. ประเมินลักษณะการหายใจ และฟังเสียงปอดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง<br>2. ดูแลจัดท่านอนให้ศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อช่วยให้หายใจสะดวก<br>3. แนะนำเรื่อง Breathing Exercise และ Effective Cough<br>4. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัวและสามารถขับออกได้ง่าย พร้อมทั้งสังเกตลักษณะของเสมหะที่ออก | และหัดเดิน การออกกำลังกายข้อสะโพก คือการยกขาขึ้นตรงๆ (Straight Leg Raising Exercise) ขณะเดียวกันก็เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาไว้ด้วย เป็นการป้องกันการงอของข้อสะโพก และทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง การออกกำลังกายข้อเท้า คือ การให้ผู้ป่วยกระดกข้อเท้าขึ้นปล่อยข้อเท้าลง หมุนข้อเท้าเข้าด้านใน และหมุนข้อเท้าออกด้านนอก เป็นการป้องกันข้อเท้าตก ซึ่งจะทำให้เดินไม่ได้<br><u>การป้องกันการเกิดภาวะ Hypostatic Pneumonia</u><br>1. ประเมินลักษณะการหายใจ และฟังเสียงปอดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง<br>2. ดูแลจัดท่านอนให้ศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อช่วยให้หายใจสะดวก<br>3. แนะนำเรื่อง Breathing Exercise และ Effective Cough<br>4. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัวและสามารถขับออกได้ง่าย พร้อมทั้งสังเกตลักษณะของเสมหะที่ออก |
| **10.ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน**<br>**กรณีศึกษารายที่ 1**<br>S ญาติและผู้ป่วยกลัวว่ากลับบ้านจะปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมือนตอนอยู่โรงพยาบาล<br>O : สีหน้าไม่สดชื่น<br>**กรณีศึกษารายที่ 2**<br>S ญาติและผู้ป่วยกลัวว่ากลับบ้านจะปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมือนตอนอยู่โรงพยาบาล<br>O : สีหน้าไม่สดชื่น<br>**วัตถุประสงค์ :** ญาติและผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล **ประเมินผล :** ญาติและผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เข้าใจวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัดได้ถูกต้อง | 5. ดูแลให้มีการพลิกตัว หรือขยับตัว โดยไม่นอนอยู่ท่าเดียวนานๆเพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย.<br>6.บันทึกสัญญาณชีพ เพื่อดูอุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลง ถ้าสูงขึ้นอาจมีการติดเชื้อในปอด ให้ประเมินชีพจร และอัตราการหายใจร่วมด้วย<br>**กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน<br>2. แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องดังต่อไปนี้<br>2.1. การรับประทานยาตามแผนการรักษา<br>2.2. การบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่างๆ<br>2.3. การดูแลบาดแผลให้สะอาดเสมอ ไม่ให้แผลเปียกน้ำจนกว่าจะตัดไหม<br>2.4. การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก หรือวิตามินซีสูง เน้นอาหารที่มีแคลเซียมสูงเพื่อช่วยในการบำรุงกระดูก เช่น นม ปลาเล็กปลาน้อย ส้ม ผักใบเขียว<br>2.5. การควบคุมน้ำหนัก<br>2.6. การระมัดระวังในการเกิดอุบัติเหตุจากการลื่นล้ม<br>2.7. หลีกเลี่ยง การยกของหนัก ผลักของหนัก หรือการรับน้ำหนักที่มากเกินไป | 5. ดูแลให้มีการพลิกตัว หรือขยับตัว โดยไม่นอนอยู่ท่าเดียวนานๆเพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย.<br>6.บันทึกสัญญาณชีพ เพื่อดูอุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลง ถ้าสูงขึ้นอาจมีการติดเชื้อในปอด ให้ประเมินชีพจร และอัตราการหายใจร่วมด้วย<br>**กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน<br>2. แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องดังต่อไปนี้<br>2.1. การรับประทานยาตามแผนการรักษา<br>2.2. การบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่างๆ<br>2.3. การดูแลบาดแผลให้สะอาดเสมอ ไม่ให้แผลเปียกน้ำจนกว่าจะตัดไหม<br>2.4. การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก หรือวิตามินซีสูง เน้นอาหารที่มีแคลเซียมสูงเพื่อช่วยในการบำรุงกระดูก เช่น นม ปลาเล็กปลาน้อย ส้ม ผักใบเขียว<br>2.5. การควบคุมน้ำหนัก<br>2.6. การระมัดระวังในการเกิดอุบัติเหตุจากการลื่นล้ม<br>2.7. หลีกเลี่ยง การยกของหนัก ผลักของหนัก หรือการรับน้ำหนักที่มากเกินไป |

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| | 2.8. การฝึกเดินด้วย pick up walker<br>2.9. การแต่งตัว การนั่ง<br>2.10. การอาบน้ำ การเข้าส้วม<br>2.11. การขึ้นหรือลงจากเตียงนอน<br>2.12. อาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ทันที และการไปตรวจตามแพทย์นัด | 2.8. การฝึกเดินด้วย pick up walker<br>2.9. การแต่งตัว การนั่ง<br>2.10. การอาบน้ำ การเข้าส้วม<br>2.11. การขึ้นหรือลงจากเตียงนอน<br>2.12. อาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ทันที และการไปตรวจตามแพทย์นัด |
| **11.มีโอกาสกระดูกหักซ้ำ**<br>**กรณีศึกษารายที่ 1**<br>S ญาติและผู้ป่วยกลัวว่าจะหกล้มซ้ำ<br>O : สีหน้าไม่สดชื่นผู้ป่วยสูงอายุ<br>**กรณีศึกษารายที่ 2**<br>S ญาติและผู้ป่วยกลัวว่าจะหกล้มซ้ำ<br>O : สีหน้าไม่สดชื่นผู้ป่วยสูงอายุ<br>**วัตถุประสงค์** : เพื่อป้องกันกระกระดูกหักซ้ำ<br>**ประเมินผล** ไม่เกิดการหักซ้ำของกระดูก | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยสาเหตุและปัจจัย เสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ<br>2. แนะนำวิธีการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้ฝึกปฏิบัติจริง สามารถออกกำลังกายด้วยท่าทางที่ถูกต้องและเกิดความมั่นใจ สามารถ กลับไปออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านได้<br>3. แนะนำให้ปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกันการหกล้มได้อย่างเหมาะสม<br>4. ตรวจสอบการเดินและการทรงตัวด้วยวิธี Time up and go test เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ<br>5. แนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกกระดูกพรุนตามนัดอย่างต่อเนื่อง | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยสาเหตุและปัจจัย เสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ<br>2. แนะนำวิธีการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้ฝึกปฏิบัติจริง สามารถออกกำลังกายด้วยท่าทางที่ถูกต้องและเกิดความมั่นใจ สามารถ กลับไปออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านได้<br>3. แนะนำให้ปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกันการหกล้มได้อย่างเหมาะสม<br>4. ตรวจสอบการเดินและการทรงตัวด้วยวิธี Time up and go test เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ<br>5. แนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกกระดูกพรุนตามนัดอย่างต่อเนื่อง |

## อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและมีโรคร่วมทั้ง 2 ราย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (80-89 ปี) มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี)มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัญหาทางการพยาบาลที่คล้ายกัน มีความซับซ้อนในการดูแล มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะของการรักษา จำเป็นต้องประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมดูแลผู้ป่วย แต่เนื่องจากผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุวัยปลายและยังมีโรคประจำตัวร่วมและพบภาวะแทรกซ้อน พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีการเสริมพลังและสร้างความมั่นใจให้กับญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วย Pick up walker โดยมีญาติช่วยประคอง ทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็ว และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากกว่า ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากกว่า กรณีศึกษาที่ 1 นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 15 วัน และกรณีศึกษาที่ 2 นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 9 วัน ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการใช้ทักษะประเมินความเปลี่ยนแปลงในแต่ละระยะและดูแลให้ได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องปัญหาและการการรักษาของแพทย์ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และระยะฟื้นฟู

ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และญาติเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[4,5,6]

**ข้อเสนอแนะ**

1. ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกจะต้องพัฒนาสมรรถนะด้าน การปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายควบคู่ไปกับการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุเมื่อได้รับรักษาและฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยสามารถกลับไปปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนองได้ ดังนั้นการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่ในระยะ ของการรับไว้ใน โรงพยาบาลจะส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเอง ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นการเสริมพลังและสร้างความมั่นใจให้กับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

**เอกสารอ้างอิง**

1.จอมศรี โพธิสาร. (2554). ภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อเข้าและข้อสะโพก : ประเด็นท้าทาย ในการป้องกัน. วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย, 16(1), 5-13

2.นรเทพ กุลโชติ. กระดูกหักและข้อเคลื่อนรอบข้อสะโพก. [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://med.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/files/public/file/pdf/Hip-fx.Dr_.Naratep.pdf

3.บวรฤทธิ์ จักรไพวงศ์ และคณะ. (2556). การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :

4.มรรยาท ณ นคร. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการยึดตรึงด้วยวัสดุภายในร่างกาย. พิมพ์ครั้งที่ 7. เชียงใหม่: นันทพันธ์พริ้นติ้ง.

5.วรรณี สัตยวิวัฒน์. การพยาบาลผู้ปุวยออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพีเพรส; 2553.

6.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).แนวปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุ ฉบับ 25 พฤศจิกายน 2563. เอกสารอัดสำเนา

7.เสาวภา อินผา. คู่มือการพยาบาลผู้ปุวยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม.2557. 51-74 อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

8.อาศิส อุนนะนันท์.(2562).ตำรากระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุ.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

# การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลเสลภูมิ

# The Development of Nursing Care Regulation for Preparation Anesthesia at Selaphum Hospital.

(Received: January 20,2024 ; Revised: February 3,2024 ; Accepted: February 10,2024)

**นันทิยา นนทภา[1] สุพรรณี แน่นอุดร[1]**
**Nantiya Nontapa[1]Supunnee Naenudon[1]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการการเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจากผู้มารับบริการผ่าตัดโดยได้รับยาระงับความรู้สึกที่โรงพยาบาลเสลภูมิ จำนวน 30 ราย และวิสัญญีพยาบาล จำนวน 5 คน ตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2566 ถึง 30 พฤศจิกายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 3 แนวปฏิบัติ ได้แก่ 1. แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายผู้รับบริการใช้ยาระงับความรู้สึก 2. แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจผู้รับบริการใช้ยาระงับความรู้สึก 3. แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลแก่ผู้รับบริการใช้ยาระงับความรู้สึก ผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า คือ ก่อนแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผู้มารับบริการผ่าตัดโดยได้รับยาระงับความรู้สึกที่โรงพยาบาลเสลภูมิ มีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดระดับปานกลาง ร้อยละ 76.66 แต่เมื่อได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯพบว่า ไม่มีอาการและอาการแสดงของความวิตกกังวล ร้อยละ 100 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.20 (S.D.= 0.58) ส่วนวิสัญญีพยาบาลพบว่ามีความพึงพอใจในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.04 (S.D.= 0.08) มี
**คำสำคัญ:** การเตรียมความพร้อมก่อนการได้รับยาระงับความรู้สึก , การระงับความรู้สึก

**ABSTACT**

This Action Research aims to develop Nursing Care Regulation for anesthesia preparation at Selaphum Hospital and assess their impact. The process underwent scrutiny by 5 specialists for accuracy and was applied by 5 anesthetist nurses on 30 cases. The research, conducted between October 15 and November 30, 2023, included criterion-related validity testing using the Mason technique, data were analyzed by descriptive statistics.

According to the study's finding had positive outcomes for both the process and outcome of nursing care. Three regulations were identified, covering processes related to preparing the patient's body, mental preparation, and provision of information for patients undergoing anesthesia. Evaluation of implementation indicated that patient anxiety levels decreased from a moderate level (76.66%) to zero signs and symptoms of anxiety, with a100% satisfaction rate at a high level ($\bar{X}$=4.2, S.D.= 0.58). Anesthetist nurses similarly expressed a high level of satisfaction ($\bar{X}$=4.04, S.D.= 0.08).
**Key word:** Preparation before receiving anesthesia, anesthesia

## บทนำ

การใช้ยาระงับความรู้สึกทุกวิธี เมื่อต้องเข้ารับการผ่าตัด ล้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิด

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ภาวะแทรกซ้อนได้เสมอจากปัจจัยต่างๆ ทั้งจากสภาพร่างกายของผู้ป่วยเอง พยาธิสภาพของโรคที่มีระดับความรุนแรงของโรคไม่เท่ากัน และวิธีการผ่าตัด การให้ยาสลบหรือยาระงับความรู้สึก สามารถแบ่งประเภทดังนี้ คือ การดมยาสลบทั่วร่างกาย (General Anesthesia) การให้ยาชาเฉพาะส่วน (Regional Anesthesia) การให้ยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) การให้ยากล่อมประสาท (Sedation) การบริการพยาบาลวิสัญญี เป็นบริการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทางวิสัญญี โดยให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี ระยะให้บริการทางวิสัญญี และระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี โดยกำหนดขอบเขตการบริการของงาน ครอบคลุมการให้บริการ ตั้งแต่ การเยี่ยม/ประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก การพยาบาลวิสัญญีในห้องผ่าตัด และการพยาบาลวิสัญญีในห้องพักฟื้นเ[1] เพื่อให้การผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละรายฟื้นมาอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการเยี่ยม/ประเมินผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกจึงเป็นขั้นตอนแรกในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่เคยประสบมาก่อน เพราะจะทำให้เกิดความวิตกกังวล และความเครียดได้ [2] ภาวะความวิตกกังวลตามแนวคิดปัญญานิยมจะอธิบายว่า เป็นภาวะที่ไม่ได้เกิดขึ้นโดยตรงจากสถานการณ์ที่มากระทบบุคคล แต่เกิดจากกระบวนการทางปัญญา (การคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง ฯลฯ) ได้รับรู้และประเมินสภาพการณ์ว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามตนเอง ดังนั้นการเกิดความวิตกกังวลตามแนวคิดนี้จึงพิจารณาที่การรับรู้และการประเมินสถานการณ์ของกระบวนการทางปัญญาเป็นหลัก หรือเป็นจุดเริ่มต้นที่จะทำให้เกิดความวิตกกังวลแล้วแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์รวมทั้งลักษณะทางสรีระวิทยาที่เป็นปัญหาขึ้น สาเหตุความวิตกกังวลและความเครียดเกิดจากความไม่มั่นใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัด กลัวสูญเสียอวัยวะบางส่วน หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะของร่างกาย[3] ความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดขึ้นทำให้ต่อมหมวกไตชั้นในมีการหลั่งสารแคทีโคลามินและต่อมหมวกไตชั้นนอกปล่อยคอร์ติโคสเตียรอยด์เกิดการคั่งของโซเดียมและโปแตสเซียมในเลือดทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติ[4] จากการวิจัย ผู้ป่วยที่รอเข้ารับการผ่าตัดกลัวความเจ็บปวดขณะผ่าตัด กลัวความไม่ปลอดภัย กลัวลูกได้รับอันตรายจากยาระงับความรู้สึก มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ 76.0 ระดับมากถึงร้อยละ 18.0[5] จะเห็นได้ว่าก่อนเข้ารับการผ่าตัดโดยใช้ยาระงับความรู้สึก ผู้รับบริการมีความวิตกกังวลซึ่งส่งผลต่อระบบการทำงานต่างๆของร่างกาย ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อการรับบริการได้ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการโดยการเตรียมความพร้อมให้กับผู้รับบริการ ก่อนที่จะได้รับยาระงับความรู้สึก

โรงพยาบาลเสลภูมิ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง ตั้งอยู่ที่อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Accreditation ) การบริการพยาบาลวิสัญญี เป็นบริการ ผู้ป่วยที่รับบริการทางวิสัญญี จากสถิติ มีหัตถการผ่าตัด ที่ต้องใช้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้รับบริการจำนวน 641,662,550,826 ,823 ราย ในปี พ.ศ 2561,2562, 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ[6] จากสถิติดังกล่าว จะเห็นได้ว่า มีแนวโน้มการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น และผู้รับบริการได้รับยาระงับความรู้สึกเป็นจำนวนมาก จากการปฏิบัติงานพบว่า ถึงแม้มีการเตรียมความพร้อมแต่เมื่อถึงเวลานัดที่ผู้รับบริการกลับไม่ปฏิบัติตาม เช่น การงดน้ำงดอาหาร หรือการพิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ครอบคลุมกับเกณฑ์ที่เคยกำหนดไว้ ทำให้ต้องมีการเลื่อนการผ่าตัด จากความคลาดเคลื่อนในการพิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เข้าใจไม่ตรงกันในการปฏิบัติงาน รวมไปถึง ผู้รับบริการแสดงออกถึงความวิตกกังวลอย่างชัดเจน ด้วยการถามคำถามซ้ำๆถึงความปลอดภัย หรือขั้นตอนการปฏิบัติตัว

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัย มีความเห็นว่า ควรจะมีการเตรียมความพร้อมแก่ผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก ในการให้บริการพยาบาลวิสัญญี เพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้รับบริการ มีความเข้าใจในการเตรียมตัวผ่าตัดในการใช้ยาระงับความรู้สึก ทำให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เพื่อเป็นเกณฑ์หรือแนวทางในการให้การพยาบาลทางวิสัญญีตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ จะทำให้เกิดผลตามมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ดังนั้น ผู้วิจัย เห็นความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมแก่ผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลเสลภูมิ ในการเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1.เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลเสลภูมิ

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในช่วงที่ทำการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้แก่ วิสัญญีพยาบาล จำนวน 5 คน และผู้มารับบริการผ่าตัดโดยได้รับยาระงับความรู้สึกที่โรงพยาบาลเสลภูมิ ในระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม 2566 ถึง 30 พฤศจิกายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความเครียดก่อนผ่าตัด[7]

2. แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและแบบสังเกตแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิสัญญีพยาบาลเป็นผู้บันทึกกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติและไม่ได้ปฏิบัติตามที่กำหนดในแนวปฏิบัติเชิงกระบวนการและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ โดยใช้แบบตรวจสอบ 2 แบบคือ

1) แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) เลือกตอบ 2 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ได้ปฏิบัติ หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเชิงกระบวนการ โดยได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเชิงกระบวนการ โดยได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

2) แบบสังเกตแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) เลือกตอบ 2 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ได้ผล หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลนั้นๆเกิดกับผู้รับบริการตามเกณฑ์ชี้วัด โดยได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ไม่ได้ผล หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลนั้นๆ ไม่ได้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการตามเกณฑ์ชี้วัด โดยได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน พร้อมระบุเหตุผลในช่องที่ไม่ได้ผล

การตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์ความสัมพันธ์ของแนวปฏิบัติ เมื่อได้ข้อมูลแล้ว มาทำการหารวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ร้อยละ ตามการคำนวณ

ร้อยละของแนวปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ =

$$\frac{\text{จำนวนครั้งของการปฏิบัติจริง } \mathbf{X}\ 100}{\text{จำนวนครั้งที่ปฏิบัติทั้งหมด}}$$

ร้อยละของแนวปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ =

$$\frac{\text{จำนวนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง } \mathbf{X}\ 100}{\text{จำนวนครั้งที่ปฏิบัติทั้งหมด}}$$

ขั้นตอนการแปลผลวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) ในแต่ละแนวปฏิบัติเชิงกระบวนการ ถือเกณฑ์ ว่าเมื่อปฏิบัติตามกิจกรรมเชิงกระบวนการแล้วเกิดผลลัพธ์ทางบวก หรือผลลัพธ์ตามที่คาดหวังทุกครั้ง โดยถือเกณฑ์ว่าต้องเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90 จึงถือว่าเป็นมาตรฐานที่มีความตรงตามเกณฑ์ความสัมพันธ์สามารถนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติได้

2) ในแต่ละแนวปฏิบัติเชิงผลลัพธ์ ถือ เกณฑ์ร้อยละ 100 จากการสังเกตเกิดผลลัพธ์ทางบวกหรือผลลัพธ์ตามที่คาดหวังทุกหลังจากปฏิบัติตามกิจกรรมเชิงกระบวนการ

3) นำกิจกรรมในแนวปฏิบัติ เชิงกระบวนการที่ปฏิบัติได้ร้อยละ 90 ขึ้นไป มาหาความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ และต้องมีความสัมพันธ์เชิงบวกทุกครั้ง

3. แบบประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล และผู้รับบริการต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก

ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนความพึงพอใจของเบสท์[8] ดังนี้

ระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 ระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00

**สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE0892566 เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2566

**ผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการผ่าตัดโดยได้รับยาระงับความรู้สึกที่โรงพยาบาลเสลภูมิ ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 56.66 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41-60 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.34 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 สถานภาพสมรส 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.33 อาชีพส่วนใหญ่ เกษตรกรรม รับจ้างและไม่ได้ประกอบอาชีพตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 30,26.67 และ 23.33 จบการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 มีรายได้ส่วนใหญ่ระหว่าง 5001-15,000 บาท จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.67 เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมากที่สุด 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.67 และไม่เคยผ่าตัด 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.33 ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ใน Class 2 จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.67

**2. ผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์**ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายผู้รับบริการใช้ยาระงับความรู้สึก ประกอบด้วยการปฏิบัติการพยาบาล 4 ข้อ มีการปฏิบัติจริงอัตราร้อยละ 100 และมีผลลัพธ์จากการปฏิบัติ 5 ข้อ เกิดผลลัพธ์เชิงบวกทุกครั้ง หรืออัตราร้อยละ 100 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจผู้รับบริการใช้ยาระงับความรู้สึก ประกอบด้วยการปฏิบัติการ

พยาบาล 2 ข้อ 5 กิจกรรม มีการปฏิบัติจริงอัตราร้อยละ 100 และมีผลลัพธ์จากการปฏิบัติ 3 ข้อ เกิดผลลัพธ์เชิงบวกทุกครั้ง หรืออัตราร้อยละ 100

**3. ผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลเสลภูมิ ไปใช้** ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการผ่าตัดโดยได้รับยาระงับความรู้สึกต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลเสลภูมิ พบว่า ภาพรวมความพึงพอใจของผู้มารับบริการผ่าตัดโดยได้รับยาระงับความรู้สึกที่โรงพยาบาลเสลภูมิต่อแนวปฏิบัตินี้อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.20 (0.58) ข้อที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ เจ้าหน้าที่ที่ให้คำแนะนำ มีความเป็นมิตรและยิ้มแย้ม เป็นกันเอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 (S.D. = 0.50) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ได้ซักถาม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 (S.D. = 0.49) และข้อที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ เจ้าหน้าที่แนะนำฉันและญาติเกี่ยวกับสิทธิ์การรักษาพยาบาล ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 (S.D. = 0.79) ดังรายละเอียดใน

ผลการประเมินความวิตกกังวลของผู้รับบริการภายหลังได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลเสลภูมิ พบว่า ผู้รับบริการไม่มีความวิตกกังวลหลังจากได้รับบริการตามแนวปฏิบัติ ร้อยละ 100

ผลการประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลเสลภูมิ พบว่า ภาพรวมความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.04 (0.08) ข้อที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ แนวปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามได้ง่าย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 (S.D. = 0.44)

**สรุปและอภิปรายผล**

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการตามกระบวนการพยาบาล[9] และตรวจสอบความตามเกณฑ์สัมพันธ์[10] พบว่าการปฏิบัติเชิงกระบวนการสามารถปฏิบัติได้จริงร้อยละ 100 และเกิดผลเชิงบวกด้านผลลัพธ์ ร้อยละ100 ตามเทคนิคการหาความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ของเมสัน[9] แสดงว่าเป็นแนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้แล้วเกิดผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการโดยแท้จริงคือ แนวปฏิบัติที่ 1 การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ได้มีการปฏิบัติกิจกรรมตรงตามหลักวิชาการ ครอบคลุมทั้งการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งกิจกรรมที่ปฏิบัตินี้ถูกต้องตามมาตรฐานงานวิสัญญี[11] โดยการตรวจร่างกายแบ่งกลุ่มจะยึดหลัก ASA classes[12] ในการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก การงดน้ำงดอาหาร การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเมื่อทุกคนยึดถือปฏิบัติจึงเกิดผลเชิงบวกทุกครั้ง แนวปฏิบัติที่ 2 การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เป็นการประเมินความเครียด ความวิตกกังวล[7] เพื่อที่จะได้ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลได้ แนวปฏิบัติที่ 3 การเตรียมพร้อมด้านข้อมูลแก่ผู้รับบริการ เป็นการให้ข้อมูลด้านการปฏิบัติตัวก่อนได้รับการใช้ยาระงับความรู้สึก และเป็นการให้ข้อมูลกับญาติด้วย เมื่อนำแนวปฏิบัติทั้ง 3 ไปใช้และประเมินผลพบว่าผู้รับบริการลดความวิตกกังวล จะเห็นได้ว่าก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมผู้รับบริการมีความเครียด วิตกกังวลกลัวการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.66 แต่เมื่อได้รับการเตรียมความพร้อมแล้วพบว่าไม่มีอาการและอาการแสดงของวิตกกังวลหรือความเครียดร้อยละ 100 เนื่องจากผู้รับบริการสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ให้ความร่วมมือในการเตรียมตัวก่อนใช้ยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง เพราะการได้รับรู้การปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับหลักของทฤษฎีจิตวิทยา คือ การสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจจากการได้รับข้อมูลทั้งความรู้ และประสบการณ์ตรงและถูกต้องตามสถานการณ์จริง จะเกิดความรู้

ความเข้าใจ เกิดการเผชิญ ได้อย่างเหมาะสม[13] ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ สามารถจินตนาการมองเห็นปัญหาหรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นขณะอยู่ในห้องผ่าตัด และเมื่อออกจากห้องผ่าตัดพยาบาลจะต้องนำกระบวรการในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวทั้งร่างกายและจิตใจมาใช้ โดยการประเมินปัญหา ปัจจัยเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยรับการผ่าตัด การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ขั้นตอนการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัดและหลังการผ่าตัดแล้วยังเป็นการป้องกันการงดหรือเลื่อนการผ่าตัดอีกทั้งยังช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว และในส่วนของความพึงพอใจก็เช่นเดียวกัน ผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.20 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57 สอดคล้องกับงานวิจัย[14] ที่พบว่า แบบแผนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก สามารถช่วยลดความวิตกกังวลและสร้างความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกได้ และสำหรับความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลนั้น พบว่าอยู่ในระดับพึงพอใจมาก เนื่องด้วยเป็นการระดมสมองกันร่างกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาล ทุกคนมีส่วนร่วม ดังนั้นผลที่เกิดขึ้นคือ พึงพอใจในความชัดเจนของแนวปฏิบัติ เพราะสามารถปฏิบัติตามได้ง่าย ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ตรงกับทฤษฎีของ Herzberg[15] ทฤษฎี 2 ปัจจัย เป็นทฤษฎีการจูงใจที่เกี่ยวข้องและสามารถโยงไปสู่กระบวนการมีส่วนร่วมได้ เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้ปฏิบัติงานจะปฏิบัติงานได้ผลดีมีประสิทธิภาพย่อมขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน เพราะเขาจะเพิ่มความสนใจในงานและมีความรับผิดชอบ

**ข้อเสนอแนะ**

1. ด้านบริหาร ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายสนับสนุนให้ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ โดยประกาศให้ทราบทั่วกัน มีการติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นการควบคุมคุณภาพตามมาตรฐาน

2. ด้านบริการ เมื่อผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจ ดังนั้นการนำแนวปฏิบัติไปปฏิบัติจึงถือเป็นสิ่งที่ดี ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความสุขในการปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติควรเตรียมตัวให้พร้อมทั้งความรู้และทักษะตลอดเวลาเพื่อให้เกิดการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการวิจัย ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติอื่นๆ เช่น พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลบริการผู้รับบริการในระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึก

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเสลภูมิ วิสัญญีพยาบาล และผู้มารับบริการผ่าตัดโดยได้รับยาระงับความรู้สึกที่โรงพยาบาลเสลภูมิ ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยและความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นอย่างดี

**เอกสารอ้างอิง**

1. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. (2559). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
2. Clerk, D.M., K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. & Clarl, D.M, (Eds) .(1990). Cognition behavior theory for psychiatric problem. Oxford: Oxford University Press.
3. Bysshe JE. (1998). The effect of giving information to patients before surgery. Nursing (London), 3(30):36-39.

4. Phipps C.G., Long B.C. (1995). The patient undergoing surgery. In Long BC, Phipps WJ, Cassmeyer VL, editors. Adult-Nursing: A nursing process approach. London: Mosby.
5. Akildiz M, Aksoy Y, Kaydu A, Kacar CK, Sahin OF, Yildirim ZB. (2017). Effect of anaesthesia method on preoperative anxiety level in elective caesarean section surgeries. Turk J Anaesthesiol Reanim.
6. เวชระเบียนโรงพยาบาลเสลภูมิ. (2565). สถิติข้อมูลการบริการวิสัญญี โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2565. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลเสลภูมิ.
7. กรมสุขภาพจิต. (2566). คู่มือแบบประเมินคัดกรองโรคจิตและปัญหาสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. สุราษฎรธานี: กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2566 ]. เข้าถึงได้จาก : URL: http://1.179.139.229/upload/2021-02-17-1010.pdf
8. Best, J.W. (1977). Research in Education. (3rd ed.) Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
9. Nicholls, M.E. & Wessells, V.G. (1977). Nursing standards and nursing process. Wakefield: Contemporary Publishing.
10.Mason.(1994) How to write meaningful standards of care. 3rd ed, New York: Delmar Publishers Inc.
11. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). คำแนะนำทางเวชปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก Practice Advisory for Pre-Anesthesia Evaluation [อินเทอร์เน็ต]. ประกาศของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : URL: https://www.rcat.org/_files/ugd/82246c_6386a015c1574075a50dff87cfc2b060.pdf.
12.Daniel John Doyle; Joseph Maxwell Hendrix; Emily H. Garmon. Author Information and Affiliations. American Society of Anesthesiologists Classification: National Library of Medicine (NIH) [อินเทอร์เน็ต].[ เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2566 ] เข้าถึงได้จากhttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441940/.
13. รัตนา เพิ่มเพ็ชร์ และ เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. (2559). บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. รามาธิบดีพยาบาล, 20 (1): 9-20.
14. ขษีร์สิริ หงษ์วิไล. (2556). ผลลัพธ์ของแบบแผนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก[ วิทยานิพนธ์] มปท: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
15. Herzberg, Frederick and Others. (1959). The Motivation of Work. New York: John Wiley & Sons.

# ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อความเข้มแข็งในการมองโลกและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

# Effectiveness of Sense of Coherence promotion program on sense of coherence and oral health care behaviors of homebound elderly in Phosai District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: January 8,2024 ; Revised: January 21,2024 ; Accepted: January 26,2024)

**ชัยณรงค์ สีแหล้[1], นิยม จันทร์นวล[2,*].**
**Chainarong Silae[1]., Niyom Junnual[2,*].**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อความเข้มแข็งในการมองโลกและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีค่าความเชื่อมั่นความเข้มแข็งในการมองโลกและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเท่ากับ 0.82 และ 0.74 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Paired sample t-test และ Independent sample t-test) ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

**คำสำคัญ:** โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ความเข้มแข็งในการมองโลก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

**ABSTRACT**

This quasi-experimental research aims to study the effectiveness of sense of coherence promotion program on sense of coherence and oral health care behaviors of the homebound elderly in Phosai District, Ubon Ratchathani Province. A random sample of 80 homebound elderly people was divided into an experimental group and a comparison group, each of 40 homebound elderly people. The experimental group received activities according to the sense of coherence program for a period of 12 weeks. Data were collected by interview with Cronbach's alpha confidence values ranging in sense of coherence and oral health care behaviors from 0.82 and 0.74. Data analysis proceeded with descriptive statistics and inferential statistics (Paired sample t-test and Independent sample t-test). The results indicate that after the experiment in the experimental group, the average scores of sense of coherence and oral health care behaviors of the homebound elderly in the experimental group were significantly higher than before the experiment and the comparison group (p-value<0.001).

**Keywords:** Sense of Coherence program, Sense of Coherence, Oral health care behaviors, Homebound Elderly

[1]ส.ม., นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2]ส.ด., ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
*ผู้รับผิดชอบบทความ: Niyom.j@ubu.ac.th

**บทนำ**

สุขภาพช่องปากเป็นส่วนสำคัญของสุขภาพโดยทั่วไปทั้งทางร่างกายและจิตใจ การมีสุขภาพช่องปากที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมย่อมส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย[1] โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ต้องมีการติดตามข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงด้านทันตสุขภาพ การรับบริการสุขภาพช่องปาก[2] ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญส่งผลกระทบมากมายต่อการดำรงชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตนเองได้จำกัดหรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม ทั้งทำให้มีกลิ่นปาก เหงือกอักเสบที่มีหินปูนและเลือดออก รวมไปถึงเกิดโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงและสูญเสียฟัน ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน[2]

ข้อมูลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพประเทศไทย ครั้งที่ 8 ปี 2560 พบผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี มีฟันแท้เพียงพอต่อการบดเคี้ยวอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ ร้อยละ 56.1 แต่เมื่ออายุ 80 - 85 ปีพบผู้มีฟันแท้ 20 ซี่ เหลือเพียงร้อยละ 22.4 และพบอุบัติการณ์ของโรคเหงือกอักเสบที่มีหินปูนและเลือดออกร้อยละ 41.3 และโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงซึ่งมีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไปถึงร้อยละ 12.2 ทำให้เกิดเสี่ยงต่อการเกิดอาการอักเสบและสูญเสียฟัน ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคปริทันต์สูง ถึงร้อยละ 0.4 รองลงมาคือภาคเหนือและภาคใต้ ร้อยละ 0.3 และภาคกลาง 0.1 ตามลำดับ ในด้านพฤติกรรมที่ทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก พบว่า พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากหลักของผู้สูงอายุยังคงเป็นการแปรงฟัน โดยร้อยละ 92.0 แปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้าทุกวัน ร้อยละ 72.5 แปรงฟันก่อนเข้านอนทุกวัน ผู้สูงอายุร้อยละ 72.7 ใช้เวลาแปรงฟันต่อครั้งประมาณ 2 นาทีขึ้นไป และร้อยละ 81.8 แปรงร่วมกับยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 47.0 ใช้อุปกรณ์เสริมร่วมกับการแปรงฟันด้วย โดยอุปกรณ์เสริมที่ใช้มากที่สุดคือไม้จิ้มฟัน ร้อยละ 28.6 รองลงมาคือน้ำยาบ้วนปากร้อยละ 20.3 ทั้งนี้ มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 6.0 เท่านั้นที่ใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟันร่วมกับการแปรงฟัน[2] จากรายงานการสำรวจสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านตำบลสารภี ประจำปี 2565 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสารภี อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีฟันแท้เพียงพอต่อการบดเคี้ยวอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ ร้อยละ 45.19 มีพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 32.5 แปรงฟันตอนเช้าทุกวัน ร้อยละ 11.25 แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีกลุ่มติดบ้านไม่สามารถดูแลความสะอาดช่องปากตัวเองได้อย่างเต็มที่ ทั้งการอาศัยความช่วยเหลือในการทำความสะอาดช่องปากจากผู้ดูแลผู้สูงอายุก็เป็นไปได้ยาก โดยส่วนใหญ่ปัญหาเกิดจากการขาดอุปกรณ์ในการทำความสะอาด การขาดความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแล อีดอัดในการทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุ[3]

การส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการให้ความรู้ การสอนเพื่อปรับเฉพาะความรู้ ไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนสุขภาพช่องปากได้อย่างยั่งยืน[4] อีกทั้งยังพบว่า ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นปัจจัยของบุคคลที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การแปรงฟัน การเข้ารับบริการทันตกรรม[5] ดังนั้นการใช้ทฤษฎีความเข้มแข็งในการมองโลกอาจเป็นแนวทางเสริมเพื่อให้ผลของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากอยู่ได้นานขึ้นกว่าเดิม และจากการทบทวนวรรณกรรมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพพบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงสามารถทำนายการมีสุขภาพที่ดีและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ และผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่

ดี เช่น การแปรงฟันถี่ ไม่รับประทานอาหารระหว่างมื้อและเข้ารับบริการทันตกรรมอย่างสม่ำเสมอ[6] จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมุ่งแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยประยุกต์แนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกตามรูปแบบจำลองสุขภาพซาลูโตเจนิก[7] มาออกแบบกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความเข้มแข็งในการมองโลกและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก นำไปสู่การปฏิบัติตนที่ถูกต้องด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ตำบลสารภี อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1.ศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อความเข้มแข็งในการมองโลกและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

3. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อความเข้มแข็งในการมองโลกและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่

3.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

3.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental study) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทำการวัดก่อน และหลังการทดลอง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ (Two groups pretest-posttest with nonequivalent control group design) เก็บรวมรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2566

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชาการที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนการประเมิน ADL (Activities of Daily Living) อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน ที่ขึ้นทะเบียน ในเขตตำบลสารภี อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power[8] ผู้วิจัยแทนค่าต่างๆ ได้แก่ ได้แก่ Mean group1 = 4.22, S.D. group1 = 0.26, Mean group2 = 4.02, S.D. group2 = 0.31 Effect size = 0.69, $\alpha$ err prob = 0.05, Power (1 - $\beta$ err prop) = 0.90[9] ได้ผลการกำหนดขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับกลุ่มละ 36 คน เผื่อการสูญเสียผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ใช้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 40 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำนวน 80 คน ทำการคัดเลือกผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตตำบลสารภี อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสารภีและกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโสกชัน โดยวิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีคะแนนการประเมิน ADL (Activities of Daily Living) อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน 2) เต็มใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัย 3) สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น ได้ยิน และการพูด 4) มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันหลังสบกัน 4 คู่สบ และ 5) มีฟันแท้ในช่องปากที่ใช้ตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ครบ 6 ซี่ คือ ฟันกราม

บนขวาซี่ที่หนึ่ง (#16) ฟันหน้าบนขวาซี่ที่หนึ่ง (#11) ฟันกรามบนซ้ายซี่ที่หนึ่ง (#26) ฟันกรามล่างขวาซี่ที่หนึ่ง (#46) ฟันหน้าล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง (#31) และฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง (#36) และเกณฑ์การถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง (Discontinuation criteria) ได้แก่ 1) ขาดการติดตามจากการศึกษา เช่น ย้ายออกนอกพื้นที่ เสียชีวิต 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ถึงร้อยละ 80 และ 3) ขอถอนตัวระหว่างการทดลอง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นแนวทางในการจัดแผนการจัดกิจกรรม โดยระยะเวลารวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 2 ระยะ 6 กิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน คะแนน ADL ประวัติความเสี่ยงด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ประวัติการมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ประวัติการเข้ารับบริการด้านสุขภาพช่องปากใน 1 ปีที่ผ่านมา การทำความสะอาดสุขภาพช่องปาก และสถานที่รับบริการทางทันตกรรม จำนวน 12 ข้อ

2) แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตอบมาตรวัด 7 ระดับ (Likert Scale) โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินของแอนโทนอฟกี[7] ซึ่งได้รับการแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย สมจิต หนุเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุธวัฒนะ[10] ให้ผู้ตอบเลือกตอบตั้งแต่ 1 – 7 คะแนน โดยที่ตำแหน่งเลข 1 และเลข 7 จะมีความหมายบ่งบอกลักษณะตรงกันข้าม โดยอาศัยข้อความในตำแหน่งเลข 1 และเลข 7 เป็นหลักในการตอบคะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนรวมในแต่ละมิติแล้วรวมคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลก จำนวน 13 ข้อ

3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) เป็นข้อคำถามทางบวก 14 ข้อ คำถามทางลบ 6 คำถาม

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร จำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ความเข้มแข็งในการมองโลก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.82 และ 0.74 ตามลำดับ

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล**

**1. ขั้นเตรียมการ**

1.1 ค้นคว้าข้อมูลเพื่อหาปัญหางานวิจัย และเลือกหัวข้อปัญหาที่จะทำการวิจัย เพื่อกำหนดขอบเขตหรือขอบข่ายของงาน

1.2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

1.3 ติดต่อประสานงานกับพื้นที่ที่จะทำการศึกษา

1.4 เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

1.5 ทำหนังสือจากวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพื่อติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่ดำเนินการวิจัยขออนุญาตดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.6 เตรียมวัสดุอุปกรณ์ สำหรับใช้จัดกิจกรรม

1.7 เตรียมความพร้อมของวิทยากรและผู้ช่วยวิจัยในการจัดกิจกรรมจากผู้เชี่ยวชาญก่อนดำเนินการวิจัย

1.8 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**2. ขั้นดำเนินการ**

2.1 การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง การวิจัยครั้งนี้เป็นการจัดกิจกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเข้มแข็งในการมองโลก ใช้เวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกิจกรรม ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งมีความสำคัญของสุขภาพช่องปากมีผลต่อคุณภาพชีวิต ความสามารถในการเข้าใจ ความสามารถในการจัดการ และความสามารถในการเห็นคุณค่าและความหมาย วางแผนและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ตลอดจนสามารถบอกต่อประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จแก่ผู้อื่นต่อไปได้

ระยะที่ 2 การติดตามและประเมินผลกระบวนการติดตาม และให้กำลังใจในการปฏิบัติตนเพื่อเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยนักวิจัย ประกอบด้วยกิจกรรม ทบทวนความรู้ กระตุ้นเตือน และให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผ่านการเยี่ยมบ้าน

**3. ขั้นประเมินหลังดำเนินการ**

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการจัดกิจกรรมครบ 12 สัปดาห์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิมเพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3.2 ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด

3.3 นำข้อมูลที่เก็บรวมรวมเตรียมเข้าสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3.4 เมื่อสิ้นสุดการวิจัยกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก โดยดำเนินกิจกรรมตามแผนการดูแลสุขภาพช่องปากตำบลดูแลสุขภาพช่องปากผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และเปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 และสถิติอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher exact test, Mann-Whitney U Test วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความเข้มแข็งในการมองโลก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test

**จริยธรรมในการวิจัย**

การวิจัยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (ICH GCP) เลขที่ UBU – REC – 60 / 2566 ณ วันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2566

**ผลการวิจัย**

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Chi-square test, Independent t-test, Fisher's Exact Test, และ Mann-Whitney U test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะทั่วไปที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value>0.05) โดย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ

68.28 ปี (S.D. = 4.30) กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.10 ปี (S.D. = 5.44) สถานภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่/อยู่ด้วยกัน ระดับการศึกษาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ระยะเวลาการเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของกลุ่มทดลอง ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4 ปี ($P_{25}$=2.25, $P_{75}$=5.00) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.5 ปี ($P_{25}$=2.25, $P_{75}$=5.00) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการประเมินผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 9 คะแนนเท่ากัน ($P_{25}$=8.00, $P_{75}$=10.00) ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มไม่เคยสูบบุหรี่ ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอร์ และไม่เคี้ยวหมาก ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ใน 6 เดือนที่ผ่านมา และไม่เคยเข้ารับบริการด้านสุขภาพช่องปากใน 1 ปีที่ผ่านมา ทั้งสองกลุ่มมีการแปรงฟันด้วยยาสีฟันทุกวันและแปรงฟันด้วยตนเองร้อยละ 100 ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง (เช้าและก่อนนอน) โดยใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนประกอบ ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้ทำความสะอาดซอกฟัน และการรับบริการด้านสุขภาพทั้งสองกลุ่มรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลก และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลก ก่อนการทดลองเท่ากับ 57.35 (S.D.=8.20) คะแนน และหลังการทดลองเท่ากับ 68.13 (S.D.=4.99) คะแนน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.001 โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง 10.78 คะแนน (95% CI=8.35, 13.50) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนการทดลองเท่ากับ 41.63 (S.D.=6.31) คะแนน และหลังการทดลองเท่ากับ 50.60 (S.D.=3.12) คะแนน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.001 โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง 8.98 คะแนน (95% CI=7.44, 10.51) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลก และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ดังตาราง 1

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลก เท่ากับ 68.13 และ 59.23 คะแนน ตามลำดับ ความเข้มแข็งในการมองโลกในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p – value<0.001 โดยหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.90 คะแนน (95%CI=6.84 – 10.96)

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 50.60 และ 39.55 คะแนน ตามลำดับ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p – value<0.001 โดยหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 11.05 คะแนน (95%CI=9.72 – 12.38) ดังตาราง 2

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

| ตัวแปร | ระยะการทดลอง | $\bar{X}$ | SD | Mean Difference | 95%CI | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ความเข้มแข็งในการมองโลก** | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | ก่อนการทดลอง<br>หลังการทดลอง | 57.35<br>68.13 | 8.20<br>4.99 | 10.78 | 8.35 – 13.50 | 8.98 | <0.001 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | ก่อนการทดลอง<br>หลังการทดลอง | 57.28<br>59.23 | 4.45<br>4.24 | 1.95 | 0.39 – 3.51 | 2.52 | 0.016 |
| **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก** | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | ก่อนการทดลอง<br>หลังการทดลอง | 41.63<br>50.60 | 6.31<br>3.12 | 8.98 | 7.44 – 10.51 | 11.84 | <0.001 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | ก่อนการทดลอง<br>หลังการทดลอง | 39.88<br>39.55 | 3.36<br>2.85 | -0.32 | -1.43 – 0.78 | -0.60 | 0.554 |

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| ระยะการทดลอง | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | Mean Difference | 95%CI | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{X}$ | SD | $\bar{X}$ | SD | | | | |
| **ความเข้มแข็งในการมองโลก** | | | | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 57.35 | 8.20 | 57.28 | 4.45 | 0.08 | -2.86 – 3.01 | 0.51 | 0.960 |
| หลังการทดลอง | 68.13 | 4.99 | 59.23 | 4.24 | 8.90 | 6.84 – 10.96 | 8.60 | <0.001 |
| **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก** | | | | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 41.63 | 6.31 | 39.88 | 3.36 | 1.75 | -0.50 – 4.00 | 1.55 | 0.126 |
| หลังการทดลอง | 50.60 | 3.12 | 39.55 | 2.85 | 11.05 | 9.72 – 12.38 | 16.55 | <0.001 |

**อภิปรายผล**

จากผลวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทุกตัวแปรมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดขึ้นมาจากกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเข้มแข็งในการมองโลกของรูปแบบจำลองสุขภาพซาลูโตเจนิก[7] เป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย

1) ความเข้มแข็งในการมองโลก จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกส่งผลให้หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ ซึ่งคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกที่เพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้นส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ความเข้มแข็งในการมองโลกสูงของกลุ่มทดลองอาจเป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเข้มแข็งในการมองโลก โดยเน้นให้กลุ่มทดลองให้ความสำคัญต่อสุขภาพช่องปาก ความอยู่ดีมีสุขมากกว่า

ความสำคัญในเรื่องของโรค สามารถเข้าใจตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถจัดการปัญหาเมื่อเกิดขึ้นกับตนเองได้ รวมทั้งเห็นคุณค่าความหมายของตนเอง สอดคล้องกับอรฉัตร คุรุรัตนะ[6] ได้ศึกษาความสำคัญของความเข้มแข็งในการมองโลกต่อสุขภาพช่องปาก พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นความสามารถของบุคคลในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในการเอาชนะอุปสรรคและจัดการกับความเครียดโดยที่บุคคลนั้นยังคงมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณลักษณะ 3 ประการคือ ความเข้าใจ ความสามารถจัดการได้ และการเห็นคุณค่าความหมาย ดังนั้นบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะสามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ดี โดยกิจกรรมของโปรแกรมฯ มีหลากหลายกิจกรรม ที่เพิ่มทักษะและความสามารถในการเห็นคุณค่าและความหมาย เพิ่มทักษะความสามารถในการจัดการในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี รวมทั้งการทบทวนความรู้ กระตุ้นเตือน และให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านผ่านการเยี่ยมบ้าน ทำให้กลุ่มทดลองมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ H., Werner et al[5] ศึกษาจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากที่ไม่พึงประสงค์ พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกสูงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ เช่น การแปรงฟัน การเข้ารับบริการทันตกรรม ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถเพิ่มความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มทดลอง ช่วยให้กลุ่มทดลองเข้าใจปัญหาและสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองสามารถจัดการปัญหาสุขภาพช่องปากและหันมาใส่ใจดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้

2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่ากิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก เน้นให้กลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง เช่น การตรวจฟันด้วยตนเอง การแปรงฟันที่ถูกวิธีด้วยวิธีขยับปัด การทำความสะอาดซอกฟัน นอกจากนั้นยังมีการบรรยายในเรื่องของการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โรคในช่องปาก กระตุ้นติดตามการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผ่านการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม เมื่อพิจารณาภาพรวมประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเข้มแข็งในการมองโลกส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีคะแนน (Barthel ADL) อยู่ที่ 5 - 11 คะแนน อยู่ในระดับดี โดยภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลทางทันตสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศหลาย ๆ งานที่ผ่านมา ไพสิฐ ภิโรกาศ และ อรวรรณ กีรติสิโรจน์[12], วรรษชล ลุนาวัน, บัววรุณ ศรีชัยกุล และจตุพร เหลืองอุบล[13] พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลรักษาฟันมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดเป็นแผนงานในกองทุนตำบลดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น

2. ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้าน ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการประเมินความพึงพอใจ หรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีต่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกองทุนตำบลดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิง

2. ควรมีการติดตามผลการวิจัยในระยะยาว เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

3. ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของโปรแกรม ประสานความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กองทุนตำบลดูแลสุขภาพ ชุมชน รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าร่วมกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในระยะยาว

**เอกสารอ้างอิง**

1. องค์กรสหพันธ์ทันตกรรมโลก (FDI). นิยามใหม่ของคำว่า สุขภาพช่องปาก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 9 ธ.ค. 65]. เข้าถึงจาก: https://www.ryt9.com/s/anpi/2503828
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ), 2561.
3. Sanjeev Khanagar and et al. “Oral Hygiene Status of Institutionalised Dependent Elderly in India – a Cross-Sectional Survey”, Canadian Geriatrics Journal. 18(2): 51-6; April, 2015.
4. Watt, R.G. “Strategies and Approaches in Oral Disease Prevention and Health”, Bull World Health Organ. 83(9): 711-718; September, 2005.
5. Werner, H. and et al. “Psychological Interventions for Poor Oral Health: A Systematic Review”, Journal of Dental Research. 95(5): 506-514; January, 2016.
6. อรฉัตร คุรุรัตนะ. “ความสำคัญของความเข้มแข็งในการมองโลกต่อสุขภาพช่องปาก”, วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 13(2): 140; กรกฎาคม-ธันวาคม, 2562.
7. ____. Unraveling The Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
8. Cohen, J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press, 1977.
9. สุขณิษา อินแก้ว. “ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกรณีศึกษา: อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา”, วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. 7(2): 28-39; พฤษภาคม–สิงหาคม, 2563.
10. สมจิต หนุเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุธวัฒนะ. “สิ่งรบกวรในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลกและการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย”, วารสารพยาบาล. 38(3): 169-190; กรกฎาคม-กันยายน, 2532.
11. Chinger. G. S, Hadidjah. D, Rusminah. N, (2012). Comparison effectiveness between cetylpyridinium chloride and triclosan mouthwash on plaque, Quigley – Hein Index (modified). Padjadjaran Journal of Dentistry, 24(3), 189-193.

12. ไพสิฐ ภิโรกาศ และ อรวรรณ กีรติสิโรจน์. “ผลของโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลทางทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์”, วารสารสุขศึกษา. 42(2): 110-122; กรกฎาคม-ธันวาคม, 2562.
13. วรรษชล ลุนาวัน, บัววรุณ ศรีชัยกุล และจตุพร เหลืองอุบล. “ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังยาง อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม”, วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 9(2): 80-89; กรกฎาคม-ธันวาคม, 2563.

# การพยาบาลกรณีศึกษาที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย

# NURSINGCARE OF PATIENNTS WITH SEPTIC SHOCK : 2 CASE STUDIES.

(Received: January 21,2024 ; Revised: January 29,2024 ; Accepted: February 3,2024)

**สุพัตรา ศรศักดา**[1]
**Supattra Sornsukda**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูเวียง โดยใช้แนวคิดการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ในการค้นหาปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยวางแผนปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 74 ปี อาการสำคัญเหนื่อย อ่อนเพลีย มีไข้ต่ำๆ เป็นก่อนมา 1 สัปดาห์ ได้รับการวินิจฉัย UTI c Lt UC c AF c hypovolemic shock จนผลเพาะเชื้อในเลือดพบ Staphylococcus capree ได้เปลี่ยนวินิจฉัยเป็น septic shock ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 อาการสำคัญไข้สูง หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด เป็นก่อนมา 8 วันได้รับการวินิจฉัย UTI c Septic Shock ส่งผลให้รายที่ 2 ได้รับการปฏิบัติตาม Sepsis guideline ตั้งแต่แรกรับ หลังการรักษาพยาบาลปลอดภัยจากภาวะช็อคทั้ง 2 ราย

**คำสำคัญ**: การพยาบาล, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

**Abstract**

This study was case study of 2 cases. The objective is to study and compare the differences in nursing care for patients with septic shock. Two selected cases were examined from patients receiving treatment at the patient ward in Phuwiang Hospital, using Gordon's Health Pattern Assessment framework to identify problems, establish a diagnosis, plan nursing interventions, and evaluate nursing outcomes.

Study Results: Case Study 1: A 74-year-old Thai male presented with significant symptoms of fatigue, weakness, and mild fever for a week before coming to the hospital. He was diagnosed with UTI c Lt UC c AF c hypovolemic shock; the culture revealed Staphylococcus capree infection and septic shock was the final diagnosis. Case study 2: had a chief complaint of high-grade fever with chills and dysuria for eight days. This patient was diagnosed with UTI c Septic Shock and followed the Sepsis guidelines. After admitting, both cases were resolved.

**Keywords:** nursing, sepsis, septic shock

## บทนำ

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที โดยพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 20 –30 ล้านรายทั่วโลกและทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 24,000 รายต่อวันและผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) จะมีอัตราเสียชีวิตถึงร้อยละ 40-70 และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยอัตราการเสียชีวิตสูงติด 1ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตทั่วโลก[1] ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วย จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย sepsis จำนวน 175,000 ราย เสียชีวิตจำนวน 45,000 ราย โดยอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 32.03 หรืออาจสรุปได้ว่ามี

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 1 ราย ทุก 3 นาที และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต 5 รายในทุก 1 ชั่วโมง และยังพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มีอัตราตายสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในปี พ.ศ. 2561–2563 พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 43.38, 37.47 และ 37.0 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 32) [2] นับเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลกและในระดับประเทศที่ต้องดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน จากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่า การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย และให้การรักษาประคับประคองด้วยสารน้ำที่เพียงพอและเหมาะสม อาจร่วมกับการให้ยากลุ่มกระตุ้นแรงดันโลหิต(vasopressor) จะทำให้การไหลเวียนและแรงดันโลหิตดีขึ้นอย่างรวดเร็วภายในเป้าหมาย 6 ชั่วโมงที่เรียกว่า Early goal-directed therapy (EGDT) [3]จะสามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวได้

โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง พบผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) เข้ารับบริการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 55, 94 และ 147 ตามลำดับ ผู้ป่วยวิกฤตและมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัด จากข้อมูลพบว่า ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยได้รับการส่งต่อจำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.53 แต่ไม่พบข้อมูลการเสียชีวิต โรงพยาบาล มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 แต่จากการทบทวนพบว่า บุคลากรยังขาดสมรรถนะในการปฏิบัติตาม Sepsis Protocal ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังติดตามอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้รายงานแพทย์ในเวลาไม่เหมาะสม เกิดความล่าช้าในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อค (Septic Shock) และมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการพยาบาล โดยเลือกผู้ป่วย 2 ราย มาศึกษาเปรียบเทียบเรียนรู้ด้านการพยาบาลร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะและความตระหนักให้กับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติการพยาบาลทั้งในบทบาทอิสระ บทบาทวิชาชีพ และการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐาน

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย

**วิธีการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยคัดเลือกกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย แบบเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ในช่วงเดือนกันยายน – พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์และสังเกตผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

**ผลการศึกษา**

**เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและแผนการรักษา**

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 74 ปี มาโรงพยาบาลวันที่ 26 กันยายน 2566 เวลา 8.37 น.

ด้วยอาการสำคัญ เหนื่อย อ่อนเพลีย มีไข้ต่ำๆ มา 1 สัปดาห์ ให้ประวัติว่า 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไข้ เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานยาลดไข้แล้วอาการดีขึ้น วันนี้มาโรงพยาบาลตามนัด เพื่อรับยาโรคประจำตัว DM, HT, CKD3,AF แรกรับที่ OPD ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 37.00 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 22ครั้ง/นาที ชีพจร 72 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 82/49 mmhg, MAP 60, O2sat 100% จึงถูกส่งต่อไปยัง ER ได้รับการรักษาโดย U/S fast ผล negative, Seen Lt UC size 0.23x0.56 cm, U/S IVC พบ max 1.5 min 1.48, EKG พบ Atrail fibrillation, CXR normal, DTX stat 132 mg%, ผลทางห้องปฏิบัติการพบ Blood Lactate stat 1.5 mmol/L CBC : WBC 6,460 cells/uL, Neutrophills64%, Hct 22%, PT 15.5, INR 1.25, K 3.42 mmol/L, Mg 1.4mmol/L, BUN 16.3 mg/dl, Cr 1.05 mg/dl, GFR 65.59 ผล Urine Exam พบ blood 3+ , WBC 50-100 cell/HPF, ส่งตรวจ Hemocluture X 2 ขวดและ Urine Culture แพทย์วินิจฉัยเป็น UTI c Lt UC c AF c hypovolemic shock c Hypo Mg c Hypo K c Anemia แพทย์สั่งการรักษาให้ Acetar 1000 ml IV load then IV 60 ml/hr เพื่อแก้ไขภาวะช็อค ให้ Ceftriazone 2 gm + NSS 100 ml vein drip stat then OD เพื่อรักษา UTI, ให้E.KCl 30 ml PO x 1 doseเพื่อ keep k=4 และได้รับ 50%MgSO4 4 ml + NSS up to 100 ml IV drip in 4 hr x 3 days เพื่อแก้ไขภาวะ Hypo Mg ได้ Warfarin (3) ½ x hs (วันเสาร์) และ Warfarin (2) ½ x hs (วันจันทร์-ศุกร์) เพื่อรักษาโรคหัวใจ Atrail Fibrillation และได้รับยา BCO 1x2 Po PC, Folic acid 1x1 Po PC, FF 1x3 Po PC เพื่อรักษาภาวะซีดและ Admit ที่ตึกผู้ป่วยในชาย ถึง ward ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ท่าทางอ่อนเพลีย อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 76 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 93/60 mmhg, MAP 64 และ O2 sat 100% RA สั่ง monitor DTX premeal&hs และ O2 Sat q 4 hr ขณะพักรักษาตัวในวันแรกผู้ป่วยไม่มีอาการ Hypo-Hyper Glycemia, DTX อยู่ระหว่าง 98-212 mg%, O2 Sat = 98-100% Day 2 ผู้ป่วยเหนื่อยมากขึ้น วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ชีพจร78 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 77/53 mmHg, MAP 61, NEW Score 3 แพทย์พิจารณาสั่งให้ Levophed (4:250) IV 10 ml/hrtritate 3 ml/hr q 30 min keep MAP ≥ 65 Day 3 ผลตรวจ Hemo culture พบ Staphylococcus capree และ urine culture พบ E.Faecalis แพทย์เปลี่ยนการวินิจฉัยเป็น Septic shock แต่ยังให้ยาปฏิชีวนะตัวเดิม Day 4 ผู้ป่วยยังมีภาวะ shock แพทย์สั่งให้ Hydrocortisone 100 mg IV stat then 200 mg IV drip in 24 hr หลัง admitted ได้ 6 วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแพทย์สั่ง Off Levophed (4:250) พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะจนครบ 7 วัน และส่งตัวไปรับการรักษาต่อโรงพยาบาลจังหวัด ในวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ด้วยอาการบวมที่แขนขาทั้ง 2 ข้าง รวมนอนโรงพยาบาล 8 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 59 ปี ศาสนาพุทธ จบมัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพรับจ้างและทำนา สิทธิการรักษาบัตรทอง ภูมิลำเนาอำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น รับ refer จากโรงพยาบาลเวียงเก่า ในวันที่ 7 พฤศจิกายน 2566 เวลา 22.48 น. ด้วยอาการสำคัญ ไข้สูง หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัดเป็นก่อนมา 8 วัน ให้ประวัติว่า 8 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไข้สูง หนาวสั่น ปวดตามร่างกาย ปัสสาวะแสบขัด จึงซื้อยามารับประทานเอง 3 วันก่อนมา ยังมีไข้สูงจึงไปรับการรักษาที่คลินิกแพทย์บอกเป็นไตอับเสบ ได้รับการรักษาโดยการฉีดยาและได้ยามารับประทานที่บ้าน 1 วันก่อนมาอาการไม่ดีขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลเวียงเก่า แพทย์วินิจฉัย UTI c Septic Shock ได้ให้การรักษาตาม Sepsis Protocol โดยให้ Acetar 1,300 ml IV load then 80 ml/hr, On Levophed (4:250) IV 10 ml/hrtritate 3 ml/hr q 30 min keep MAP ≥ 65, H/C 2 ขวด, Ceftriazone 2 gm + NSS 100 ml vein drip stat then OD, ให้ O2 Canular 3 L/min, On foley's cath และส่งมารับการรักษาต่อที่

โรงพยาบาลภูเวียง แรกรับที่ ER กรณีศึกษารู้สึกตัวดี มีไข้สูงอุณหภูมิ 39.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 96 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 97/65 mmHg, New score 7, O2sat 97%, DTX 161 mg%, CXR normal, U/S IVC max 1.2 min 1.0 ,Blood Lactate stat 2.5mmol/L, BUN = 35.03mg/dl, Cr = 2.01 mg/dl, GFR = 35.26, ผล CBC :WBC 13,310 cells/uL, Neutrophills 85%, Hct 35%, K 4.03 mmol/L, แพทย์พิจารณาให้การรักษาตาม Sepsis Protocal ต่อและพิจารณา admit ตึกผู้ป่วยในชาย ขณะนอนพักรักษาตัว Day 2 ผู้ป่วยมีไข้ 38.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 24-28 ครั้ง/นาที ชีพจร 96ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 99/63 mmHg, New score 8 , O2 Sat = 94% แพทย์พิจารณาให้ On $O_2$ mask with bag 10 LMP แต่ผู้ป่วยยังหายใจหอบ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที จึงเปลี่ยนเป็น On HFNC flow 40 LMP Fi$O_2$0.35, Temp 34c keep ผลเลือดพบ Scrub Typhus for IgM Positive และผล Salmonella Typhi for IgM Positive แพทย์สั่งเพิ่ม Doxycycline 1x2 Pc และเพิ่ม Hydrocortisone100 mg V stat then 200 mg V drip in 24 ชั่วโมง Day 4 กรณีศึกษาอาการดีขึ้น แพทย์สั่ง Off Levophed (4:250) , และ Off Hydrocortisone แต่ผู้ป่วยยังมีไข้ 38.5 องศาเซลเซียส ได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Ceftazidime 2 gm IV q 8 hr, Day 6 ผู้ป่วยอาการดีขึ้นพบ New score อยู่ระหว่าง 2 – 4 คะแนน, O2 Sat 99-100%, DTX 130-135 mg% แพทย์พิจารณา Off HFNC, Day 8กรณีศึกษาอาการดีขึ้น ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 86ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/78 มิลลิเมตรปรอท MAP = 90, O2 Sat 98-99 % RA แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และนัดตรวจติดตามผลการรักษา 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามอาการ รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

**เปรียบเทียบผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด** เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยมีประเด็นเปรียบเทียบดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ตารางที่** 1 เปรียบเทียบผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

| ประเด็น | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 | การวิเคราะห์ |
|---|---|---|---|
| 1.แบบแผนสุขภาพ | เข้าใจและยอมรับว่ามีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะช็อค ทำให้อ่อนเพลีย เกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทำให้นอนไม่หลับ | เข้าใจและยอมรับว่ามีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้มีไข้สูง เกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ไตสูญเสียหน้าที่ในการกรองอย่างเฉียบพลัน | กรณีศึกษา มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้เกิดภาวะช็อค (Septic Shock) ทั้ง 2 ราย โดยรายแรกมาด้วยอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ชีด ความดันโลหิตต่ำ ส่วนรายที่ 2 มีไข้สูง ความดันโลหิตต่ำ ออกซิเจนในกระแสเลือดต่ำ |
| 2.พยาธิสภาพของโรค อาการและการแสดง | แรกรับที่ OPD รู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 37.00 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 22ครั้ง/นาที ชีพจร 72 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 82/49 mmhg, MAP 60, O2sat 100% RA, NEW Score 5<br>, Blood Lactate 2.5 mmol/L, EKG พบ Atrail fibrillation ,H/Cพบ Staphylococcus capree และผล urine culture พบ E.Faecalis | แรกรับที่ ER รู้สึกตัวดีมีไข้สูง อุณหภูมิ 39.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 96 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 92/60 mmHg, New score 7 , O2sat 97% on O2, DTX 161 mg%, CXR normal,<br>Blood Lactate 2.5mmol/L, มีภาวะ AKI, ตรวจเลือดพบ Scrub และ Salmonella Typhi | กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยรายที่ 1 วินิจฉัย : UTI c Lt UC c AF c hypovolemic shock c Hypo Mg c Hypo K c Anemia และเปลี่ยนวินิจฉัยเป็น Septic Shock หลังได้ผล H/C พบอวัยวะล้มเหลวคือ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่วนรายที่ 2 วินิจฉัย UTI c Septic Shock พบอวัยวะล้มเหลว 3 ระบบคือ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ และระบบไต |
| 3. แผนการรักษา | -Load Acetar 1000 ml IV then 60 ml/hr | -Load Acetar 1000 ml IV then 80 ml/hr | กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้ volume resuscitation ตาม ชนิด Ringer acetate เป็น balanced crystalloids เมื่อได้สารน้ำ |

**ตารางที่** 1 เปรียบเทียบผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

| ประเด็น | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 | การวิเคราะห์ |
|---|---|---|---|
| | -Levophed (4:250) IV 10 ml/hr tritate 3 ml/hr q 30 min keep MAP ≥ 65<br>-Ceftriazone 2 gm OD<br>-H/C 2 ขวด<br>-Hydrocortisone 100 mg V stat then 200mg drip in 24 hr<br>-E.KCl 30 ml Po x 1 dose<br>-50%MgSo4 4 ml V drip in 4 hr x 3 days<br>-Warfarin (3) ½ x hs (วันเสาร์), Warfarin (2) ½ x hs (วันจันทร์-ศุกร์) | -Levophed (4:250) IV 15 ml/hr tritate 3 ml/hr q 30 min keep MAP ≥65<br>-Ceftriazone 2 gm V OD และเปลี่ยนเป็น Ceftazidime 2 gm IV q 8 hr หลังผลเลือด พบ Scrub และ Salmonella Typhi<br>-H/C 2 ขวด<br>-Hydrocortisone100 mg V stat then 200 mg V drip in 24 ชม.<br>-Retain foley's cath<br>-Doxycyclin 1x2 Pc<br>-On HFNC flow 40 LMP $FiO_2$ 0.35, T= 34 C keep RR < 24 /min, $SPO_2$ > 94% | ครบ ได้ประเมิน volume status โดยทำ Ultrasound IVC และได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตคือ Levophed และ Hydrocortisone<br>กรณีศึกษารายแรกได้รับยา Antibiotic หลังการวินิจฉัย 2 ชั่วโมง ส่วนรายที่ 2 ได้ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย ตาม sepsis protocol มีเฉพาะรายที่ 2 ที่ได้รับการติดตามระดับ serum lactate เพื่อประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อ |
| 4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยพยาบาล | 1.มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ shock จากการติดเชื้อในกระแสเลือด | 1.มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ shock จากการติดเชื้อในกระแสเลือด | กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีจำนวน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแตกต่างกัน โดยรายที่ 1 มีจำนวน 6 ข้อ ส่วนรายที่ 2 มีจำนวน 8 ข้อ มีข้อที่เหมือนกันจำนวน |
| 4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยพยาบาล | 2.มีภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ<br>3.มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่<br>4. เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว จากเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง<br>5.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Levophed<br>6. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาของแพทย์ | 2.ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้<br>3.มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่<br>4. เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว จากเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง<br>5.มีโอกาสเกิดภาวะของเสียคั่งในร่างกายจากไตสูญเสียหน้าที่ในการกรองอย่างเฉียบพลัน<br>7.ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องผูก<br>8.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาของแพทย์ | 4 ข้อโดยรายที่ 2 พบภาวะช็อคที่ มีความรุนแรงมากกว่ารายที่ 1 เนื่องจากมีอวัยวะล้มเหลวถึง 3 ระบบ เนื่องจากมีระยะการเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาลนานกว่ารายที่ 1 แต่เนื่องจากรายที่ 2 ได้รับการดูแลตาม Sepsis Protocal ทำให้ปลอดภัยจากภาวะช็อค และได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ส่วนรายที่ 2 มีการล้มเหลวของอวัยวะเพียงระบบเดียว แต่เนื่องจากมีโรคประจำตัวหลายโรค อีกทั้งไม่ได้รับ การรักษาตาม Sepsis Protocal ตั้งแต่แรกรับ จึงทำให้เกิดภาวะช็อคที่ยาวนานและมีภาวะแทรกซ้อนตาม มาคือ แขนขาบวมทั้ง2 ข้าง จึงได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด |

## เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จากกรณีศึกษา 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญที่คล้ายคลึงกัน สามารถนำมาวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลได้ดังนี้

**ตารางที่** 2 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

| ข้อวินิจฉัยพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| 1.มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ | 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เช่น ไข้สูง/ไม่มีไข้ ชีพจร เต้นเร็ว ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตต่ำ |

**ตารางที่** 2 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

| ข้อวินิจฉัยพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| shock จากการติดเชื้อในกระแสเลือด<br><br>กิจกรรมการพยาบาลที่เหมือนกันของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย | 2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จนกว่า SBP ≥ 90 mmHg และ MAP ≥65 mmHg ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง จึงประเมินทุก 30 นาที เมื่ออาการคงที่ประเมินทุก 4 ชั่วโมง หากผิดปกติให้รายงานแพทย์<br>3.ดูแลให้สารน้ำอย่างรวดเร็วคือ Acetra 1,000 ml iv in 1 hr. จากนั้น 60 ml/hr. และควบคุมจำนวนหยดของสารน้ำให้ได้ปริมาณครบตามแผนการรักษา เป็นการเพิ่ม Preload ซึ่งจะทำให้มีการบีบตัวของหัวใจดีขึ้น<br>4. ช่วยแพทย์ U/S IVC ก่อน Load IV เพื่อประเมินภาวะความเพียงพอของสารน้ำและป้องกันภาวะน้ำเกิน<br>5. ส่งเลือดเพาะเชื้อ 2 ขวดจากหลังการวินิจฉัย และติดตามผลเพาะเชื้อ<br>6. บริหารยาปฏิชีวนะ ceftriaxone 2 gm iv OD หลังจากแพทย์วินิจฉัย พร้อมเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เช่น ผื่นคันขึ้นตามตัว ท้องเสีย เป็นต้น<br>7.ดูแลให้ยาเพิ่มการหดรัดตัวของหลอดเลือด คือ Levophed (4:250) IV 15 ml/hr tritate 3 ml/hr q 15 min keep MAP > 65 ภายใต้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำและสังเกตความผิดปกติขณะให้ยา เช่น การรั่วซึม ของยาออกนอกหลอดเลือดเพราะจะทำให้เกิดเนื้อตายบริเวณที่แทงเข็ม<br>8.ประเมินการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ (tissue perfusion) โดยการสังเกตและบันทึกสัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัว O2sat ทุก 15 นาที เมื่ออาการคงที่ประเมินทุก 1 ชั่วโมง และรีบรายงานแพทย์ทราบถึงความผิดปกติทันทีที่พบจากการประเมิน เช่น ซึมลง สับสน SBP < 90 mmHg, MAP < 60 ครั้ง/นาที ตัวลาย (Mottling) ปลายมือปลายเท้าเย็น, Capillary refill time > 2 วินาที เป็นต้น<br>9.ประเมินภาวะ adequate tissue perfusion บันทึกปริมาณปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินผลการรักษาพยาบาลและ ติดตามเฝ้าระวังภาวะไตวาย / ภาวะน้ำเกิน |
| กิจกรรมการพยาบาลที่แตกต่างกันของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย | ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการรักษาพยาบาลตาม Sepsis protocol ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อตั้งแต่แรกรับ ดังนั้นจึงได้รับการประเมิน NEW score อย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยและการเกิดกลุ่มอาการการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ(Multiple organ dysfunction syndrome) มีการเฝ้าระวังความรุนแรงของการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการติดตาม Blood Lactate และมีการ Retained foley, s catheter เพื่อบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกเป็นซีซี ต่อชั่วโมง และรายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr. |
| 2. เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว จากเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง<br>กิจกรรมการพยาบาลที่เหมือนกันของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย<br><br><br><br>กิจกรรมการพยาบาลที่แตกต่างกันของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย | 1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือ/เท้าเย็น เล็บ ริมฝีปาก ซีด เขียว กระสับกระส่าย สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็วตื้น<br>2.ประเมินความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน หากพบอาการผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที ได้แก่<br>- Mild hypoxia (PaO2 60-80) มีอาการเหงื่อออก กระสับกระส่าย ปลายมือเท้าเย็นซีด ชีพจรเร็ว ความ ดันโลหิตสูง หายใจเร็วลึก ใช้กล้ามเนื้อในการหายใจมากขึ้น<br>- Moderate hypoxia (PaO2 50–60) มีอาการสับสน หัวใจเต้นผิดจังหวะ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตเริ่มลดต่ำลง<br>- Severe hypoxia (PaO2 < 50% ถ้า O2 saturation ต่ำลงมากกว่า 2% ประเมินอาการผู้ป่วยและรายงานแพทย์ทันที<br>4.ดูแลให้ได้รับยา antibiotic ตามแผนการรักษา<br>5.ส่งตรวจและติดตามผลการตรวจ ได้แก่ chest X – Rays ตามแผนการรักษา<br>เฉพาะกรณีศึกษารายที่ 2 มีการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับ On HFNC ได้ Flow 40 LPM, Temp 34 °C, $FiO_2$ 0.4 keep RR<24, O2sat 94% และติดตามค่า Pa O2 |
| 3. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่<br>กิจกรรมการพยาบาลที่เหมือนกันของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย | 1.สังเกตอาการเหงื่อออกมากผิดปกติ อ่อนเพลีย ปากแห้ง เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำและอิเล็กโตรไลท์ ถ้ามีอาการวิงเวียนศีรษะเวลาลุกนั่งให้รีบแจ้งพยาบาลทันที<br>2.ตรวจ EKG 12 Lead เพื่อประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและติดตามผล Electrolyte หลังได้ยาครบ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข<br>3.ประเมินความสมดุลของ Fluid intake - output ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลท์<br>4.ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรไลท์โดยติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถ้าพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การแก้ไข |

**ตารางที่** 2 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

| ข้อวินิจฉัยพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| กิจกรรมการพยาบาลที่แตกต่างกันของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย | 5.ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและการแสดง<br>กรณีศึกษารายที่ 1 ได้แก่ 1) การดูแลให้ได้รับยา Mixture of potassium citrate 30 ml oral stat x 1 dose พร้อมทั้งสังเกต ประเมินอาการ และการแสดงของภาวะ K ต่ำ เช่น คลื่นไส้ท้องอืด กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ 2) ดูแลให้ 50% MgSO4 4 ml + NSS up to 100 ml IV drip in 4 hr x 3 days ตามแผนการรักษาของแพทย์ และประเมินอาการและการแสดงของภาวะ Mg ต่ำ เช่น อ่อนเพลีย สับสน วิงเวียนศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว หัวใจเต้นผิดปกติ ใจสั่น เป็นต้น และ 3) ดูแลให้รับอาหารเพียงพอตามแผนการรักษา รวมถึงการเพิ่มไข่ขาว 3 ฟองต่อมื้อ เพื่อเพิ่มค่า Albumin ในเลือด พร้อมสังเกต ประเมินอาการและการแสดงของภาวะ Albumin ต่ำ เช่น อาการเมื่อยล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรงกว่าเดิม ตัวเหลือง เท้าและขาบวม เบื่ออาหารหรือหายใจลำบาก เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อรายงานแพทย์ และช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที<br>กรณีศึกษารายที่ 2 ได้แก่ เฝ้าระวัง สังเกต และประเมินอาการของภาวะ Nacl ต่ำ เช่น ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อกระตุกอ่อนแรง คลื่นไส้อาเจียน และซึมลง เพื่อรายงานแพทย์ และช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที รวมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มค่า Nacl ในเลือด |
| 4. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาของแพทย์<br>กิจกรรมการพยาบาลเหมือนกันทั้ง 2 ราย | 1) ให้การต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถาม เกี่ยวกับอาการ เจ็บป่วย จัดให้ได้พูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษาเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการรักษาพร้อมลงชื่อ ในเอกสาร<br>2) ให้ข้อมูลแก่ญาติและครอบครัวถึงอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษา และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆให้ผู้ป่วยเข้าใจในความสำคัญของอุปกรณ์<br>3) แจ้งอาการผู้ป่วยให้ญาติและครอบครัวทราบเป็นระยะๆ<br>4) ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่างๆที่แสดงออกของญาติและครอบครัวต่อความเจ็บป่วยรวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียด<br>5) ให้สุขศึกษาญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการหายของโรคและคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา พร้อมให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย<br>6) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก รับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ และให้กำลังใจ โดยการใช้คำสุภาพและการสัมผัสที่นุ่มนวล |

**อภิปรายผล**

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยพบมีภาวะช็อกตั้งแต่วันแรกที่นอนโรงพยาบาล กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับวินิจฉัยแรกรับ : UTI c Lt UC c AF c hypovolemic shock c Hypo Mg c Hypo K c Anemia และเปลี่ยนวินิจฉัยเป็น Septic Shock หลังผล H/C พบ Staphylococcus capree และผล urine culture พบ E.Faecalis มีอวัยวะล้มเหลวเพียงระบบเดียวคือ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ในการรักษาพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตาม Sepsis Protocol ส่วนรายที่ 2 วินิจฉัย : UTI c Septic Shock ตรวจเลือดพบ Scrub และ Salmonella Typhi พบอวัยวะล้มเหลว 3 ระบบคือ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ และระบบไต ในการรักษาพยาบาลปฏิบัติตาม Sepsis Protocal ตั้งแต่แรกรับ สามารถ early detect ภาวะ sepsis ได้ตั้งแต่แรก ด้วย NEWS Score (National Early Warning Score), Early Antibiotic หลังวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง และส่งตรวจ H/C ก่อนให้ยา ต่อมาได้ติดตามความรุนแรงของการติดเชื้อโดย NEWS Score ทำให้สามารถคัดกรองภาวะช็อกได้รวดเร็ว กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตึกผู้ป่วยในชายในช่วงที่มีภาวะช็อกได้รับ Early Resuscitation โดยการพยุงระบบไหลเวียนโลหิตโดย fluid resuscitation ให้เพียงพออย่างน้อย 30 ml/kg ใน 3 ชั่วโมงแรก สารน้ำเป็น crystalloids ชนิด Ringer Acetate มีการประเมินความเพียงพอของสารน้ำโดย ultrasound IVC และได้ยาเพิ่มความดัน คือ Levophed เพื่อรักษาค่าความดันโลหิตเฉลี่ย MAP ≥65 mmHg มีการให้ corticosteroids ร่วมหลังได้สารน้ำและยาเพิ่มความดันเพราะฮอร์โมนในกลุ่ม steroid จะทำงานร่วมกับฮอร์โมน Aldosterone ในการควบคุมสารน้ำและเกลือแร่ในหลอดเลือด ซึ่งจะ

ส่งผลทางอ้อมในการเพิ่มความดันโลหิตได้ มีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีระดับน้ำตาลสูงได้ insulin เป็นระยะๆ ส่วนการส่งตรวจระดับ lactate เพื่อติดตามความรุนแรงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบเฉพาะในรายที่ 2 ซึ่งพบว่าระดับ Lactate ค่อยๆลดลง บ่งชี้ถึงความรุนแรงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มลดลง หลังการรักษาพยาบาลพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ฟื้นตัวจากภาวะช็อก โดยกรณีศึกษาที่ 1 ใช้เวลาในการรักษาพยาบาลให้พ้นจากภาวะช็อกนานกว่ากรณีศึกษาที่ 2 ทั้งที่กรณีศึกษาที่ 1 มีการล้มเหลวของอวัยวะเพียงระบบเดียวแต่กรณีศึกษาที่ 2 พบอวัยวะล้มเหลวถึง 3 ระบบ อาจสืบเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลกรณีศึกษาที่ 1 ไม่ได้ปฏิบัติตาม Sepsis Protocol อีกทั้งเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายโรค ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 อยู่ในวัยทำงาน มีเพียงโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว การฟื้นตัวจึงแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของ Umberger และคณะในปี 2015 [4] และการศึกษาของ Gustot และคณะ ในปี 2017 [5] ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุเมื่อมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจะส่งผลให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และอัตราการเสียชีวิตสูง หลังสิ้นสุดการรักษาพบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะบวมตามแขนขาทั้ง 2 ข้าง แพทย์พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัด ส่วนกรณีที่ 2 จำหน่ายกลับบ้านโดยปลอดภัย ส่วนข้อวินิจฉัยพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลพบความแตกต่างตามตารางที่ 1และ 2

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤติที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง การติดเชื้อมีผลกระทบทำให้อวัยวะสำคัญในร่างกายล้มเหลว ถ้าได้รับการวินิจฉัย ดูแลรักษาที่เหมาะสมและรวดเร็วจะส่งผลให้อวัยวะที่ล้มเหลวคืนสู่ภาวะปกติได้ พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ คัดกรองผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยและรักษาตาม Sepsis protocol เฝ้าระวัง ติดตาม และรายงานอาการเปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาภาวะช็อก สามารถรายงานแพทย์เมื่อมีภาวะผิดปกติในเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และสามารถกลับบ้านไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

**ข้อเสนอแนะ**

1. กำหนดแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูผู้ป่วย sepsis/septic shock ที่ชัดเจน มีระบบการประเมินและเฝ้าระวังการปฏิบัติตามแนวทางให้ได้มาตรฐาน เป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร เพื่อให้ได้มาตรฐานในการพยาบาล และสอดคล้องนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis/septic shock และผนวกเข้าโปรแกรมการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากรระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT)

3. ควรส่งเสริมจัดกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยทุกครั้งที่มีผู้ป่วย Sepsis เข้ารับการรักษาเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มพูน ความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ และกระตุ้นเตือนให้พยาบาลวิชาชีพมีความตระหนักในการเฝ้าระวังกระบวนการดูแลผู้ป่วย

4. จัดให้มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปราศจากความเสี่ยง

**เอกสารอ้างอิง**

1. World Health Organization. Sepsis [Internet]. [cited 2023 Nov 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/sepsis

2. กระทรวงสาธารณสุข. (2564). อัตราตายกรณีศึกษาติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดcommunity-acquired. สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2565 จาก http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1448
3. Dellinger PR., Levy, MM, Rhodes A, Annane D,Gerlach H, Opal, SM, et al. (2012). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012. Critical Care Medicine and Intensive Care Medicine, 41(2), 580-637
4. Umberger R, Callen B, Brown ML. (2015). Severe sepsis in older adults. Crit Care Nurs Q. 38(3):259–70. 9.
5. Gustot T, Fernandez J, Szabo G, Albillos A, Louvet A, Jalan R, et al. (2017). Sepsis in alcohol-related liver disease. J Hepatol. 67(5):1031–50
6. นิตยา ดาวเชิญ . (2566). การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 8(3). 111-121

# บทบาทเจ้าพนักงานสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ต่อการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายเพื่อระงับเหตุรำคาญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

# The role of the public health officials of the Rayong Provincial Public Health Office is to support enforcing laws to suppress the nuisances of local administrative organizations.

(Received: January 21,2024 ; Revised: February 3,2024 ; Accepted: February 10,2024)

**อารี ควรเนตร**[1]
**Aree Khuannetr**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาบทบาทของเจ้าพนักงานสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองต่อการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขเพื่อระงับเหตุรำคาญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศแต่งตั้งให้เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 8 แห่ง และโรงพยาบาล 8 แห่ง โดยใช้แบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและใช้สถิติ Fisher's exact test เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทการดำเนินงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุขและประสิทธิผลการระงับเหตุรำคาญ

ผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองมีเจ้าพนักงานสาธารณสุขรวมจำนวน 52 คน โดยบทบาทการดำเนินงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อระงับเหตุรำคาญที่เกิดขึ้นระหว่างปี 2564 –2566 ซึ่งมีจำนวนข้อร้องเรียนที่ได้รับรวมทั้งสิ้น 193 เรื่อง เป็นบทบาทในการดำเนินการแจ้งข้อร้องเรียนเหตุรำคาญให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ การลงพื้นที่ร่วมตรวจสอบข้อเท็จจริง การให้คำปรึกษาแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข และการร่วมติดตามผลการแก้ไขปัญหาเหตุรำคาญ พบว่ามีประสิทธิผลสามารถระงับเหตุรำคาญได้สูงถึงร้อยละ 92.7 ของจำนวนข้อร้องเรียนทั้งหมด และพบว่าบทบาทการดำเนินงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการระงับเหตุรำคาญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญ (p-value<0.05) สำหรับการใช้อำนาจของเจ้าพนักงานสาธารณสุขตามมาตรา 46 วรรคหนึ่ง ซึ่งมีจำนวน 14 เรื่องส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการโดยเจ้าพนักงานสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในขณะที่การใช้อำนาจของ เจ้าพนักงานสาธารณสุขตามมาตรา 46 วรรคสอง ไม่ปรากฏรายงานการใช้อำนาจดังกล่าว

**คำสำคัญ :** เจ้าพนักงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข เหตุรำคาญ

**Abstract**

This research was survey research analysis by mixed-methods. The main objective is to study the role of public health officials under the Rayong Provincial Public Health Office in supporting the enforcement of the Public Health Act. to suppress the nuisances of local administrative organizations. Collecting data from 17 organizations under the Rayong Provincial Public Health Office, which are organizations that the Minister of Public Health has announced to appoint as public health officials, consisting of the Provincial Public Health Office, 8 district public health offices and 8 hospitals. The data collection tools were questionnaires, and secondary data were collected on the performance of the provincial public health offices, Qualitative data were analyzed according to the study objectives, additionally, and Fisher's exact test statistics to analyze the relationship between the role of public health officials in supporting law enforcement and the effectiveness of nuisance suppression.

The findings revealed that the Rayong Provincial Public Health Office has 52 public health officials. In the situation of receiving nuisance complaints between 2021 and 2023, there were a total of 193 cases. The role of public health officials is to support the enforcement of laws by local government organizations to suppress nuisances, with a

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

role in reporting complaints of nuisances to local officials to take action according to their authority and investigating nuisance complaints, Consultation and recommendations for improvement, and participating in following up on the resolution of nuisance problems. It was found to be effective in suppressing nuisances as high as 92.7 percent. It was found that the role of public health officials in supporting law enforcement of local government organizations is significantly related to the effectiveness of local government organizations in suppressing nuisances. (p-value<0.05). As for the law enforcement by the public health officials according to Section 46, first paragraph, it was found that most of it was carried out by public health officials under the Provincial Public Health Office. While the use of authority to issue orders by public health officials under Section 46, second paragraph, it does not appear that any public health official has used the power even once.

**Key Words**: Public health official, Provincial public health office, Enforcement of the Public Health Act., Nuisance

**บทนำ**

จังหวัดระยองเป็นจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของพื้นที่อุตสาหกรรมและเป็นจังหวัดท่องเที่ยวที่สำคัญจังหวัดหนึ่งของประเทศที่มีการอพยพย้ายถิ่นและสภาพความเป็นเมืองที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมสร้างความเดือดร้อนรำคาญแก่ประชาชนต่าง ๆ เช่น เสียงดัง กลิ่นเหม็น ฝุ่นละออง น้ำเสีย เป็นต้น ที่นับวันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น จากรายงานของกรมควบคุมมลพิษ[1] พบว่า ตั้งแต่ปี 2560 - มีนาคม 2566 จังหวัดระยอง มีการร้องเรียนปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม จำนวน 119 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นปัญหากลิ่นเหม็น ในขณะที่ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดระยอง[2] รายงานสถิติการร้องเรียนเหตุเดือดร้อนรำคาญของประชาชน ระหว่างวันที่ 18 กรกฎาคม 2557 ถึง 25 เมษายน 2565 มีจำนวน 784 เรื่อง สามารถแก้ปัญหาจนยุติแล้ว 770 เรื่อง ปัจจุบันกฎหมายหลักที่ใช้ในการควบคุมและระงับเหตุรำคาญ คือ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยเป็นบทบาทและอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในฐานะเจ้าพนักงานตามกฎหมายที่ต้องดำเนินการควบคุมดูแลและระงับเหตุรำคาญที่เกิดขึ้นในพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีหน่วยงานสนับสนุนที่สำคัญคือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในฐานะหน่วยงานรัฐที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศแต่งตั้งให้บุคลากรในสังกัดเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทและอำนาจหน้าที่ในการตรวจตรา ดูแล ให้ข้อเสนอแนะ และรับผิดชอบในการดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข[3] เจ้าพนักงานสาธารณสุขยังมีบทบาทและอำนาจตามมาตรา 46 วรรคหนึ่ง “ในกรณีที่ตรวจพบเหตุที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข ให้แจ้งต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่นเพื่อดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ต่อไปโดยไม่ชักช้า” และมาตรา 46 วรรคสอง “ในกรณีที่เจ้าพนักงานสาธารณสุขเห็นว่าเหตุตามวรรคหนึ่งจะเป็นอันตรายอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพของประชาชนเป็นส่วนรวมซึ่งสมควรจะดำเนินการแก้ไขโดยเร่งด่วน ให้เจ้าพนักงานสาธารณสุขมีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้กระทำการไม่ถูกต้องหรือฝ่าฝืนดังกล่าวแก้ไขหรือระงับเหตุนั้น หรือดำเนินการใด ๆ เพื่อแก้ไขหรือระงับเหตุนั้น”[4] ในการดำเนินการตามบทบาทและอำนาจของเจ้าพนักงานสาธารณสุขดังกล่าวพบมีปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดอยู่หลายประการ[5,6] อาทิเช่น เจ้าพนักงานสาธารณสุขยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง ขาดความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ขาดประสบการณ์ในการบังคับใช้กฎหมายตามบริบทของพื้นที่ และขาดความมั่นใจในองค์ความรู้ด้านกฎหมาย ด้วยเหตุนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งมีอำนาจหน้าที่และมีบทบาทสำคัญต่อการสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อระงับเหตุรำคาญอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในการดำเนินงานดังกล่าวนั้นจำเป็นต้องมีการศึกษาบทบาทการดำเนินงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองต่อการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการ

สาธารณสุข เพื่อระงับเหตุรำคาญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนขับเคลื่อนส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีศักยภาพสามารถควบคุมและระงับเหตุรำคาญที่เกิดขึ้นในพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การคุ้มครองสิทธิทางสุขภาพของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

(1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และกระบวนการจัดการปัญหาเหตุรำคาญของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

(2) เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขเพื่อระงับเหตุรำคาญของเจ้าพนักงานสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

(3) เพื่อศึกษาบทบาทของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายที่มีผลต่อประสิทธิผลการระงับเหตุรำคาญตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

**วิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ(Survey research) วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองต่อการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข เพื่อระงับเหตุรำคาญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ และการสำรวจข้อมูลผลการดำเนินงานสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขเพื่อระงับเหตุรำคาญของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โดยมีพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย รวมจำนวนทั้งสิ้น 17 แห่ง ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 8 แห่ง และโรงพยาบาล 8 แห่ง ซึ่งทั้งหมดเป็นหน่วยงานที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศแต่งตั้งให้เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 พ.ศ. 2562 โดยกำหนดให้เจ้าพนักงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานเกี่ยวข้องกับการจัดการข้อร้องเรียนเหตุรำคาญของหน่วยงานนั้น ๆ เป็นผู้ตอบแบบสอบถามฯ

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้ศึกษาได้ออกแบบจากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อหาค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence; IOC) และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป โดยมีประเด็นเก็บข้อมูลประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยงานและเจ้าพนักงานสาธารณสุข ส่วนที่ 2 กระบวนการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขเพื่อระงับเหตุรำคาญ ส่วนที่ 3 สถิติเรื่องร้องเรียนและบทบาทของ เจ้าพนักงานสาธารณสุขในการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขเพื่อระงับเหตุรำคาญ ส่วนที่ 4 สภาพปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขในการจัดการเหตุรำคาญ และส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะต่อการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขในการจัดการเหตุรำคาญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการแยกแยะเนื้อหาสาระเป็นกลุ่มก้อนข้อมูล (Content Analysis) ตามวัตถุประสงค์การศึกษาและโครงสร้างเนื้อหาที่กำหนด และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่และร้อยละ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถิติเรื่องร้องเรียนเหตุรำคาญ สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในการสนับสนุนการบังคับใช้

กฎหมายที่มีผลต่อประสิทธิผลการระงับเหตุรำคาญตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยใช้สถิติ Fisher's exact test

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

ได้รับการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เลขที่เอกสารรับรอง COA No. 27/2566 เลขที่โครงการวิจัย REC-RY No. 36/2556 ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2566

**ผลการศึกษา**

**1. สถานการณ์และกระบวนการจัดการเหตุรำคาญของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง**

1.1 ข้อมูลเจ้าพนักงานสาธารณสุขของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองมีจำนวนเจ้าพนักงานสาธารณสุขรวมทั้งสิ้น 52 คน แบ่งเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 6 คน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 26 คน และสังกัดโรงพยาบาล จำนวน 20 คน แสดงดังตารางที่ 1 โดยในการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข กฎหมายกำหนดให้เจ้าพนักงานสาธารณสุขจะต้องแสดงบัตรประจำตัวตามแบบที่กำหนดในกฎกระทรวงต่อบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องในขณะปฏิบัติหน้าที่ด้วย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ในบรรดาเจ้าพนักงานสาธารณสุขทั้งหมดพบมีบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 3 คน หรือร้อยละ 5.8 ของเจ้าพนักงานสาธารณสุขทั้งหมด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีจำนวนเจ้าพนักงานสาธารณสุขน้อยที่สุดและกลับมีสัดส่วนการมีบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานสาธารณสุขมากที่สุด และยังพบว่า เจ้าพนักงานสาธารณสุขส่วนใหญ่มีประสบการณ์ของในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 โดยการตรวจตรา ดูแล ให้ข้อเสนอแนะและรับผิดชอบในการดำเนินการให้เป็นไปกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเด็นงานการจัดการเหตุรำคาญ โดยการลงพื้นที่ดำเนินการตรวจสอบ ข้อร้องเรียนเหตุรำคาญร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการให้คำปรึกษาแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาเหตุรำคาญ

**ตารางที่ 1** จำนวนเจ้าพนักงานสาธารณสุขและการมีบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานสาธารณสุข

| ประเภทหน่วยงาน | จำนวนเจ้าพนักงานสาธารณสุข (คน) | | |
|---|---|---|---|
| | จำนวนทั้งหมด | มีบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานฯ | ไม่มีบัตรประจำตัว เจ้าพนักงานฯ |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (n=1) | 6 | 2 | 4 |
| สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (n=8) | 26 | 0 | 26 |
| โรงพยาบาล (n=8) | 20 | 1 | 19 |
| รวม (n=17) | 52 | 3 | 49 |

1.2 สถานการณ์การรับข้อร้องเรียนเหตุรำคาญ พบว่าในภาพรวมสถิติการรับข้อร้องเรียนเหตุรำคาญของทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตั้งแต่ 1 มกราคม 2564 – 31 ธันวาคม 2566 (3 ปี) มีจำนวนข้อร้องเรียนรวมทั้งสิ้น 193 เรื่อง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2564 มีจำนวนข้อร้องเรียน 58 เรื่อง ปี 2565 มีจำนวน 60 เรื่อง และปี 2566 มีข้อร้องเรียนเหตุรำคาญมากที่สุด จำนวน 81 เรื่อง โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่ได้รับเรื่องร้องเรียนมากที่สุด รวมจำนวน 133 เรื่อง ในขณะที่โรงพยาบาล เป็นหน่วยงานที่ได้รับเรื่องร้องเรียนน้อยที่สุด จำนวน 17 เรื่อง และมีโรงพยาบาลจำนวน 2 แห่ง ที่ไม่เคยได้รับ ข้อร้องเรียนใด ๆ เลย แสดงดังตารางที่ 2 สำหรับช่องทางการรับข้อร้องเรียน

นั้น พบว่า ในภาพรวมหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะได้รับข้อร้องเรียนผ่านช่องทางการมีหนังสือแจ้งข้อร้องเรียนจากหน่วยงานราชการอื่นมากกว่าการรับเรื่องร้องเรียนจากประชาชนโดยตรง โดยมีสัดส่วนมากกว่าครึ่งของข้อร้องเรียนทั้งหมด ที่ได้รับ ในขณะที่โรงพยาบาลเป็นหน่วยงานที่ได้รับข้อร้องเรียนจากประชาชนโดยตรงมีสัดส่วนใกล้เคียงกับการรับหนังสือแจ้งข้อร้องเรียนจากหน่วยงานราชการอื่น และเมื่อพิจารณาประเภทเหตุรำคาญตามข้อร้องเรียน พบว่า ในภาพรวมของทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพบว่าเหตุรำคาญด้านกลิ่นเหม็น กลิ่นรบกวนจะได้รับข้อร้องเรียนมากที่สุด รองลงมาเป็นประเภทเสียงดัง เสียงรบกวน และความสั่นสะเทือน ประเภท ฝุ่นละอองควัน เขม่า ประเภทน้ำเสีย และประเภทขยะมูลฝอย ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 2** สถิติการรับข้อร้องเรียนเหตุรำคาญของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 – พ.ศ. 2566

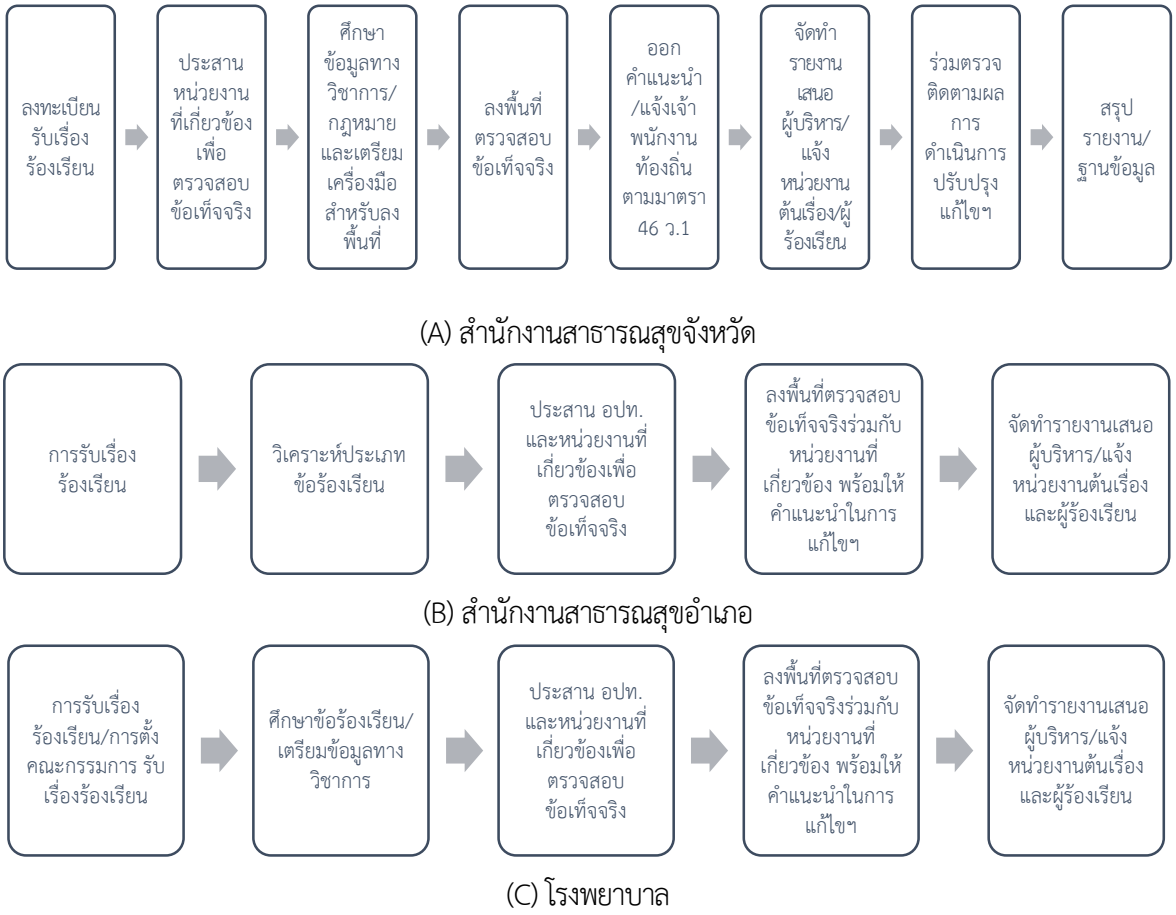
| ประเภทหน่วยงาน | ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน | จำนวนข้อร้องเรียนที่ได้รับ (เรื่อง) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ปี 2564 | ปี 2565 | ปี 2566 | รวม |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (n=1) | - ข้อร้องเรียนจากประชาชน | 17 | 7 | 4 | 133 |
| | - หนังสือแจ้งจากหน่วยงานราชการอื่น | 26 | 35 | 44 | |
| สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (n=8) | - ข้อร้องเรียนจากประชาชน | 1 | 2 | 2 | 43 |
| | - หนังสือแจ้งจากหน่วยงานราชการอื่น | 8 | 11 | 19 | |
| โรงพยาบาล (n=6) (2 แห่งไม่ได้รับข้อร้องเรียน) | - ข้อร้องเรียนจากประชาชน | 2 | 2 | 4 | 17 |
| | - หนังสือแจ้งจากหน่วยงานราชการอื่น | 4 | 3 | 2 | |
| รวม | | 58 | 60 | 75 | 193 |

**ตารางที่ 3** ประเภทเหตุรำคาญที่หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับข้อร้องเรียน

| ประเภทเหตุรำคาญ | จำนวนข้อร้องเรียนที่หน่วยงานได้รับเรื่อง (เรื่อง) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | โรงพยาบาล | รวม |
| 1. กลิ่นเหม็น กลิ่นรบกวน | 70 | 25 | 6 | 101 |
| 2. เสียงดัง และความสั่นสะเทือน | 43 | 12 | 1 | 56 |
| 3. ฝุ่นละออง เขม่า ควัน | 25 | 4 | 2 | 31 |
| 4. น้ำเสีย | 15 | 2 | 4 | 21 |
| 5. ขยะมูลฝอย | 7 | 2 | 1 | 10 |
| 6. สารเคมี และของเสียอันตราย | 5 | 0 | 2 | 7 |
| 7. สัตว์และแมลงพาหะนำโรค | 5 | 1 | 1 | 7 |
| 8. อื่น ๆ | 3 | 0 | 0 | 3 |

1.3 กระบวนการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขเพื่อระงับเหตุรำคาญ พบว่า หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการสนับสนุน ส่งเสริม หรือช่วยเหลือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีโครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้แก่หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดระยอง เป็นประจำทุกปี และมีการจัดการข้อร้องเรียนหรือกรณีอุทธรณ์คำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น โดยการลงพื้นที่ตรวจสอบข้อเท็จจริงร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหรือหน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้อง พร้อมให้ข้อเสนอแนะ ทางวิชาการ นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการตามมาตรา 46 วรรคหนึ่ง ในกรณีพบเหตุซึ่งเป็นการปฏิบัติไม่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ได้แจ้งเจ้าพนักงานท้องถิ่นเพื่อดำเนินการ สำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพบว่า ทุกแห่งจะมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการข้อร้องเรียนเหตุรำคาญ โดยการตรวจสอบข้อเท็จจริงร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่โรงพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่มีกิจกรรมเกี่ยวกับการร่วมตรวจสอบข้อเท็จจริงพร้อมให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการ ทั้งนี้ กระบวนการและขั้นตอนการจัดการข้อร้องเรียนเหตุรำคาญของแต่หน่วยงานเมื่อได้รับข้อร้องเรียนต่าง ๆ จากประชาชนหรือมีหน่วยงานราชการอื่น หน่วยงานแต่ละประเภทจะมีการดำเนินการแสดงดังรูปที่ 1




**รูปที่ 1** กระบวนการและขั้นตอนการจัดการข้อร้องเรียนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

**2. สภาพปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข เพื่อระงับเหตุรำคาญ**

2.1 สภาพปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดของ **“เจ้าพนักงานสาธารณสุข”** สังกัดทุกหน่วยงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีต่อการดำเนินการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายเพื่อระงับเหตุรำคาญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นประเด็นปัญหาเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของหน่วยงานที่มีไม่เพียงพอ ขาดองค์ความรู้ทางวิชาการและเครื่องมืออุปกรณ์ในการตรวจสอบเหตุรำคาญ ขาดองค์ความรู้ ทางกฎหมายและประสบการณ์ในการบังคับใช้กฎหมาย ปัญหาด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินคดีตามกฎหมายกับผู้ก่อเหตุรำคาญ การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการระงับเหตุรำคาญ และปัญหาการออกคำสั่งเพื่อระงับเหตุรำคาญในที่หรือทาง

สาธารณะ และปัญหาด้านงบประมาณที่พบมีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.2 สภาพปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดของ **“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น”** ในการบังคับใช้กฎหมาย ว่าด้วยการสาธารณสุขเพื่อระงับเหตุรำคาญ โดยเป็นมุมมองของเจ้าพนักงานสาธารณสุขพบว่า ด้านเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังขาดองค์ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติตามกฎหมาย มีองค์ความรู้ที่ไม่เพียงพอต่อการบังคับใช้กฎหมาย ยังไม่เข้าใจบทบาทและหน้าที่ของตนในการบังคับใช้กฎหมายที่ชัดเจน ขาดความตระหนักต่อบทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย และขาดทักษะในการปฏิบัติงาน เช่น การไกล่เกลี่ย รวมถึงวุฒิการศึกษาที่ไม่ตรงกับสายงานด้านการสาธารณสุข สำหรับด้านผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พบว่า ไม่บังคับใช้กฎหมาย ไม่มีนโยบายในการบังคับใช้กฎหมาย หรือไม่สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายเพราะกระทบต่อฐานเสียง ผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการจัดการเหตุรำคาญ และปัญหาด้านอื่น ๆ เช่น สุ่มเสี่ยงละเมิดกฎหมายต่อประชาชน ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ในการตรวจสอบ เหตุรำคาญ การบังคับใช้กฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่จริงจัง บริบทพื้นที่มีความซับซ้อนส่งผลให้การปฏิบัติงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายยุ่งยาก ขั้นตอนการบังคับใช้กฎหมายมีความยุ่งยากและมีบทลงโทษต่ำ

2.3 มุมมองของ **“เจ้าพนักงานสาธารณสุข”** เกี่ยวกับประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขเพื่อระงับเหตุรำคาญในภาพรวมพบว่า เจ้าพนักงานสาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นว่า กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขสามารถบังคับใช้เพื่อการระงับเหตุรำคาญได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้เหตุผลว่าเป็นเพราะกฎหมายที่มีสภาพบังคับ มีบทลงโทษที่ชัดเจน และเป็นกฎหมายที่มุ่งคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม โดยประสิทธิภาพการระงับเหตุรำคาญอาจขึ้นอยู่กับผู้บังคับใช้กฎหมาย หากมีความเข้าใจในตัวบทกฎหมายก็จะสามารถระงับเหตุรำคาญได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่เจ้าพนักงานสาธารณสุขบางส่วนกลับเห็นว่า การบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขเพื่อระงับเหตุรำคาญมีประสิทธิภาพในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยให้เหตุผลว่าเนื่องจากข้อกฎหมายที่กำหนดนั้นมีความยุ่งยากและไม่ชัดเจนในการปฏิบัติ กฎหมายมีบทลงโทษต่ำ และปัญหาผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สนับสนุน

**3. บทบาทของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายที่มีผลต่อประสิทธิผลการระงับเหตุรำคาญตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข**

3.1 บทบาทของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อระงับเหตุรำคาญที่เกิดขึ้นระหว่างปี 2564 –2566 โดยมีจำนวนข้อร้องเรียนและเหตุการณ์ที่พบ รวมทั้งสิ้น 207 เรื่อง แสดงดังตารางที่ 4 พบว่า บทบาทของเจ้าพนักงานสาธารณสุขโดยการดำเนินการแจ้ง ข้อร้องเรียนเหตุรำคาญที่หน่วยงานได้รับให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ พร้อมลงพื้นที่ร่วมตรวจสอบข้อเท็จจริงและให้คำปรึกษาแนะนำปรับปรุงแก้ไขเพื่อระงับเหตุรำคาญ (B) เป็นบทบาทที่เจ้าพนักงานสาธารณสุขมีการดำเนินการมากที่สุด (ร้อยละ 68.6) รองลงมาเป็นบทบาทในการแจ้งข้อร้องเรียนเหตุรำคาญ ให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ พร้อมลงพื้นที่ร่วมตรวจสอบข้อเท็จจริงให้คำปรึกษาแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข และร่วมติดตามผลการแก้ไขปัญหาเหตุรำคาญ (C) ร้อยละ 22.2 และพบน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.4) เป็นบทบาทการแจ้งข้อร้องเรียนเหตุรำคาญให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ สำหรับการใช้อำนาจของเจ้าพนักงานสาธารณสุขตามมาตรา 46 วรรคหนึ่ง พบมีเพียงเจ้าพนักงานสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาล 1 แห่งเท่านั้น (คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของข้อร้องเรียนและเหตุการณ์ที่พบ) ที่มีการดำเนินการ โดยเจ้าพนักงานสาธารณสุขส่วนใหญ่ที่ไม่ได้มีการดำเนินการตามมาตรา 46 วรรคหนึ่ง ให้

เหตุผลว่า ยังไม่พบเหตุการณ์ตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดและเห็นว่าเป็นอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการอยู่แล้ว ในขณะที่การใช้อำนาจออกคำสั่งทางปกครองของเจ้าพนักงานสาธารณสุขตามมาตรา 46 วรรคสอง กลับไม่มีเจ้าพนักงานสาธารณสุขที่เคยดำเนินการโดยการใช้อำนาจออกคำสั่งดังกล่าวเลยแม้แต่ครั้งเดียว โดยให้เหตุผลว่า ยังไม่พบเหตุการณ์ตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดและขาดองค์ความรู้ ด้านข้อกฎหมาย

**ตารางที่ 4** บทบาทและอำนาจของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อระงับเหตุรำคาญตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

| หน่วยงานสังกัด เจ้าพนักงานสาธารณสุข | จำนวนเหตุการณ์ (ร้องเรียน+พบเหตุ) (เรื่อง) | จำนวนข้อร้องเรียนที่ดำเนินการตามบทบาท และอำนาจของเจ้าพนักงานสาธารณสุข (เรื่อง) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | A | B | C | D | E |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | 145 | 3 | 117 | 13 | 12 | 0 |
| สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | 43 | 2 | 17 | 24 | 0 | 0 |
| โรงพยาบาล | 19 | 0 | 8 | 9 | 2 | 0 |
| รวม | 207 | 5 | 142 | 46 | 14 | 0 |
| ร้อยละ | 100 | 2.4 | 68.6 | 22.2 | 6.8 | 0 |

**หมายเหตุ**

*A คือ การแจ้งข้อร้องเรียนเหตุรำคาญให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นดำเนินการตามอำนาจหน้าที่*

*B คือ การแจ้งเรื่องร้องเรียนเหตุรำคาญให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ พร้อมลงพื้นที่ร่วมตรวจสอบข้อเท็จจริงและให้คำปรึกษาแนะนำปรับปรุงแก้ไขเพื่อระงับเหตุรำคาญ*

*C คือ การแจ้งเรื่องร้องเรียนเหตุรำคาญให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ พร้อมลงพื้นที่ร่วมตรวจสอบข้อเท็จจริง ให้คำปรึกษาแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข และร่วมติดตามผลการแก้ไขเหตุรำคาญ*

*D คือ การใช้อำนาจมาตรา 46 วรรคหนึ่ง "ในกรณีที่เจ้าพนักงานสาธารณสุขตรวจพบเหตุที่ไม่ถูกต้องหรือมีการกระทำใด ๆ ที่ฝ่าฝืนต่อบทแห่งพระราชบัญญัตินี้กฎกระทรวง ข้อบัญญัติท้องถิ่นหรือประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้ ให้เจ้าพนักงานสาธารณสุขแจ้งเจ้าพนักงานท้องถิ่น เพื่อดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ต่อไปโดยไม่ชักช้า และให้เจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งตรวจพบเหตุนั้นแจ้งต่อคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด พิจารณาดำเนินการตามมาตรา 11"*

*E คือ การใช้อำนาจออกคำสั่งทางปกครองตามมาตรา 46 วรรคสอง "ในกรณีที่เจ้าพนักงานสาธารณสุขเห็นว่าเหตุตามวรรคหนึ่งจะมีผลกระทบต่อสภาวะความเป็นอยู่ที่เหมาะสมกับการดำรงชีพของประชาชนหรือจะเป็นอันตรายอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพของประชาชนเป็นส่วนรวมซึ่งสมควรจะดำเนินการแก้ไขโดยเร่งด่วน ให้เจ้าพนักงานสาธารณสุขมีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้กระทำการไม่ถูกต้องหรือฝ่าฝืนดังกล่าวแก้ไขหรือระงับ เหตุนั้น หรือดำเนินการใด ๆ เพื่อแก้ไขหรือระงับเหตุนั้นได้ตามสมควรแล้วให้แจ้งเจ้าพนักงานท้องถิ่นทราบ"*

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายที่มีผลต่อประสิทธิผลการระงับเหตุรำคาญตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า ในจำนวนข้อร้องเรียนทั้งหมดที่หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับ (193 เรื่อง) บทบาทการดำเนินงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุขโดยการแจ้งข้อร้องเรียนเหตุรำคาญให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นดำเนินการ ตามอำนาจหน้าที่ การร่วมตรวจสอบข้อเท็จจริงและให้คำปรึกษาแนะนำปรับปรุงแก้ไขเพื่อระงับเหตุรำคาญ และการร่วมติดตามผลการแก้ไขเหตุรำคาญ โดยบทบาทการดำเนินการดังกล่าวมีประสิทธิผลสามารถระงับเหตุรำคาญ ที่ประชาชนร้องเรียนได้สูงถึงร้อยละ 92.7 ของจำนวนข้อร้องเรียนทั้งหมดที่ได้รับ แสดงดังตารางที่ 5 อย่างไร ก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายที่มีผลต่อประสิทธิผลการระงับเหตุรำคาญตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้สถิติ Fisher's exact test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ การแจ้งข้อร้องเรียน เหตุรำคาญให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ การร่วมตรวจสอบข้อเท็จจริงและให้คำปรึกษาแนะนำปรับปรุงแก้ไขเพื่อ

ระงับเหตุรำคาญ และการร่วมตรวจสอบข้อเท็จจริง การให้คำปรึกษาแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขและร่วมติดตามผลการแก้ไขเหตุรำคาญ มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการระงับเหตุรำคาญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

**ตารางที่ 5** ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทการดำเนินงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุขและประสิทธิผลการระงับเหตุรำคาญตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

| บทบาทของเจ้าพนักงานสาธารณสุข | ข้อร้องเรียนทั้งหมด(เรื่อง) | ประสิทธิผลการระงับเหตุรำคาญ (เรื่อง) | | p-value* |
|---|---|---|---|---|
| | | ยุติเรื่องได้ | ยุติเรื่องไม่ได้ | |
| 1. การแจ้งข้อร้องเรียนเหตุรำคาญให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ | 5 | 5 | 0 | 0.003 |
| 2. การแจ้งเรื่องร้องเรียนเหตุรำคาญให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ พร้อมร่วมตรวจสอบข้อเท็จจริงและให้คำปรึกษาแนะนำปรับปรุงแก้ไขเพื่อระงับเหตุรำคาญ | 142 | 137 | 4 | |
| 3. การแจ้งเรื่องร้องเรียนเหตุรำคาญให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ พร้อมร่วมตรวจสอบข้อเท็จจริงให้คำปรึกษาแนะนำปรับปรุงแก้ไข และร่วมติดตามผลการแก้ไขเหตุรำคาญ | 46 | 37 | 10 | |
| รวม | 193 | 179 | 14 | |
| ร้อยละ | 100 | 92.7 | 7.3 | |

**สรุปและอภิปรายผล**

(1) ภาพรวมการรับข้อร้องเรียนเหตุรำคาญของทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่พบว่าประเด็นปัญหาเหตุรำคาญด้านกลิ่นเหม็น กลิ่นรบกวนจะได้รับข้อร้องเรียนจากประชาชนมากที่สุด สอดคล้องกับรายงานของกรมอนามัย[7] ซึ่งพบว่าประเภทของมลพิษที่มีการร้องเรียนจากประชาชนมากที่สุด คือ ปัญหา กลิ่นเหม็น กลิ่นรบกวน โดยเมื่อหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับข้อร้องเรียนจะมีกระบวนการและขั้นตอนการจัดการข้อร้องเรียนเหตุรำคาญของแต่หน่วยงานที่แตกต่างกันอยู่บ้าง แต่จะมีขั้นตอนหลัก ที่เหมือนกันกล่าวคือ การรับข้อร้องเรียน การประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การลงพื้นที่ร่วมตรวจสอบข้อเท็จจริง และการจัดทำรายงาน

(2) สภาพปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายที่พบว่าส่วนใหญ่เป็นประเด็นเกี่ยวกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขที่ยังขาดองค์ความรู้ทางวิชาการและเครื่องมืออุปกรณ์ในการตรวจสอบ เหตุรำคาญ ขาดองค์ความรู้ทางกฎหมายและประสบการณ์ในการบังคับใช้กฎหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข[5] ซึ่งพบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในบางหน่วยงานที่ยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน ขาดความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ขาดประสบการณ์ในการบังคับใช้กฎหมายและยังขาดความมั่นใจในองค์ความรู้ด้านกฎหมาย ในขณะที่มุมมองของเจ้าพนักงานสาธารณสุขสังกัดหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีต่อข้อจำกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการการบังคับใช้กฎหมายนั้นจะพบประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่มีมากกว่า ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเด็นปัญหาเกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พบว่าไม่มีนโยบายและไม่สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย ประเด็นนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบสภาพปัญหาและอุปสรรคต่อการระงับเหตุรำคาญในทำนองเดียวกัน[6,8] ในขณะที่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งกลับให้ความสำคัญกับการจัดการ

ปัญหาเหตุเดือดร้อนรำคาญของประชาชนเป็นอย่างมาก[9] ดังนั้น ปัญหาและอุปสรรคด้านผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงอาจแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่

(3) บทบาทของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อระงับเหตุรำคาญที่พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบทบาทการสนับสนุนหรือช่วยเหลือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข ซึ่งเป็นการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานรัฐในฐานะหน่วยงานสนับสนุนที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการเหตุรำคาญอย่างมีประสิทธิภาพ[10] สำหรับการใช้อำนาจของ เจ้าพนักงานสาธารณสุขตามมาตรา 46 วรรคหนึ่ง พบมีเจ้าพนักงานสาธารณสุขบางส่วนเท่านั้นที่มีการดำเนินการ ในขณะที่การใช้อำนาจตามมาตรา 46 วรรคสอง ไม่ปรากฏว่ามีเจ้าพนักงานสาธารณสุขได้ใช้อำนาจดังกล่าว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเจ้าพนักงานสาธารณสุขขาดองค์ความรู้ทางวิชาการและข้อกฎหมาย รวมถึงยังขาดประสบการณ์การบังคับใช้กฎหมายที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า เจ้าพนักงานสาธารณสุขยังขาดองค์ความรู้ทางกฎหมายและประสบการณ์การบังคับใช้กฎหมาย ประกอบกับปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขยังมิได้กำหนดแนวทาง หลักเกณฑ์ หรือวิธีการดำเนินการของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในประเด็นนี้ เป็นการเฉพาะ

(4) บทบาทของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายที่มีผลต่อประสิทธิผลการระงับเหตุรำคาญที่พบว่า บทบาทการดำเนินงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุขมีประสิทธิผลสามารถระงับเหตุรำคาญได้สูงถึงร้อยละ 92.7 ของจำนวนข้อร้องเรียนทั้งหมด บทบาทการดำเนินงานนี้ยังมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการระงับเหตุรำคาญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประเด็นนี้อาจเป็นเพราะ กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขได้กำหนดโครงสร้าง อำนาจหน้าที่ของส่วนราชการต่าง ๆ และบุคคล ทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นให้มีลักษณะที่ประสานสอดคล้องกัน ทั้งนี้เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ ได้กระจายอำนาจในการควบคุมดูแลลงสู่หน่วยงานในระดับท้องถิ่น และกำหนดให้มีเจ้าพนักงานสายวิชาการ ซึ่งเรียกว่า “เจ้าพนักงานสาธารณสุข” เป็นผู้ตรวจตราดูแลและวินิจฉัยทางวิชาการ โดยมีอำนาจหน้าที่ตรวจตรา ดูแล ให้ข้อเสนอแนะ และรับผิดชอบในการดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข[11] จึงอาจส่งผลให้การจัดการเหตุรำคาญในแต่ละกรณีที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ดำเนินการร่วมกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขนั้นเสมือนมีเจ้าพนักงานสายวิชาการที่คอยสนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการ จึงเกิดความมั่นใจและสามารถควบคุมและระงับเหตุรำคาญได้อย่างประสิทธิภาพ

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัย**

(1) ข้อเสนอแนะแนวทางการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีการพัฒนาศักยภาพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขเป็นประจำ โดยเฉพาะประเด็นองค์ความรู้ด้านกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขและ การบังคับใช้ รวมถึงควรส่งเสริมและสนับสนุนบทบาทการดำเนินงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อให้สามารถปฏิบัติการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายเพื่อระงับเหตุรำคาญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(2) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป ควรศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุขต่อการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขในการจัดการเหตุรำคาญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้อำนาจของเจ้าพนักงานสาธารณสุขตามมาตรา 46 และรูปแบบแนวทางการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดระยอง

**เอกสารอ้างอิง**

1.กรมควบคุมมลพิษ. สถิติการร้องเรียนปัญหามลพิษ. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2566]. เข้าถึงจาก: https://www.pcd.go.th/stat.

2. ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดระยอง. ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดระยองเปิดเผยผลการแก้ปัญหาความเดือดร้อนประชาชน. [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2566]. เข้าถึงจาก: https://thainews.prd.go.th/th/news/print_news/TCATG220502145547323.

3. กองกฎหมาย กรมอนามัย. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 พ.ศ. 2562. [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2566]. เข้าถึงจาก: https://laws.anamai.moph.go.th/th/doh-annuance/204279.

4. กองกฎหมาย กรมอนามัย. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2566]. เข้าถึงจาก: https://laws.anamai.moph.go.th/th/act-of-doh/204256.

5. ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย. การศึกษาเพื่อประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2566]. เข้าถึงจาก: https://laws.anamai.moph.go.th/th/cms-of-118/download/?did=201521&id=63761&reload.

6. กฤตน ชมภูรัตน์. การศึกษารูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในจังหวัดเชียงใหม่: กรณีศึกษาการจัดการเหตุรำคาญ. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม]. ปทุมธานี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2563.

7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2563. [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2566]. เข้าถึงจาก: http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/GENERAL/DATA0004/00004106.PDF.

8. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. โครงการศึกษามาตรฐานเหตุรำคาญและประสิทธิผลการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขในการควบคุมเหตุรำคาญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย;2562.

9. ปาริชาติ ฤกษ์พิพัฒน์พงศ์. การบังคับใช้กฎหมายสิ่งแวดล้อมในการจัดการปัญหาเหตุเดือดร้อนรำคาญ: กรณีศึกษาเหตุเดือดร้อนรำคาญ เทศบาลนครระยอง. [รายงานการค้นคว้าอิสระของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม)]. กรุงเทพฯ: คณะบริหารการพัฒนาสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์;2564.

10. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. คู่มือวิชาการ เรื่อง ระบบการจัดการเหตุรำคาญ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก;2557.

11. ศุมล ศรีสุขวัฒนา. แนวทางการจัดการเหตุรำคาญสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย;2562.

# ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.1 January - February 2024

# วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567

ISSN : 2672-9717

PART II

**ECH JOURNAL**

**วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน**

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567 VOL. 9 NO. 1 January – February 2024 **Part 2**

**สารบัญ**

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานห้องตรวจคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย** ..... 278
ไคลศรี บาดาล , พัทยา นิลเกตุ

**การศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ เครือข่ายจังหวัดหนองคาย** ... 287
สายใจ สุวรรณศรี

**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร** ..... 298
ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์ ,ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ ,เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น ,พนัดดา นักดนตรี

**ปัจจัยที่มีผลต่อการขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม** . 308
ขวัญชัย ประเสริฐยิ่ง และธงชัย อามาตยบัณฑิต

**กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลัง และเชื่อมกระดูกโดยใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสันหลังร่วมกับซ่อมแซมเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นดูรา** ..... 321
ศุภกร ภุมเรศน์

**การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง** ..... 331
นงลักษณ์ จิตตานนท์

**การประเมินการสัมผัสเสียงดังของพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้ากรณีศึกษา: โรงไฟฟ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง** .... 340
สมบูรณ์ ใจประการ ,ชนกานต์ สกุลแถว และมงคล รัชชะ

**การพยาบาลมารดาหลังคลอดครรภ์เสี่ยงสูงที่ติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง : กรณีศึกษา** ..... 346
อรอนงค์ โสมพลกรัง

**การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย** ..... 354
เจตนา พรมทอง

**ปัญหาสุขภาพคนทำงานสูงวัยกับมาตรฐาน กฎหมายและการตรวจประเมินที่ทำงานที่เหมาะสม** ..... 360
สุพัฒท์ มณีโชติ ,เสรีย์ ตู้ประกาย ,มงคล รัชชะ ,ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย

**การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ : กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 371
ระเบียบ วัฒนตรีภพ

**การพยาบาลมารดาครรภ์แฝดหลังผ่าตัดคลอดที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง: กรณีศึกษา** ..... 379
อรพิน ตันมงคล

**การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี** ..... 390
ปิยะรัตน์ จันทร์ส่อง

**การพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด** ..... 397
เกษา นาสวน ,สมปอง ใจกล้า ,กันตินันท์ สอดสุข

**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมโรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม** ..... 408
ณัชปภา กวานเหียน

**กรณีศึกษา: การพยาบาลหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง** ..... 417
ปรารถนา หัสนจันทร์

**ผลการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประชากรวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 7** ..... 427
วาสนา มงคลศิลป์

**การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน หน่วยบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 (หัวทะเล) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา** ..... 434
ผุสดี ด่านกุล

**ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันโรงพยาบาลหนองคาย** ..... 445
ระวิวรรณ์ โสชมภู ,นภาวรรณ มิ่งวงษ์ยาง

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567 VOL. 9 NO. 1 January – February 2024 **Part 2**

สารบัญ

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล** ..... 453
คณิวรรณ ภูษา ,ณัชมนพรรณ ปลื้มรุ่งโรจน์

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Necrotizing Fasciitis)** ..... 463
สุรีรัตน์ สมคุณา ,รัศมี โพธินักขา

**ผลของแนวทางอบอุ่นร่างกายต่อภาวะหนาวสั่นในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในโรงพยาบาลหนองคาย** ..... 472
สายฝน กุลเนตร ,ประภัสสร คำเหลือง

**การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม** ..... 481
ปริญญา มาลัยเปีย ,มนัสศิริ ยิ้มถนอม

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาพรม อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ** ..... 489
บุญเย็น ศรีกุล

**การพยาบาลให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอชไอวีที่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาต้านไวรัส : กรณีศึกษา** ..... 498
วาสนา ท้วมแสง

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา** ..... 504
ธัญพร เรือนนุช

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับในชุมชน : กรณีศึกษา** ..... 513
บุษบา สุวรรณโชติ

**การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดระบบทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ : กรณีศึกษา** ..... 524
ไฉไล กลิ่นอุ่น

**การพยาบาลรูปแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกร่วมกับไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : กรณีศึกษา** ..... 531
ทัศนีย์ ม่วงมี

**การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดระบบทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ : กรณีศึกษา** ..... 524
ไฉไล กลิ่นอุ่น

**การพยาบาลรูปแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกร่วมกับไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : กรณีศึกษา** ..... 531
ทัศนีย์ ม่วงมี

**ปัจจัยเสี่ยงของการพบมะเร็ง ในกรณีผลเซลล์วิทยาจากการเจาะดูดด้วยเข็มเล็กตรวจก้อนของต่อมไทรอยด์เป็นชนิด non-diagnostic** ..... 542
ศศิมา ศรีอินทรา

# บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ทีเกี่ยวข้องการการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 6 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – กุมภาพันธ์, มีนาคม – เมษายน, พฤษภาคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – สิงหาคม – กันยายน, ตุลาคม, พฤศจิกายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 25 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากขบวนการผลิตคอมเพรสเซอร์ การปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการบรรจุสินค้า ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ การพัฒนาเครื่องฉายรังสี UV-C การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน การวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี การเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะโลหิตจาง การพัฒนาระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต คัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพผู้ประกันตน แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบติดเชื้อร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก การมองโลกและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน การจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด การขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลัง ผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง การสัมผัสเสียงดังของพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้า มารดาหลังคลอดครรภ์เสี่ยงสูงที่ติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอด ปัญหาสุขภาพคนทำงานสูงวัยกับมาตรฐาน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ การพยาบาลมารดาครรภ์แฝดหลังผ่าตัดคลอดที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม การพยาบาลหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง การดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่อง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

# ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน ห้องตรวจคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย

# The Effectiveness of Patient Preparation Program for Exercise Stress Test by Treadmill in the special clinic Nong Khai Hospital.

(Received: January 20,2024 ; Revised: February 3,2024 ; Accepted: February 10,2024)

**ไคลศรี บาดาล[1], พัทยา นิลเกตุ[1]**
**Khaisri Badan[1], Pattaya Nilket[1]**

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนสิงหาคม 2566 ถึง เดือน มกราคม 2567 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคจากอายุรแพทย์โรคหัวใจให้เข้ารับการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเป็นครั้งแรก ไม่เคยได้รับการตรวจมาก่อน มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ สามารถติดต่อสื่อสารได้ และยินยอมให้ความร่วมมือ จำนวน 60 คน และแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญและแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติตน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Independent t-test และ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและมีความสามารถในการปฏิบัติตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ:** รูปแบบการเตรียมผู้ป่วย การตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน ความวิตกกังวล ความสามารถในการปฏิบัติตน

**Abstract**

This study was quasi-experimental research. The objective was to study the effectiveness of using a model for preparing patients for cardiac fitness testing using a treadmill at a special clinic at Nong Khai Hospital. The research was conducted from August 2023 to January 2024. The sample group was purposively selected. He was a patient who received a diagnosis from a cardiologist and had his heart tested by walking on a treadmill for the first time. Never been examined before Aged 20 years and up. No gender limit. Able to communicate and agree to cooperate. Number of people: 60 people and divided into 2 groups: a control group and an experimental group. 30 people per group. Data were collected by Personal information questionnaire Coping Anxiety Scale and Self-Practice Ability Scale. Data were analyzed with ready-made computer programs by finding percentages, means, standard deviations, independent t-test and paired t-test statistics. The results of the study found that after using the model to prepare patients for cardiac fitness testing by walking on a treadmill, The experimental group had lower anxiety than the control group. and had higher ability to behave than the control group Statistically significant at the level of .05

**Key word:** Patient preparation program, Exercise Stress Test by Treadmill, Anxiety, Self-efficacy

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย

**บทนำ**

โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบตัน หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง จัดเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ เนื่องจากการอุดตันหรือตีบแคบของหลอดเลือดแดง โคโรนารี เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่นโรค ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ความอ้วน ความเครียด การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ผู้ชายอายุ 40 ปีขึ้นไป ผู้หญิงอายุ 50 ปี ขึ้นไป หรือผู้หญิงวัยหลังหมดประจำเดือน ผู้มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ ผู้ป่วยจะมีอาการหรืออาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงนี้ตีบมากกว่าร้อยละ 70 ของรูหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก เมื่อออกแรง หรือจุกแน่นเสียดแสบบริเวณทรวงอกอาจแผ่กระจายไปที่แขนหรือหัวไหล่ ลำคอ ขากรรไกร กราม ถ้าเป็นมากจะเพลียมาก เหงื่อออก ใจสั่น เป็นลม จนถึงขั้นเสียชีวิตแบบกะทันหันได้[5] จากความรุนแรงและอันตรายของโรคดังกล่าว การตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรกพบอาการ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งสามารถตรวจได้ด้วยเครื่องมือวินิจฉัยโรคโดยเฉพาะ เช่น การตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกาย (Exercise Stress Test หรือ EST) เป็นการทำหัตถการพิเศษที่เน้นการตรวจหาภาวะหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบหรือขาดเลือดเป็นสำคัญ หรืออาจใช้ทดสอบการเต้นผิดจังหวะของหัวใจที่อาจเกิดร่วมกับการออกกำลังกายด้วยการทดสอบชนิดนี้ ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกได้เป็นอย่างดี หลักการ คือ ให้ผู้ป่วย (หรือผู้ที่ต้องการตรวจ) ออกกำลังกายโดยการเดินบนสายพานที่เคลื่อนที่ไปเรื่อยๆ เมื่อออกกำลังกายหัวใจจะเต้นเร็วขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องได้รับเลือดมาเลี้ยงมากขึ้นด้วย หากมีหลอดเลือดหัวใจตีบ เลือดจะไม่สามารถเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอ จะเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก และมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจให้เห็น การทดสอบนี้ยังช่วยบอกแพทย์ด้วยว่า ผู้ป่วยเหนื่อยง่ายกว่าคนปกติหรือไม่ และใช้ในการติดตามผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษา ไม่ว่าจะด้วยยาหรือการขยายหลอดเลือดหรือการผ่าตัด ในปัจจุบันถือว่าเป็นการตรวจที่ค่อนข้างปลอดภัย แต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย 3.5 รายหรือเสียชีวิต 0.5 ราย ต่อการตรวจ 10,000 ราย ดังนั้น การเตรียมตรวจจึงต้องมีความพร้อมทั้งตัวผู้ป่วย อุปกรณ์การช่วยชีวิต รวมถึงทีมรักษาพยาบาล[2]

โรงพยาบาลหนองคาย มีผู้เข้ารับบริการการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน (Exercise Stress Test: EST) ในปี 2564-2566 จำนวน 146, 118, 134 คน ตามลำดับ เฉลี่ยเดือนละ 10-15 คน โดยแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจจะพิจารณาสั่งให้ผู้ป่วยมารับการนัดหมายวันตรวจกับพยาบาลประจำห้องตรวจคลินิกพิเศษ พยาบาลจะให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนรับการตรวจ ขณะตรวจ และหลังการตรวจ รวมถึงการอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบความเสี่ยงในการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน จากเครื่องมือและเทคโนโลยีในการตรวจที่ซับซ้อน ดังนั้นการให้การดูแล การให้คำแนะนำผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากสถิติพบว่า ในปี 2565, 2566 มีผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายให้มาตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานได้รับการเลื่อนนัดตรวจ จำนวน 12, 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 และ 6 ตามลำดับ เนื่องจากการไม่พร้อมตรวจด้วยสาเหตุต่างๆ ทั้งด้านการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจไม่ถูกต้อง เช่น 1)ไม่งดน้ำและอาหารก่อนมาตรวจเนื่องจากเข้าใจผิดว่า เจาะเลือดแล้วรับประทานได้ 2) ไม่งดชา กาแฟ ก่อนมาตรวจ 3) รับประทานยาไม่ถูกต้องตามคำแนะนำเช่น ไม่งดยากลุ่มBata blocker,ไม่งดยาเบาหวาน หรือ ไม่รับประทานยาลดความดันก่อนมาตรวจ 4) ความดันโลหิตสูงภายหลังให้พักและรับประทานยาลดความดันแล้ว นอกจากนี้ยังมียังมีผู้ป่วยที่วิตกกังวลสูง กลัววิ่งไม่ไหว กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โทรมาขอเลื่อนนัดตรวจหรือยกเลิกตรวจ ประกอบกับการไม่มีแบบแผนที่

ชัดเจนในการให้คำแนะนำ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน ข้อมูลที่ได้ไม่เป็นระบบและไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันต่างคนต่างปฏิบัติ[3]

จากปัญหาดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน ทั้งก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังการตรวจ โดยหลักการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงและมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตน (self-efficacy) และการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหลังการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน ด้วยวิธีการให้ข้อมูลผ่านสื่อเอกสาร คำพูดแนะนำชักจูงของพยาบาล และการให้ข้อมูลในรูปแบบสื่อวีดีทัศน์ที่มีลักษณะเป็นภาพเคลื่อนไหว โดยการถ่ายทำจากเหตุการณ์จริง ซึ่งจะช่วยให้ข้อมูลมีความชัดเจนมากขึ้น ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น และเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริง ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์นั้นได้อย่างถูกต้องชัดเจนจากการใช้ทฤษฎีดังกล่าวนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการเตรียมตัวเพื่อการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเกิดความคิดและทัศนคติที่ดีต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติและลดความวิตกกังวลลงได้

ดังนั้น การพยาบาลจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อมีความสอดคล้องและทันสมัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญที่จะต้องเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้มีประสิทธิภาพ ในเรื่องการตรวจรักษาพยาบาล การพัฒนาระบบคุณภาพการตรวจรักษาพยาบาลต่างๆ จึงเป็นเรื่องจำเป็น เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการให้บริการการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและยกระดับการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งลดความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในการให้บริการ จึงจำเป็นต้องมีรูปแบบการจัดการที่เหมาะสมทันสมัยในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน จึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งของพยาบาล ในการบริหารจัดการเตรียมความพร้อม ในการให้บริการผู้ป่วยที่มารับการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน ห้องตรวจคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research The pretest posttest nonequivalence comparative groups design) ตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) รวบรวมข้อมูลตามตัวแปรก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มารับการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน ในห้องตรวจคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยดังกล่าวที่ส่งมาจากแผนกผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่มารับการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ.2566 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ.2567 จำนวนทั้งหมด 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้ 1) จับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) เพื่อป้องกันอิทธิพลตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม ให้มีลักษณะเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศเดียวกัน อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระดับ NYHA FC ในระดับเดียวกัน 2) จัดผู้ป่วยที่ได้รับการจับคู่เข้า

เป็นกลุ่มทดลอง หรือกลุ่มควบคุม โดยวิธีการสุ่ม (Random Assignment) ด้วยการจับฉลากเลขคี่เข้ากลุ่มควบคุมและเลขคู่เข้ากลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 คน

**เกณฑ์ในการคัดเข้า** (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติได้รับการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานมาก่อนและอายุรแพทย์โรคหัวใจยินยอมให้เข้าร่วมในงานวิจัยนี้ 2) ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป 3)ผู้ป่วยมีระดับ NYHA FC 1 และ 2 4) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่านภาษาไทยและสื่อสารได้รู้เรื่อง 5) มีโทรศัพท์สามารถติดต่อสื่อสารได้ 6) เต็มใจและยินดีให้ความร่วมมือ

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

ส่วนที่ 1 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ, แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติตน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน โดยการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนตรวจ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ในการตรวจ วิธีการตรวจ 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก 3) ข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและหาความเที่ยง โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) - แบบวัดความวิตกกังวล (State-trait Anxiety Inventory :STAI ) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและเป็นที่ยอมรับ เนื่องจากมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและมีความเชื่อมั่นสูง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาคเท่ากับ .79 ถึง .92 ดังนั้นผู้วิจัยไม่ได้ประยุกต์หรือดัดแปลงแก้ไขใดๆ แบบวัดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบความเที่ยงซ้ำ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ค่า CVI = 1.00 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติตน ค่า CVI = 0.84

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติตนไปทดลอง (Try out) ใช้กับผู้ป่วยที่มารับการเตรียมตัวตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน จำนวน 10 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติตน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

**ขั้นตอนการศึกษาวิจัย**

1. ศึกษาปัญหาและอุบัติการณ์การดูแลผู้ป่วยตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน
2. ศึกษาเอกสารวิชาการ วรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน
3. นำเสนอการพัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถนะหัวใจด้วยการเดินสายพานต่อหัวหน้างานเพื่อขออนุญาตในการจัดทำ
4. ดำเนินการจัดสร้างรูปแบบ เรื่องการตรวจสมรรถนะหัวใจด้วยการเดินสายพานหัวใจ ซึ่งมีเนื้อหาประกอบไปด้วย ความหมาย การปฏิบัติตัวก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังตรวจ และข้อควรระวังในการตรวจ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงของเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ
5. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัย แบบสอบถามพร้อมแบบฟอร์มการขออนุญาตเก็บข้อมูล ไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล
6. นำรูปแบบการเตรียมผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นชี้แจงต่อกับเจ้าหน้าที่เพื่อนำไปใช้ปฏิบัติในหน่วยงาน

7. รวบรวมข้อมูล/ประเมินผล/สรุปผล/การใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยทำการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้นำแบบสอบถามมาลงรหัสและนำมาวิเคราะห์ผลการวิจัยด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความวิตกกังก่อนและหลัง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t -test 4) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติตนภายหลังการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t – test

**จริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์**

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลหนองคาย ได้รับอนุมัติใน วันที่ 2 ตุลาคม 2566 เลขที่ 11/2566

**ผลการวิจัย**

**1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 51-65 ปี มากที่สุดร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.8 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.00 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่จ่ายตรง/ต้นสังกัด/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 50.0 มีอาชีพรับราชการเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่ยังมีประวัติสูบบุหรี่ และประวัติดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 86.7 และ 73.3 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชายร้อยละ 60.00 ร้อยละ 56.7 มีอายุระหว่าง 51-65 ปี มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 70.0 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 40 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นประกันสุขภาพ ร้อยละ 70.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและร้อยละ 43.3 ประวัติการสูบบุหรี่ พบเป็นส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 73.3 และมีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.7

**2. ผลการศึกษาระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการปฏิบัติตนของผู้ป่วย** พบว่าผู้ป่วยในระยะก่อนการทดลอง ส่วนมากร้อยละ 46.67 มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในระยะหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยส่วนมากร้อยละ 43.33 มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

ผลการศึกษาระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยในระยะก่อนการทดลองส่วนมากร้อยละ 53.33 มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในระยะหลังการทดลอง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60.00

ผลการศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมส่วนมากส่วนมากร้อยละ 60.00 มีความสามารถในการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนมากร้อยละ 93.33 มีความสามารถในการปฏิบัติตนอยู่ในระดับสูง

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน ห้องตรวจคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย ที่ได้รับและไม่ได้รับการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย

ของความวิตกกังวลเท่ากับ 72.83 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.30 ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 72.53คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.27 เมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของ ความวิตกกังวล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้ Paired t-test (n=30)

| ระยะเวลา | $\bar{x}$ | SD | t | p-value |
|---|---|---|---|---|
| ก่อนการทดลอง | 72.83 (Min=67.0,Max=77.0) | 3.30 | 19.80 | 0.00 |
| หลังการทดลอง | 62.40 (Min=58.0,Max=70.0) | 3.13 | | |

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลเท่ากับ 72.83 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.30 (Min. = 67.00, Max. = 77.00) ส่วนหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลเท่ากับ 62.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.13 (Min.=58.00, Max.=70.00) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ป่วย ในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Paired t-test (n=30)

| ระยะเวลา | $\bar{x}$ | SD | t | p-value |
|---|---|---|---|---|
| ก่อนการทดลอง | 72.83 (Min=67.0,Max=77.0) | 3.30 | 62.26 | 0.00 |
| หลังการทดลอง | 33.26 (Min=32.0,Max=35.0) | 1.22 | | |

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลเท่ากับ 72.83 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.30 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลเท่ากับ 33.26 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.22 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวล ระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังการทดลองเท่ากับ 62.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.13 ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังการทดลองเท่ากับ 33.26 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.22 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภายหลังการทดลองเมื่อสิ้นสุดการตรวจ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติตนเท่ากับ 54.00 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.05 ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติตน เท่ากับ 56.73 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.59 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลองเมื่อสิ้นสุดการตรวจ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**อภิปรายผล**

ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ในระยะก่อนการทดลองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถสรุปได้ว่า ในระยะก่อนการทดลอง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม แสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกสถานการณ์และการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเป็นตัวกระตุ้นหนึ่งซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ในสถานการณ์ก่อนการตรวจ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่มีลักษณะเหมือนหรือคล้ายกัน และยังมีช่วงอายุใกล้เคียงกัน ตรวจในโรงพยาบาลเดียวกัน สิ่งแวดล้อมและสถานที่เหมือนกันไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตามจะมีกลไกการเกิดความวิตกกังวลในลักษณะที่เหมือนๆ กัน ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal & Johnson (1983)[7] ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งที่ไม่คุ้นเคยหรือไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน จะทำให้บุคคลไม่สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานและความรู้สึกเจ็บปวด เป็นต้น

ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองของผู้ป่วยที่ได้รับการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน ในระยะก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลได้ว่า หลังการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน จะทำให้เกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์นั้นอีกครั้งก็จะสามารถแปลความหมายของข้อมูลใหม่ที่ได้รับตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจเดิมที่มีอยู่ เป็นผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเอง (Behavioral control) และเหตุการณ์ได้ดีขึ้นและสามารถพิจารณาตัดสินเลือกใช้วิธีการจัดการกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ลดลง (Leventhal & Johnson, 1983)[7] ประกอบกับเป็นรูปแบบการเตรียมผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผ่านวีดีทัศน์ซึ่งมีความชัดเจนและสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย เนื่องจากภาพถ่ายจากเหตุการณ์จริงเป็นภาพเคลื่อนไหว และมีเสียงพูดประกอบชัดเจน ช่วยเร้าประสาทสัมผัสของผู้ป่วยได้หลายทาง ซึ่งการรับรู้จากการใช้ตาดูและหูฟังจะเสริมความรู้ซึ่งกันและ

กัน การใช้สื่อสามารถช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้

ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลได้ว่า การบริหารจัดการโดย การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) เป็นหลักการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ปราศจากความคลุมเครือ มีความเป็นเฉพาะเจาะจงและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจลดลง ความวิตกกังวลลดลง ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานลดลง รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Leventhal & Johnson, 1983)[7] การได้ดูสื่อวีดีทัศน์และ ซักถามข้อสงสัย ทำให้มีความเข้าใจมากขึ้นในการเตรียมตรวจ การได้เห็นตัวแบบของการกระทำซึ่งผู้ป่วยไม่เคยพบเห็นมาก่อน ผู้ป่วยจะรวบรวมตัวแบบของการกระทำใหม่นี้ในรูปแบบของสัญลักษณ์และถ่ายทอดออกมาเป็นพฤติกรรมตามตัวแบบได้ง่าย รวดเร็วและส่งผลทางบวก (Bandura 1977)[6] จึงช่วยส่งเสริมการรับรู้ ช่วยลดความกลัวและวิตกกังวลลงได้มาก และสามารถปฏิบัติตนตามแบบอย่างได้ง่ายขึ้นเพราะผู้ป่วยสามารถเรียนรู้วิธีการที่จะเผชิญกับเหตุการณ์
ที่จะเกิดขึ้นมาล่วงหน้า

ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่มารับการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานหลังการทดลองเมื่อสิ้นสุดการตรวจ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการใช้รูปแบบการเตรียมตัวสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน เป็นแบบแผนการเตรียม ผู้ป่วยโดยการได้รับข้อมูลวิธีการตรวจ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติโดยการใช้ตัวแบบสื่อ วีดีทัศน์ มากระตุ้นชักจูงให้เกิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้ให้ปฏิบัติได้ง่ายและมีความมั่นใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการสร้างแบบแผนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น รู้ว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ และสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดในการตรวจได้ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้และปฏิบัติตนภายหลังการตรวจได้อย่างถูกต้อง จึงมีผลทำให้ความวิตกกังวลลดลงอีกด้วย

**ข้อเสนอแนะ**

1) จัดทำคู่มือการเตรียมตัวสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานในรูปแบบแผ่นพับและสื่อวีดีทัศน์ ให้โรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยดูและเตรียมตัวก่อนมาตรวจได้ถูกต้อง

2) ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดทำสื่อการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการช่วยหาแหล่งทุนสนับสนุนหรือการประสานงานผ่านโสตเวชนิทัศน์ของโรงพยาบาล เนื่องจากการจัดทำสื่อการสอนบางชนิด เช่น วีดีทัศน์ มีการลงทุนค่อนข้างสูงแต่มีความคุ้มค่าในการใช้งาน ช่วยลดเวลาการทำงานของพยาบาลและเป็นรูปแบบที่เหมือนจริง ซึ่งจะช่วยให้มีการทำเพิ่มมากขึ้น

3) การศึกษาความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้และการดูแลตนเอง จัดทำเป็นสื่อมัลติมีเดีย เช่น แผ่นพับ สื่อวีดีทัศน์ หรือ Power point เพื่อการบริหารจัดการที่เหมาะสมและเป็นแนวทางให้ความรู้แก่ผู้ป่วยต่อไป

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล นางณฤดี ทิพย์สุทธิ์ ที่ให้คำชี้แนะกระบวนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลหนองคาย หัวหน้างานคลินิกพิเศษ เพื่อนร่วมปฏิบัติงาน และทีมสหวิชาชีพ ที่ให้ความร่วมมือ/ช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

**เอกสารอ้างอิง**

1. เกรียงไกร เฮงรัศมี. (2560). มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่5 .สถาบันทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: บริษัทสุขุมวิทย์การพิมพ์ จำกัด.
2. กฤษณ์ ลีมะสวัสดิ์. (2566). NEW PARADIGMS IN CARDIOVASCULAR MEDICINE**.** หน่วยวิชาระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: ทริค ธิงค์.
3. นราวุฒิ ประเสริฐวิทยากิจ. (2565). **Syncope**. หน่วยวิชาระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: ทริค ธิงค์.
4. ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 11. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
5. พรรณนิภา สุวรรณสม. (2565). FILLING THE GAP OF PRACTICE WITH NEW EVIDENCE. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ทริค ธิงค์.
6. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological. reviews, (84)2, 191-215.. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. Journal of social and clinical psychology, 4(3), 359-373.
7. Leventhal, H. & Johnson, J. E. (1983). Laboratory and field experimentation development of a theory of self-regulation. In Wcoldridge, P. T., Schmitt, M. H., Leonard, R. C. & Skipper, J.
K. (Eds). Behavioral Science and Nursing Theory. (pp189-262). St. Louis: The C. V. Mosmy.

# การศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ เครือข่ายจังหวัดหนองคาย

# Service management systems for an unplanned pregnancy and Acceptability of Induced abortion at Nongkhai Province.

(Received: February 21,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**สายใจ สุวรรณศรี**[1]
**Saijai Suwannasri**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยอมรับบริการยุติการตั้งครรภ์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เครือข่ายจังหวัดหนองคาย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีและไม่มีส่วนร่วม และการศึกษาวิจัยจากเอกสาร กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) แบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยกลุ่มผู้ให้บริการได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา ตัวแทนเครือข่าย อาสา และตัวแทนองค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ รวมผู้ให้บริการจำนวน 15 คน และกลุ่มผู้รับบริการเป็นหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมจำนวน 30 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 45 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า เริ่มมีการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในเครือข่ายโรงพยาบาลหนองคายเต็มรูปแบบตั้งแต่ พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา การใช้ยาเป็นทางเลือกแรกที่แพทย์เลือกใช้ในการยุติการตั้งครรภ์ การทำหัตถการด้วยกระบอกดูดสุญญากาศอาจกระทำร่วมกับการใช้ยาในรายที่การใช้ยาเพียงอย่างเดียวไม่ประสบผลสำเร็จ รูปแบบการจัดระบบบริการมีการรักษาความลับของผู้รับบริการได้มาก ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย มีผลข้างเคียงน้อย

**คำสำคัญ:** รูปแบบการจัดระบบบริการ, หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม, การยุติการตั้งครรภ์

**Abstract**

This study was survey research. The objective was to study the format for organizing services for unplanned pregnant women and the acceptance of pregnancy termination services by service providers and service recipients. Nong Khai Province Network Data were collected through in-depth interviews. Observation with and without participation and research studies from documents. The target group of key informants is divided into 2 groups by service providers: doctors, nurses, social workers. Public health academics, psychologists, volunteer network representatives and representatives of organizations involved in the pregnancy termination service system There were a total of 15 service providers and 30 service recipients who were unplanned pregnant women. A total of 45 people provided information. Data analysis used content analysis.

The results of the study found that Full pregnancy termination services have begun in the Nong Khai Hospital network since 2020. Using medicine is the first option that doctors choose to terminate a pregnancy. Vacuum suction surgery may be combined with medication in cases where medication alone is not successful. The form of service organization maintains the confidentiality of service recipients. Service recipients are safe. There are few side effects.

**Keywords:** Service management systems, Unplanned pregnancy, Acceptability, Induced abortion, Termination of pregnancy, TOP.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

**บทนำ**

การตั้งครรภ์ไม่พร้อม (Unplanned pregnancy) พบได้ทุกช่วงอายุอันเป็นผลจากปัญหาเศรษฐกิจ สังคมและระบบบริการสุขภาพที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมหลายด้าน สาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมักไม่ได้มีเหตุผลของความไม่พร้อมเพียงสาเหตุใดสาเหตุเดียว พบว่าผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมส่วนใหญ่มักไม่ได้คุมกำเนิดหรือการคุมกำเนิดผิดพลาด จำนวนมากใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ[7] การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นภาพสะท้อนให้เห็นการที่ผู้หญิงไทยไม่สามารถเลือกตัดสินใจในเรื่องการเจริญพันธุ์ของตนเองได้ หลายคนสามารถปรับตัวและหาหนทางแก้ปัญหาได้ หลายคนไม่สามารถหาทางออกได้ ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมจำนวนมากก็จะเลือกยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งโดยมากเป็นการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe abortion)[4]หรือแม้แต่บางคนตัดสินใจสิ้นสุดชีวิตเพื่อหนีปัญหา ดังข่าวที่ปรากฏทางสื่อโซเชียลอย่างต่อเนื่อง[11]ทั้งนี้เหตุผลการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์เนื่องมาจากไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง และบริการการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและถูกกฎหมาย การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยยังเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยและการตายของมารดา องค์การอนามัยโลกประมาณว่าในแต่ละปีมีการยุติการตั้งครรภ์ทั่วโลกประมาณ 73.3 ล้านคน ประมาณ 66 ล้านคนเป็นการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย[18]การศึกษาพบว่าผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมและตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์มากกว่าครึ่งหนึ่งมาจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ รองลงมาจำนวน 1 ใน 3 เป็นปัญหาด้านสังคม อาทิ ไม่สามารถเปิดเผยการตั้งครรภ์ให้ผู้อื่นรับรู้ได้ด้วยเหตุผลต่าง ๆ ถูกทอดทิ้งจากฝ่ายชาย ปัญหาด้านอายุ และจำนวนบุตร เป็นต้น และพบว่าร้อยละ 26.8 ยังเป็นนักเรียนนักศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมร้อยละ 23.8 เคยยุติการตั้งครรภ์มาก่อน[2] เนื่องจากในอดีตการยุติการตั้งครรภ์ยังเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ทำให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมต้องไปใช้บริการที่คลินิกที่ไม่มีคุณภาพ และอาจก่อให้เกิดอันตรายบางรายถึงขั้นเสียชีวิต ข้อมูลในปี 2555 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ระบุว่ามีผู้เสียชีวิตจากการยุติการตั้งครรภ์ ปีละ 25-30 คน และบาดเจ็บจากภาวะแทรกซ้อน การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยราว 30,000 คน ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้หญิงที่มายุติการตั้งครรภ์เป็นนักเรียนนักศึกษา โดยร้อยละ 27 อายุต่ำกว่า 20 ปี และร้อยละ 46 อายุต่ำกว่า 25 ปี[17] แนวคิดการศึกษาการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีมุมมองทั้งเห็นด้วยและเห็นต่าง ในมุมที่เห็นด้วยมองว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นการเลือกยุติปัญหาที่จะตามมาจากความไม่พร้อมของผู้ตั้งครรภ์ แต่มุมที่คัดค้านเห็นว่าเด็กที่อยู่ในท้องก็ถือว่าเป็นชีวิตมนุษย์ที่มีคุณค่า การอนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ที่ถูกกฎหมายถือว่าเป็นการรับรองการฆาตกรรมเด็กอย่างถูกกฎหมายและขัดต่อศีลธรรม[12] ผู้หญิงเมื่อรับรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ไม่พร้อมกลับยังไม่รู้ว่าจะไปหาบริการที่ใด ปัญหานี้ยังคงสะสมมากขึ้นโดยไม่ได้รับการแก้ไขมาตลอด ตั้งแต่ พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยได้จัดตั้งเครือข่ายอาสาเพื่อการส่งต่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและถูกกฎหมาย หรือเครือข่าย RSA (Referral System for safe abortion) เพื่อสนองต่อการแก้ปัญหานี้ โดยมีทีมสหวิชาชีพที่ยินดี เต็มใจ ปราศจาคอคติ และการยอมรับสิทธิทางเลือกของผู้ประสบปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อม ด้วยการให้บริการตามแนวทางยุติการตั้งครรภ์แบบองค์รวม (อรรณพ ใจสำราญ, 2565) เพื่อให้ผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้รับบริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความร่วมมือของเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และเครือข่ายอาสาในประเทศไทย ร่วมกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาคู่มือมาตรฐานงานการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม ในปี พ.ศ. 2561 โดยให้ความสำคัญต่อทัศนคติของผู้ให้บริการสิทธิในทางเลือกเมื่อตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และการไม่ตีตรา หรือตัดสินคุณค่าผู้รับบริการ

โรงพยาบาลหนองคายมีการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการบริการในคลินิกร่วมกับ One Stop Crisis Center (OSCC) เริ่มมีรูปแบบการจัดระบบบริการที่ชัดเจนมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2564 กระบวนการบริการเริ่มจากกระบวนการให้คำปรึกษาทางเลือก การประเมินข้อบ่งชี้ การปรึกษาก่อนการยุติการตั้งครรภ์ การซักประวัติและตรวจร่างกายทางการแพทย์ การยุติการตั้งครรภ์ การวางแผนการคุมกำเนิดกึ่งถาวรและถาวรเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมซ้ำ การดูแลอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ภายหลังยุติการตั้งครรภ์ ตลอดจนการรักษาความลับ เนื่องจากผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีความเปราะบางต่อการเปิดเผยเรื่องราวและการถูกประณามจากสังคม โดยสถิติผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่มารับบริการในโรงพยาบาลหนองคาย 5 ปีย้อนหลัง (ปี 2562-2566) พบว่ามีจำนวน 43, 59, 73, 96 และ 121 คน ตามลำดับ โดยภาพรวมผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่มาขอรับบริการได้รับการยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลหนองคายคิดเป็นร้อยละ 90 ส่วนที่เหลือถูกส่งต่อไปยุติการตั้งครรภ์ที่ยังเครือข่ายอื่นเนื่องจากอายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ เป็นหญิงตั้งครรภ์สัญชาติลาว และครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมนั้น ๆ ไม่ยินยอมให้ยุติการตั้งครรภ์ เป็นต้น จะเห็นว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการการบริการมีมากขึ้นในทุกปี อาจเนื่องมาจากหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมบางส่วนมีโอกาสเข้าถึงข้อมูล สิทธิ ของตนเอง มากขึ้น ข้อมูลที่ผ่านมาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่มารับบริการในโรงพยาบาลหนองคายจำนวนหนึ่งมาขอรับบริการปรึกษาทางเลือกและขอยุติการตั้งครรภ์ขณะที่มีอายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ไปแล้ว[14]ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ข้อกำหนดการยุติการตั้งครรภ์โรงพยาบาลหนองคาย เมื่อถูกปฏิเสธการบริการ หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมบางรายจำใจต้องตั้งครรภ์ต่อ บางรายถูกส่งต่อไปยังเครือข่ายอื่น ในต่างจังหวัดทำให้ไม่ได้รับความสะดวก และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ดังนั้นเพื่อให้เกิดการขยายการบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ตลอดจนการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ในฐานะที่เป็นหนึ่งในบริการสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้มีโอกาสได้รับการบริการสุขภาพและยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ผู้ศึกษาจึงสนใจนำแนวคิดการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยใช้หลักการบริการแบบองค์รวม ( Comprehensive Abortion Care: CAC) (Engender health, 2015) ที่มีการให้ความสำคัญต่อทัศนคติของผู้ให้บริการ เน้นในเรื่องสิทธิ ศักดิ์ศรี การไม่ตีตราหรือตัดสินคุณค่าของผู้รับบริการในทุกขั้นตอนของการให้บริการ มีมาตรการรักษาความลับของผู้รับบริการ การคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ การติดตามภายหลังยุติการตั้งครรภ์ รวมทั้งการดูแลมิติด้านจิตใจเพื่อเสริมพลังคุณค่าในตนเอง นำมาใช้ในการศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการเครือข่ายจังหวัดหนองคายที่เป็นอยู่ให้ครบในทุกแง่มุมอย่างรอบคอบ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่เหมาะสมกับบริบทในเครือข่ายจังหวัดหนองคายต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม เครือข่ายจังหวัดหนองคาย
2. เพื่อศึกษาการยอมรับบริการยุติการตั้งครรภ์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เครือข่ายจังหวัดหนองคาย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจเก็บข้อมูลแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative Methodology) รวบรวมข้อมูลโดยการศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยอมรับการ

ยุติการตั้งครรภ์เครือข่ายจังหวัดหนองคาย จากเอกสาร การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม (Observation and record) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth-Interview) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม จำนวน 30 คน กลุ่มที่สองคือกลุ่มผู้ให้บริการและเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดและยินยอมหรือสมัครใจที่จะให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้ง

วิธีการดำเนินการ การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมผู้ให้บริการและเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง และขออนุญาต บันทึกเสียงสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมและจดบันทึก และ สัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการกับผู้ให้ข้อมูลอื่น ๆ ในบริบทที่เกี่ยวข้อง โดยมี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) แนวคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและทดลองใช้ก่อนการใช้จริง 2) การบันทึกจากสิ่งที่สังเกตและจากการสัมภาษณ์เชิงลึก 3) เครื่องบันทึกเสียง 4) ตัวผู้ศึกษา ซึ่งมีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมาแล้ว

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้ให้ข้อมูลหลักสำคัญ (Key informants) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดและยินยอมหรือสมัครใจที่จะให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ โดยกลุ่มแรกเป็นหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 30 คน กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มผู้ให้บริการและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม จำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน นักสังคมสงเคราะห์ 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 4 คน นักจิตวิทยา 1 คน เจ้าหน้าที่เครือข่ายอาสา RSA 1 คน และตัวแทนองค์กรเอกชน 1 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น จำนวน 45 คน โดยแจ้งวัตถุประสงค์การศึกษา วิธีการศึกษา เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาโดยความสมัครใจแล้ว นัดวันเวลาสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยตนเอง ระหว่างสัมภาษณ์มีการสังเกต ขออนุญาตบันทึกเสียง สัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับบุคคลที่เกี่ยวข้องอื่นเพื่อช่วยให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย ดำเนินการนัดวันสัมภาษณ์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2567

**ขั้นตอนการศึกษาวิจัย**

**การรวบรวมข้อมูล** วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล กระทำโดย

1) การศึกษารูปแบบการจัดบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยุติการตั้งครรภ์จากเอกสาร

2) เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักสำคัญ (Key informants) ทั้งสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม (Observation and record) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth-Interview) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม จำนวน 30 คน กลุ่มที่สองคือกลุ่มผู้ให้บริการและเครือข่ายจังหวัดหนองคาย ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน

3) สัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการกับบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องในบริบท เครือข่ายบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมจังหวัดหนองคาย

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย** การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยมีขั้นตอน คือ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วยสูติแพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์จากเครือข่าย 1 คน พิจารณาตรวจสอบและปรับปรุงประเด็นเชิงเนื้อหาและข้อความที่เหมาะสม ก่อนทดลองสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษา แล้วนำผลที่ได้มาพิจารณาเกี่ยวกับความเข้าใจคำถาม ปฏิกิริยาของผู้ตอบที่มีต่อคำถาม ความต่อเนื่องของเนื้อหาสาระ และการตอบของผู้ให้

สัมภาษณ์ เพื่อปรับปรุงข้อบกพร่องของเครื่องมือแล้วแก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ โดยการตรวจสอบแบบสามเส้าผ่านการใช้ระเบียบวิธีวิจัย (Triangulation) ข้อมูลที่ได้โดยวิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกันออกไป (Methodological triangulation) รวมทั้งการตีความเบื้องต้น แล้ววิเคราะห์ที่แตกต่างกัน แต่จะมีลักษณะที่สัมพันธ์ เชื่อมโยง ต่อเนื่องกัน เพื่อพิสูจน์สมมุติฐานชั่วคราวสร้างข้อสรุป และอธิบายภาพของปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ภายในบริบทที่เกี่ยวข้อง ได้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ศาสนา รายได้ สิทธิค่ารักษาพยาบาลและสถานภาพสมรส วิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็นจำนวน (Frequency) และร้อยละ (Percentage) และ สรุปการวิเคราะห์เนื้อหา รูปแบบการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม การยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ของผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการจากสหวิชาชีพ และความคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่อระบบบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม จากการ สังเกต และการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 2 กลุ่ม

**จริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์**

การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยได้รับการรับรอง คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

**ผลการวิจัย**

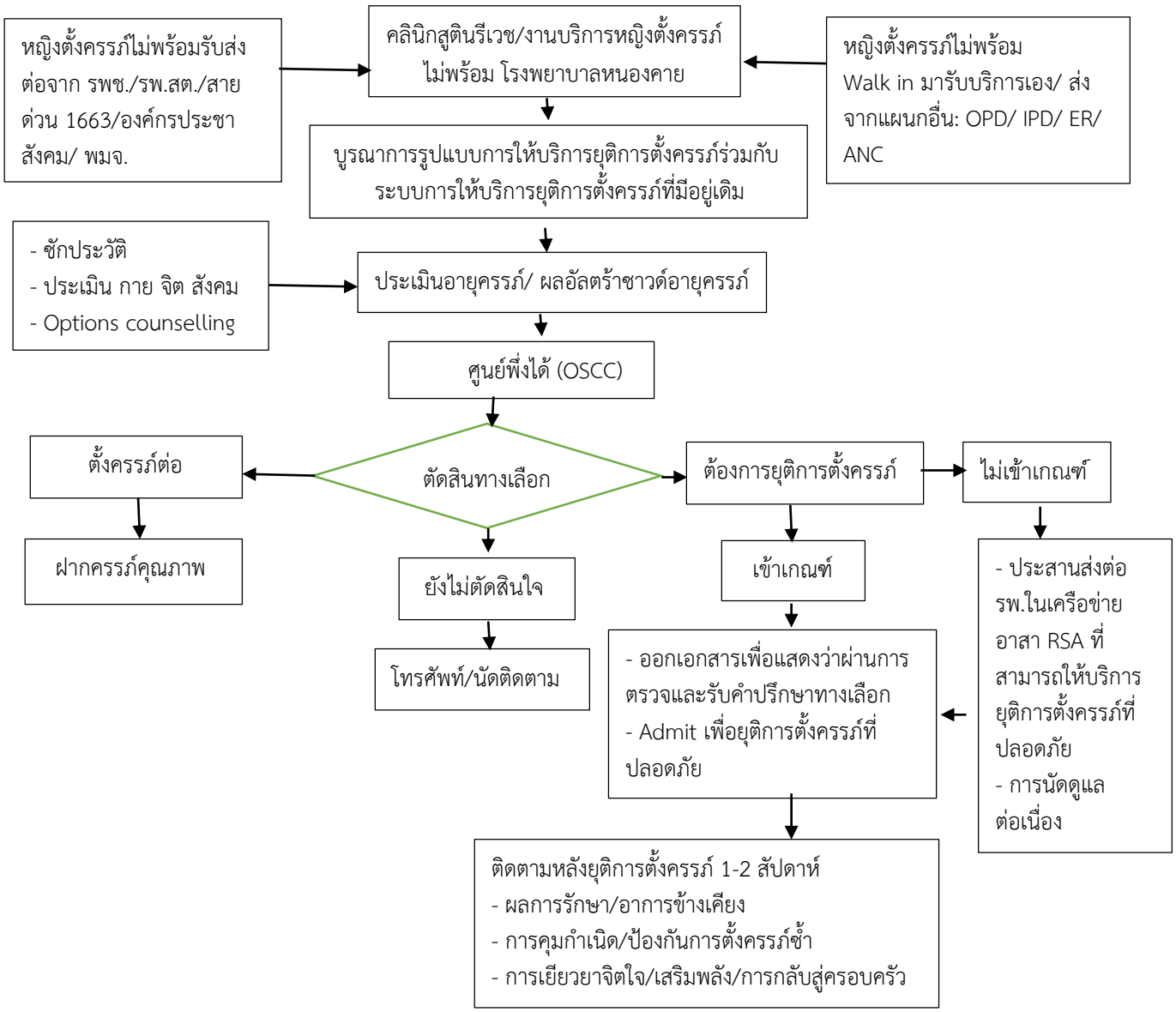
1. รูปแบบการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยุติการตั้งครรภ์ เครือข่ายจังหวัดหนองคาย หลังจากโรงพยาบาลหนองคายได้ทำการลงทะเบียนกับกรมอนามัย และมีการส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมพัฒนาความรู้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเพื่อป้องกันการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย และได้รับการรับรองจากกรมอนามัยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560 ให้เป็นสถานพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามข้อกำหนดในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ กล่าวคือมีบุคลากรที่มีความรู้ผ่านการอบรมหรือมีประสบการณ์การให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและยุติการตั้งครรภ์ สามารถดูแลจัดการในกรณีที่ผู้รับบริการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในเบื้องต้นได้มีการจัดเตรียมยาที่จำเป็นต้องใช้ คือ Medabon Mifepristone และ Cytotec หรือ Mysoprostol alone ซึ่งเป็นยาที่มีอยู่เดิมในโรงพยาบาล และเตรียมความพร้อมด้านรูปแบบระบบการบริการตามแบบรายงานต่อกรมอนามัยเพื่อควบคุมกำกับติดตามการดำเนินงาน

การบริหารจัดการในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ถูกบูรณาการเข้ากับระบบการบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่มีอยู่เดิมซึ่งทำงานร่วมกับศูนย์พึ่งได้ (One Stop Crisis Center Service: OSCC) โดยที่ผ่านมาก่อนได้รับการรองรับจากกรมอนามัย มีการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเบื้องต้นโดยการคัดกรองซักประวัติ ให้การปรึกษาทางเลือกการตั้งครรภ์ ประเมินสภาวะจิต สังคม ร่วมกับ OSCC การตรวจอัลตร้าซาวด์เพื่อประเมินอายุครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อจะมีบริการฝากครรภ์คุณภาพ แต่หากต้องการยุติการตั้งครรภ์จะมีการประสานส่งต่อผู้รับบริการไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดขอนแก่นหรือเครือข่ายอื่นที่มีบริการ เพื่อรับบริการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกจากการเดินทางและต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น หลัง พ.ศ. 2563 เริ่มมีการบริการยุติการตั้งครรภ์ภายในโรงพยาบาลแบบเต็มรูปแบบโดยมีสูติแพทย์และบุคลากรที่ผ่านการอบรมส่วนหนึ่งเห็นปัญหาและผลกระทบในภาพรวมในการที่ไม่มีช่องทางเลือกการบริการยุติการตั้งครรภ์ให้ผู้รับบริการ การจัดบริการเริ่มจากบุ

คลาการผู้ให้บริการเริ่มเปิดใจยอมรับทัศนะใหม่ที่มีต่อการยุติการตั้งครรภ์ เริ่มมีการเตรียมความพร้อมในการให้บริการ โดยหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมจะได้รับการส่งต่อมาจากภายนอกโรงพยาบาลทั้งจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด องค์การประชาสังคมอื่น ๆ หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม Walk in มารับบริการเอง รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมถูกส่งมาจากแผนกอื่นภายในโรงพยาบาล การให้บริการจะกระทำโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก มีการประเมินกาย จิต สังคมเบื้องต้นและส่งพบสูติแพทย์เพื่อประเมินอายุครรภ์โดยการตรวจร่างกายและตรวจอัลตร้าซาวด์ รูปแบบการบริการมีการประสาน OSCC ร่วมให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้รับบริการมีข้อมูลที่จำเป็นในตัดสินใจด้วยตนเองในการเลือกจะตั้งครรภ์ต่อหรือยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จะตัดสินใจ 3 ทางเลือกคือ กลุ่มที่ต้องการตั้งครรภ์ต่อ จะมีการประสานส่งฝากครรภ์คุณภาพ กลุ่มที่ยังไม่ตัดสินใจจะมีการติดตามทางโทรศัพท์หรือมีการนัดหมายและกลุ่มที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ มีการมีการกำหนดเกณฑ์ในการยุติการตั้งครรภ์คืออายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์จากการตรวจอัลตร้าซาวด์ และผู้รับบริการต้องยินยอมรับการคุมกำเนิดภายหลังการยุติการตั้งครรภ์ทันที โดยการฝังยาคุมกำเนิดในรายที่ยังต้องการมีบุตรต่อ หรือทำหมันในรายที่มีบุตรเพียงพอแล้ว และจัดเตรียมเอกสารและลงนามในเอกสารให้เรียบร้อยเพื่อยืนยันว่าผ่านการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกแล้วก่อนนอนโรงพยาบาล เพื่อดำเนินการยุติการตั้งครรภ์ กรณีผู้รับบริการอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ ผู้พิการ ต้องมีผู้ปกครองหรือผู้ดูแลร่วมรับทราบและลงนามในเอกสาร

การบริการยุติการตั้งครรภ์มีการให้บริการแบบองค์รวมเริ่มจากการปรึกษาทางเลือก ปรับทัศนคติ สำหรับผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมเพื่อให้ได้ตัดสินใจทางเลือกหลังจากได้ข้อมูลอย่างรอบด้านโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์และเข้าใจปัญหาประเมินข้อบ่งชี้ทางสุขภาพตามกฎหมายโดยนักสังคมสงเคราะห์โดยการประสาน OSCC จะมีการประเมินสุขภาพจิตโดยแบบประเมินโรคซึมเศร้าและส่งปรึกษาจิตแพทย์หากพบประเด็นปัญหาการซักประวัติทางการแพทย์และการตรวจร่างกายหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยสูติแพทย์ การยุติการตั้งครรภ์ด้วยหัตถการทางการแพทย์หรือด้วยยา ร่วมกับการคุมกำเนิดทันทีเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมซ้ำโดยการฝังยาคุมกำเนิดหรือทำหมันถาวร การปรึกษาก่อนและหลังการยุติการตั้งครรภ์โดยพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะรวมถึงมีการบริการติดตามดูแลหลังยุติการตั้งครรภ์ภายใน 1-2 สัปดาห์เพื่อดูแลภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกาย จิตใจ รวมถึงการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมพลังให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตปกติ เป็นต้น รูปแบบการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยุติการตั้งครรภ์ เครือข่ายจังหวัดหนองคายมีรายละเอียดตามแสดงในภาพที่ 1

อย่างไรก็ตามการตัดสินใจให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ในรายที่อายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ มีการยืดหยุ่นตามดุลพินิจของแพทย์ ทั้งนี้ขึ้นกับมูลเหตุการณ์ขอยุติการตั้งครรภ์ เช่น มีความเจ็บป่วยทางกายที่มีผลต่อการรักษาหากตั้งครรภ์ต่อ หรือหญิงตั้งครรภ์กำลังอยู่ในระหว่างบำบัดยาเสพติด เป็นต้น มีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในบางรายอาจถูกปฏิเสธการให้บริการ เช่น หญิงตั้งครรภ์อายุไม่ครบ 18 ปี บริบูรณ์ที่ไม่สามารถเปิดเผยการตั้งครรภ์และการยุติการตั้งครรภ์กับผู้ปกครองได้ และรายที่ปฏิเสธการคุมกำเนิดเป็นต้น




ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยุติการตั้งครรภ์ เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย

2. การยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเครือข่ายจังหวัดหนองคาย

ผู้ให้บริการ ทัศนะต่อการบริการยุติการตั้งครรภ์ของผู้ให้บริการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการบริการยุติการตั้งครรภ์คือมีความเชื่อด้านศาสนา ค่านิยมแบบเดิมที่ว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นการกระทำผิดบาป ผิดต่อหลักศีลธรรม คือเป็นการทำลายชีวิต จึงปฏิเสธการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามผู้ให้บริการกลุ่มนี้ยังให้ความร่วมมือในการบริการบางส่วน เช่น การตรวจอัลตร้าซาวด์ประเมินอายุครรภ์ และส่งต่อผู้รับบริการสู่กระบวนการดูแลตามรูปแบบการบริการ กล่าวคือเมื่อหญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ พยาบาลที่รับผิดชอบจะประสานสูติแพทย์กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มที่มีทัศนะคติบวกต่อการบริการยุติการตั้งครรภ์ ให้การยอมรับและให้บริการยุติการตั้งครรภ์ โดยผู้ให้บริการกลุ่มนี้จะมีพื้นฐานความเชื่อที่ว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นการรักษา ช่วยเหลือ ดูแลจิตใจ และเชื่อการการ

ตั้งครรภ์ที่ไม่มีความพร้อมจะทำให้เกิดปัญหาสังคมตามมา มากกว่าการปล่อยให้ตั้งครรภ์และคลอดบุตรโดยที่ไม่มีความพร้อม

ผู้รับบริการ ทัศนะต่อการรับบริการยุติการตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันตามสภาพปัญหาและความต้องการ วิธีการดำเนินการยุติการตั้งครรภ์ที่แพทย์เลือกใช้ ระยะเวลารอคอยให้การยุติการตั้งครรภ์สมบูรณ์ การบริการพยาบาล การรักษาความลับ ความเป็นส่วนตัว ความกลัวการเจ็บปวด ความวิตกกังวล หรือแม้แต่ความรู้สึกผิดต่อตนเองและตัวอ่อนในครรภ์ บางรายยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยการใช้ยาและ/หรือการทำหัตถการโดยการใช้กระบอกสุญญากาศ แต่ปฏิเสธการฝังยาคุมกำเนิดและการทำหมันถาวร ดังแสดงการเปรียบเทียบข้อดี-ข้อจำกัดของการบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยการใช้ยา Medabon Mifepristone ร่วมกับ Cytotec และการทำหัตถการโดยการใช้กระบอกสุญญากาศต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อดี-ข้อจำกัด ของการบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยการใช้ยาและการทำหัตถการโดยการใช้กระบอกสุญญากาศ **MVA** ต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

| การยุติการตั้งครรภ์ด้วยการใช้ยา | การยุติการตั้งครรภ์ด้วยการใช้ MVA |
|---|---|
| ข้อดี | ข้อดี |
| 1. มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพค่อนข้างสูง<br>2. เจ็บปวดน้อยและรู้สึกไม่น่ากลัวเท่าการทำ MVA<br>3. คล้ายวิธีธรรมชาติ คล้ายการแท้งเอง<br>4. สะดวกและง่าย ผู้รับบริการสามารถใช้ยาได้ด้วยตนเองภายใต้การดูแลและคำแนะนำจากผู้ให้บริการ<br>5. หากสำเร็จจะไม่ต้องมีการทำหัตถการทำให้ลดความเสี่ยงที่จะได้รับจากการทำหัตถการ<br>6. เหมาะกับผู้รับบริการที่อ้วนและผู้ที่มดลูกผิดปกติ<br>7. เหมาะกับผู้รับบริการที่ไม่อยากถูกตรวจภายใน | 1. เป็นวิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพสูง ใช้ได้กับอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์<br>2. เป็นกระบวนการที่เร็วกว่าการใช้ยา<br>3. การตรวจสอบว่าแท้งสมบูรณ์ ง่ายกว่าการใช้ยา<br>4. ผู้ให้บริการเป็นผู้ควบคุมเวลาที่ใช้ยุติการตั้งครรภ์<br>5. สามารถใส่ห่วงอนามัยต่อได้<br>6. เหมาะกับผู้รับบริการที่มีข้อห้ามในการใช้ยา<br>7. สามารถกำหนดเวลาได้ชัดเจนเหมาะกับผู้ที่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาที่จะใช้ในการยุติการตั้งครรภ์ |
| ข้อจำกัด | ข้อจำกัด |
| 1. ประสิทธิภาพของการใช้ยาได้ดีในอายุครรภ์ไม่เกิน 9 สัปดาห์ แต่โรงพยาบาลหนองคายยอมรับประสิทธิภาพยาได้ที่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์<br>2. พบอาการข้างเคียงคือ ปวดเกร็งท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และถ่ายเหลว<br>3. ใช้เวลาหลายชั่วโมงถึงเป็นวันหรือหลายวันจึงจะแท้งสมบูรณ์<br>4. ผู้รับบริการต้องมาพบแพทย์หลายครั้ง ทำให้ไม่สะดวก เกิดปัญหาการไม่มาตามนัด | 1. ต้องใส่อุปกรณ์เข้าไปในมดลูก<br>2. มีความเสี่ยงเพิ่มทำให้บาดเจ็บต่อมดลูกหรือปากมดลูก<br>3. มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ<br>4. ผู้รับบริการขาดความเป็นส่วนตัว |

จากทัศนะข้างต้น สรุปได้ว่าการยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ของผู้ให้บริการขึ้นอยู่กับเงื่อนไขสำคัญคือ ความเชื่อแบบเดิมที่ว่าการทำแท้งเป็นบาป ผิดต่อหลักศาสนา จึงมีจำนวนสูติแพทย์ที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์เพียงจำนวนน้อย เช่นเดียวกับบุคลากรผู้ให้บริการอื่นส่วนหนึ่งยังคงมีทัศนคติเชิงลบต่อการบริการยุติการตั้งครรภ์ ทัศนะของผู้ให้บริการย่อมมีผลต่อคุณภาพการบริการ ส่วนทัศนะของผู้รับบริการขึ้นกับเงื่อนไขสำคัญคือ ความมั่นใจในประสบการณ์ของผู้ให้บริการ การยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีการใช้ยาเป็นที่ยอมรับมากที่สุดทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ระยะเวลายุติการ

ตั้งครรภ์สำเร็จและการจัดระบบบริการที่เป็นส่วนตัว การรักษาความลับ สามารถลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการลงได้

อย่างไรก็ตามแม้ว่าทั้งผู้ให้และผู้รับบริการจะยอมรับว่าการยุติการตั้งครรภ์ที่กระทำในโรงพยาบาลช่วยลดอันตรายจากการทำแท้งเถื่อน ลดค่าใช้จ่ายการเดินทาง ค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่ต้องดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งเถื่อน ลดปัญหาสังคมจากการตั้งครรภ์ที่ไม่มีความพร้อม ยังมีประเด็นที่ขัดแย้งในส่วนของผู้ให้บริการที่ต้องมีการกำหนดเกณฑ์เชิงข้อตกลงให้ผู้รับบริการต้องมีการคุมกำเนิดกึ่งถาวรและแบบถาวรภายหลังการยุติการตั้งครรภ์ทุกราย ด้วยแนวคิดที่ไม่ต้องการทำแท้งซ้ำในอนาคต ตัวผู้รับบริการบางรายจำใจต้องรับการคุมกำเนิดตามเกณฑ์หรือข้อตกลงดังกล่าวเนื่องจากเป้าหมายการมาขอรับบริการคือการต้องการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ในครั้งนั้น บางรายถูกปฏิเสธการรักษาเนื่องจากไม่ยอมรับเกณฑ์ดังกล่าว นอกจากนี้การขยายการบริการด้านนี้ยังต้องเผชิญกับประเด็นด้านทัศนคติทั้งส่วนผู้ให้บริการที่ยังมีทัศนคติเชิงลบ และทัศนคติของคนทั่วไปในสังคม ต่อผู้หญิงที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์

**อภิปรายผล**

ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความเห็นว่าการบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา Medabon Mifepristone ร่วมกับ Cytotec มีความปลอดภัย ไม่มีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง สอดคล้องกับการศึกษานำร่อง (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย (2557)[13] ที่พบว่าการใช้ยาในการยุติการตั้งครรภ์มีประสิทธิภาพในการยุติการตั้งครรภ์ได้มากกว่าร้อยละ 95 และไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีอาการข้างเคียงรุนแรง สามารถเป็นทางออกให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการแท้งในไตรมาสแรกมีอันตรายค่อนข้างน้อย หากผู้รับบริการสามารถเข้าถึงการบริการจะช่วยลดอัตราการทำแท้งเถื่อน ลดอันตรายและลดภาระของโรงพยาบาลในการดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งเถื่อนได้มาก นอกจากนี้ยังลดความเสี่ยงต่อการทำหัตถการอีกด้วย การยุติการตั้งครรภ์โดยการใช้ยาที่แพทย์เลือกเป็นอันดับแรกในการใช้ยุติการตั้งครรภ์ นับเป็นวิธีที่ง่ายไม่ต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มากนัก ผู้รับบริการสามารถใช้ยาได้เองภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาล ลดภาระของแพทย์ พยาบาลในการทำงาน แพทย์และพยาบาลมีหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาตามคำสั่งการรักษาอย่างถูกวิธี จึงทำให้การบริการนี้ได้รับการยอมรับจากทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของอรรณพ ใจสำราญ (2565)[15] และกฤตยา อาชวนิจกุลและคณะ (2563)[2] หากไม่ประสบความสำเร็จจากการใช้ยาอาจต้องมีการทำหัตถการโดยการใช้กระบอกสุญญากาศร่วมด้วยดังนั้นหากมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อสร้างความเข้าใจให้ผู้ประสบปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้เข้าถึงข้อมูลการบริการที่ถูกต้อง ลดปัญหาการแสวงหาแหล่งบริการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ช่วยให้มีโอกาสได้เข้าสู่ระบบบริการเมื่ออายุครรภ์ยังน้อยหรือเมื่ออายุครรภ์ไตรมาสแรก ความสำเร็จของการรักษาหรือการยุติการตั้งครรภ์ย่อมจะมีมากขึ้นตามมา ผลการศึกษาที่พบว่าการยุติการตั้งครรภ์ผู้รับบริการได้รับแรงกดดันจากสังคมค่อนข้างมาก ต่อความเชื่อทัศนคติหลักศาสนา ที่ต้องเผชิญกับการตีตราจากสังคม ว่าการทำแท้งเป็นการทำลายชีวิต เป็นบาปติดตัว นั้นสอดคล้องกับการศึกษาของ เรณู ชูนิล (2557)[10] กฤตยา อาชวนิจกุล (2563)[2] และบุรเทพ โชคธนานุกูล (2559)[7] ซึ่งมีข้อสนับสนุนว่าความเชื่อแบบเดิมของสังคม เป็นตัวสร้างแรงกดดันต่อผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการส่วนหนึ่งไม่กล้าเข้าสู่ระบบการบริการ ส่วนหนึ่งลังเลและเข้าถึงบริการล่าช้า

ส่วนผลการศึกษาที่พบว่า มีประเด็นความขัดแย้งเรื่องเงื่อนไขการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรและแบบถาวรภายหลังยุติการตั้งครรภ์สำเร็จ ยังเป็นประเด็นที่ต้องมีการพิจารณาร่วมกันถึงผลดีผลเสีย

และประโยชน์ต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการในภาพรวมโดยต้องคำนึงถึงการเคารพสิทธิพื้นฐานของทั้งสองฝ่าย (วชิตา คะแนนสิน, 2561)[12]

**ข้อเสนอแนะ**

1. เนื่องจากโรงพยาบาลหนองคายมีการให้บริการยุติการตั้งครรภ์เพียงแห่งเดียวในจังหวัด จึงควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเป็นการถ่ายทอดประสบการณ์กับโรงพยาบาลอื่น ๆ ในเครือข่ายเป็นแนวทางในการขยายการจัดบริการ

2. พัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีความรู้ ทักษะ และปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีต่อการบริการ เพื่อทำให้มีบุคลากรที่เพียงพอต่อการให้บริการ

3. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้ช่องทางการเข้ารับบริการเมื่อตั้งครรภ์ไม่พร้อม เนื่องจากเป็นสิทธิ์ของประชาชนที่ควรได้รับข้อมูลการบริการสุขภาพ สามารถเข้ารับบริการได้ในเวลาที่ไม่ล่าช้าจนเกินไป

4. สนับสนุนให้บริการยุติการตั้งครรภ์เป็นทางเลือกสำหรับผู้หญิงโดยการตัดสินใจของตนเองภายใต้การได้รับคำปรึกษาทางเลือก

5. กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการสร้างขวัญ กำลังใจแก่บุคลากรที่ได้ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพ

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.นายสมศักดิ์ ประฏิภาณวัตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย ที่ส่งเสริมให้มีการทำวิจัย ขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล นางณฤดี ทิพย์สุทธิ์ ที่ให้คำชี้แนะกระบวนการวิจัย และขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพที่และเครือข่ายจังหวัดหนองคาย ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ช่วยให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

**เอกสารอ้างอิง**

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน เพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม (Standard of Practice for Comprehensive Safe Abortion Care). พิมพ์ครั้งที่ 1 ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
2. กฤตยา อาชวนิจกุลและคณะ. (2563). ท้องไม่พร้อมต้องอ่าน!. (พิมพ์ครั้งที่ 8) บริษัท พีเอ็นพี กรุ๊ป จำกัด เครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม. นครปฐม.
3. กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง. (2558). นโยบายการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย. เอกสารประกอบการอบรม การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาในระบบบริการสุขภาพตามโครงการ “เทโนโลยีใหม่ที่ใช้ในการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์” 18-19 มิถุนายน 2558 ณ โรงแรมนารายณ์ กรุงเทพมหานคร. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี,.
4. กุลภา วจนสาระ และเบญจมาศ รอดภัย. (2558). รายงานสรุปการประชุมเครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม ครั้งที่ 36. ณ ห้องประชุม 201 ชั้น 2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ จัดโดย เครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม ร่วมกับ5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, (เอกสารอัดสำเนา). วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2558.
6. ธนพันธ์ ชูบุญ. (2563). “สิทธิการทำแท้ง” ค้นเมือ 8 กันยายน 2566. จาก https://www.gotoknow.or/posts/14960
7. บุรเทพ โชคธนานุกูล และ กมลชนก ขำสุวรรณ. (2559). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผลกระทบทางสังคมจากมุมมองเรื่องเพศของแม่ต่างรุ่น. *วารสารประชากร*, *4*(2), 61-79
8. เบญจพร ปัญญายง. (2554). (บรรณาธิการ). คู่มือการให้คำปรึกษาปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรมสุขภาพจิต.
9. พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 28. (2564). ราชกิจจานุเบิกษา เล่ม 138 ตอนที่ 10 ก ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2564.
10. เรณู ชูนิล และสาลินี อุ่มมี. (2557). สรุปผลการอบรมการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาในระบบบริการสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2557. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: กทม.

11. ลุงหมอเรืองกิตติ์. (2563). “ทางเลือกที่เดียวดาย มีโอกาสตายได้ ความจริงที่ซ่อนอยู่” RSATHAI. ค้นเมื่อ 17 กันยายน 2566. จาก http://www.rsathai.or/contents/17091.
12. วิชิตา คะแนนสิน. (2561). WHY? | ทำไมการทำแท้งจึงถูกกฎหมายในบางประเทศ ค้นเมื่อ 19 มกราคม 2564 จาก https://adaybulletin.com/article-why-legal-status-of-abortion/17853
13. สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กทม. โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์.
14. โรงพยาบาลหนองคาย. (2566). สถิติตัวชี้วัดประจำปี โรงพยาบาลหนองคาย. กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย.
15. อรรณพ ใจสำราญ และคณะ. (2565). รายงานการศึกษาวิจัยบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวมในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1 บริษัท เฌอมาศ จำจัด. กทม.
16. Engender Health. COPE for Comprehensive Abortion Care. (2011). International Planed Parenthood Federation (IPPF).
17. ILaw. (2556). สถิติสธ.พบหญิงตายเพราะทำแท้ง 25-30 คนต่อปี บาดเจ็บ 30,000 – อายุต่ำกว่า 15 ปีทำแท้งได้ไม่ผิดกฎหมาย ค้นเมื่อ 19 มกราคม 2566 จากจากเว็บไซต์ https://ilaw.or.th/node/2942
18. World Health Organization (WHO). (2014). Clinical practice handbook for Safe abortion. Geneva.

# การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร

# The Development of Type 2 Diabetes Care Model With Intensive Lifestyle Intervention for Diabetes Remission In Community Hospital, Chumphon Province.

(Received: February 21,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์[1], ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ[2], เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น[3], พนัดดา นักดนตรี[4]**
**Nakanchaya Navawatcharin[1], Bhumtapat Mayusiri[2], Duenpen Kiantboon[3], Panadda Nakdontree[4]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร เป็นการวิจัยและพัฒนาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานมาไม่เกิน 5 ปี ได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยาชนิดรับประทาน มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร$^2$) ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 10 แห่งจำนวน 327 คน ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2566 ใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดเป็นระยะเวลา 3 เดือน และประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบการพัฒนาฯ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลต่างของระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ดัชนีมวลกายโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired sample t- test การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเช้า ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมและดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .05$ โดยหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และดัชนีมวลกายลดลง ทั้งนี้ บุคลากรผู้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนานี้มีความพึงพอใจในภาพรวมมากถึง ร้อยละ 91.60

**คำสำคัญ** โรคเบาหวาน, โรคเบาหวานระยะสงบ, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, โรงพยาบาลชุมชน

**Abstract**

This research aimed to develop and study the results of developing a care model for patients with type 2 diabetes through strict behavior modification. to enter diabetes in remission Community Hospital, Chumphon Province, is a research and development project for type 2 diabetic patients who have been diagnosed with diabetes for no more than 5 years, have been treated for diabetes with oral medications, and are obese (body mass index greater than 25 kilograms/ Meter 2) who came to receive diabetes clinic services at all 10 community hospitals, a total of 327 people, between 1 July and 30 November 2023. Used a strict behavior modification model for a period of 3 months and evaluate personnel satisfaction with the development model. Data analysis comparing differences in fasting sugar levels.

[1] พย.ม. โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร
[2] พบ.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าแซะ
[3] นวก.ชพ.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร
[4] พว.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

Accumulated blood sugar level Body mass index using descriptive statistics, Paired sample t- test, statistical significance test at the .05 level.

The results of the study found that Results of comparison of mean sugar levels after skipping breakfast. Cumulative blood sugar levels and body mass index Before and after developing a care model for type 2 diabetes patients with strict behavior modification. To enter diabetes in remission at the community hospital in Chumphon Province, it was found that there was a significant difference at the $p < .05$ level, with the mean post-fasting sugar level after development. Accumulated blood sugar level and body mass index decreased. Personnel who used the developed type 2 diabetes care model were overall satisfied as much as 91.60 percent.

**Keywords:** diabetes, diabetes in remission, behavior change, community hospital

**บทนำ**

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non – Communication Diseases) หรือโรคเอ็นซีดี (NCDs) เป็นกลุ่มโรคที่มีความสัมพันธ์กับนิสัยหรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็มจัด การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก ประกอบกับยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในวิถีชีวิตมากขึ้นทำให้การเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงโรค NCDs เป็นสิ่งที่ง่าย ส่งผลให้กลุ่มโรค NCDs เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของโลกและประเทศไทย[1] โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ปัจจุบันมีการรักษาที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานโดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลได้ โดยเรียกภาวะนี้ว่า Diabetes Remission หรือโรคเบาหวานระยะสงบ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระทางเศรษฐกิจได้อย่างมาก[4] นายแพทย์กรภัทร มฐระสาคร ได้ให้จำกัดความของโรคเบาหวานระยะสงบ หมายถึง การที่ผู้เป็นเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมให้น้อยกว่า 6.5% เกิน 3 เดือนโดยไม่ใช้ยาเบาหวาน ในการนี้สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมวิชาชีพ ได้ร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อนำไปสู่โรคเบาหวานระยะสงบนั้นจะเน้นที่การจัดการด้านการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มร่วมกับการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายเป็นเวลา 3 ถึง 6 เดือน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักลงได้ ร้อยละ 10-15[10] จากหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันพบว่าการลดน้ำหนักร้อยละ 10-15 ของน้ำหนักตัวจะช่วยให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ ซึ่งการลดน้ำหนักจะลดปริมาณไขมันในตับและตับอ่อน ส่งผลให้ลดการดื้ออินซูลินของตับลดลงและฟื้นคืนการทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับมาอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติได้[3] จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานระยะสงบของ เรื่องการจำกัดพลังงานในอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะอ้วนร่วมด้วยโดยการรับประทานอาหารพลังงานต่ำมากเพียงอย่างเดียว สามารถทำให้เกิดการสงบของเบาหวานได้[13]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพรได้ให้ความสำคัญพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ มีการจัดทีมไปศึกษาดูงานโรงพยาบาลชุมชนที่มีการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ และนำมาจัดตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด จัดการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกำหนดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ 5 A Self-management (Glasgow, et al., 2003; Glasgow, et al., 2006) 1)

รูปแบบในการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้มงวด ได้แก่ การรับประทานอาหารแบบคาร์โบไฮเดตรต่ำ การรับประทานอาหารพลังงานต่ำโดยใช้โมเดล 2:1:1 การอดอาหารเป็นช่วง การออกกำลังกาย การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม MI (Motivational Interviewing) การติดตามทางapplication ไลน์ หรือโทรศัพท์ 2) จัดทำคู่มือการดำเนินงานระบุเนื้อหาที่จำเป็นในการนำไปปฏิบัติงาน 3) ระบุกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ (การคัดเลือกผู้ป่วย การให้ข้อมูล การสื่อสารสร้างแรงจูงใจ และการเก็บข้อมูล) ปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการรับประทานยาเป็นเวลา 3 เดือน ประเมิน ติดตาม วัดผล ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมน้ำหนักตัว และดัชนีมวลกาย เพื่อประเมินหยุดการใช้ยาเบาหวาน ซึ่งหากผู้ป่วยหยุดยาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวดอีก 3 เดือน และมีระดับน้ำตาลสะสมน้อยกว่า 6.5 ผู้ป่วยเบาหวานจะเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ โดยเริ่มจัดระบบบริการในคลินิกเบาหวาน 10 โรงพยาบาลชุมชน แล้วขยายลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อันจะนำไปสู่การพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมโรค ลดความเสี่ยง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง ลดภาวะพึ่งพิง ติดบ้านติดเตียงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยเบาหวานบางรายอาจเข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้ ลดภาระด้านค่าใช้จ่ายในผู้ป่วย ผู้ให้บริการโรงพยาบาล และระดับประเทศ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีมาตรฐานและเหมาะสมตามบริบทจังหวัดชุมพรต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ที่ได้พัฒนาแล้ว

2.1 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการศึกษาวิจัย

2.2 เพื่อประเมินความพึงพอใจบุคลากรต่อรูปแบบที่พัฒนา

**วิธีการวิจัย**

วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการศึกษางานผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพรจำนวน 10 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลปะทิว โรงพยาบาลหลังสวน โรงพยาบาลละแม โรงพยาบาลพะโต๊ะ โรงพยาบาลสวี โรงพยาบาลทุ่งตะโก โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน โรงพยาบาลมาบอำมฤต และโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2566 ได้ประยุกต์ใช้การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางของ Dey & Hariharan[16] ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ศึกษาสถานการณ์โดยคณะกรรมการระดับจังหวัดประกอบด้วยรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพรจำนวน 2 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร 1 ท่าน แพทย์โรงพยาบาลชุมชน 1 ท่าน แพทย์โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง จำนวน 10 คน และผู้รับผิดชอบงาน NCDs สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร 9 คน รวบรวมประเด็นที่เป็นปัญหา วิธีการและการแก้ปัญหา กระบวนการ ขั้นตอน เครื่องมือสนับสนุน

ที่จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวดได้ตามเป้าหมาย และสามารถเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ 2) ในด้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานมาไม่เกิน 5 ปี และมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร$^2$) มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชุมพร มีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถเข้าสู่กระบวนการเบาหวานสงบได้จำนวน 1,788 ราย

**ขั้นตอนที่ 2** จัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ โดยคณะกรรมการในขั้นตอนที่ 1 ร่วมกันระดมสมอง เล่าประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น ผลการศึกษาดูงาน แนวคิดทฤษฎี ทบทวนความรู้และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มากำหนดรูปแบบการให้บริการกระบวนการขั้นตอน เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย แนวทางและวิธีการ เครื่องมือ อุปกรณ์ คู่มือการปฏิบัติงาน การวัดผลลัพธ์ การพัฒนารูปแบบในการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้มงวดในระยะเวลา 3 เดือน โดยใช้ 5 A Self-management[17] 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การประเมิน (assess) ประเมินภาวะสุขภาพ เช่น ผลชันสูตรครั้งสุดท้าย น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Acute complication) ประเมินความรู้ พฤติกรรมของและการจัดการตนเอง ดูแลตนเองที่ผู้ป่วยต้องการเกี่ยวกับโรค ปัญหาอุปสรรค ประเมินเป้าหมายและความตั้งใจของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพร้อมมีการให้ข้อมูลป้อนกลับผู้ป่วย

2. การให้คำแนะนำ (advise) โดยทีมสหวิชาชีพใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม MI (Motivational Interviewing) เฉพาะเจาะจงกับความต้องการของแต่ละบุคคลและพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน ให้รายละเอียดคำแนะนำในวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยในเรื่องการการรับประทานอาหารแบบคาร์โบไฮเดตรต่ำ การรับประทานอาหารพลังงานต่ำโดยใช้โมเดล 2:1:1 การอดอาหารเป็นช่วง การออกกำลังกาย

3. การยอมรับ (agree) กำหนดเป้าหมายทางคลินิก โดยแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย (HbA1C) ลดลง /น้ำตาลหลังอดอาหาร ลดลง/น้ำหนักตัวลดลง 5-10% /การปรับลดยากำหนดเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจ กำหนดด้วยตนเอง มีลักษณะเป็น SMART goal -ชัดเจน -วัดได้ -บรรลุได้ -ปฏิบัติได้จริง -มีเวลาที่ชัดเจน

4. การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) -กระชับ-เสริมสร้างแรงจูงใจเน้นความรู้ที่เป็นเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีความต้องการก่อน เพิ่มเติมความรู้/ทักษะที่จำเป็น Skill Trainingตอบ/แก้ปัญหาและอุปสรรค

5. การติดตาม (arrange) ติดตามประเมินผลลัพธ์ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ติดตามทางโทรศัพท์ เดือนที่ 1 และ 2 มาตามนัดเพื่อประเมิน BMI ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1-4 และครบระยะเวลา 3 เดือนประเมินสุขภาพ ตรวจระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ดัชนีมวลกาย สรุปผลรายบุคคลคืนข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ นำมาจัดทำคู่มือการดำเนินงานและเครื่องมือที่จำเป็น ระบุเนื้อหาที่จำเป็นในการนำไปปฏิบัติงาน การติดตามประเมินผล นำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ต้องปรับพฤติกรรมเข้มงวดต่อคณะกรรมการในภาพรวม เพื่อพิจารณาให้ความเห็นและข้อเสนอแนะ ทำการตรวจสอบ ร่างรูปแบบการดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน (แพทย์โรงพยาบาลท่าแซะ 1 คน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรงพยาบาลปะทิวและโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ 2 คน ผู้รับผิดชอบงาน NCDs สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน เภสัชกรโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร 1 คน) ปรับปรุงให้เกิดความเหมาะสมและ เป็นไปได้ก่อนการนำไปใช้ ทั้งนี้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่

2 โดยการปรับเปลี่ยนแบบเข้มงวด เพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร

**ขั้นตอนที่ 3** นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผลเครื่องมือในการวิจัยได้แก่ 1) ผลการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยมาไม่เกิน 5 ปี และมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร$^2$) ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถเข้าสู่กระบวนการเบาหวานระยะสงบได้จำนวน 1,788 ราย 2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ที่ได้พัฒนาขึ้นให้กับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ดังนี้ 1) โครงร่างงานวิจัยฯ 2) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 3) คู่มือและเครื่องมือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดจังหวัดชุมพร 4) แบบบันทึกภาวะสุขภาพรายบุคคลตามหลัก 5A 5) แบบรายงานผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางอิเล็คโทรนิคกูเกิล ชีท 6) แบบประเมินความพึงพอใจบุคลากรทางอิเล็คโทรนิคกูเกิลฟอร์ม

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยมาไม่เกิน 5 ปี และมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร$^2$ ) ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร จำนวน 1,788 คน

**กลุ่มตัวอย่าง**คำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้วิธีการคำนวณสูตรของเครซี่และมอร์แกน (Krejcie, Morgan, 1970)

ได้จำนวนตัวอย่าง 316 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนผู้ป่วยเบาหวาน ในแต่ละโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชุมพรจำนวน 10 แห่ง และพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 10% เพื่อทดแทนการสูญหาย จำนวน 360 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) **ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Inclusion criteria)** 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานมาไม่เกิน 5 ปี ได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยาชนิดรับประทาน 2) มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร$^2$ ) 3) เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลา3 เดือน 4) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้หรือมี application ไลน์ **เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria)** 1) เกิดโรคแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นเบาหวานในระหว่างการศึกษา 2) ไม่ยินดีร่วมมือในการรักษา หรือไม่สามารถอยู่ร่วมการศึกษาได้ครบ 3 เดือน

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

โดยผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวานที่ผ่านการอบรมแล้ว เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยมาไม่เกิน 5 ปี และมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร$^2$ ) ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 10 แห่ง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 - เดือนเมษายน 2566 แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ก่อนนำรูปแบบไปใช้ได้มีการเก็บข้อมูลก่อนการใช้รูปแบบตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกรกฎาคม 2566 และเมื่อใช้รูปแบบที่พัฒนาไป 3 เดือน ก็ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบทดสอบหลังการดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2566

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลส่วนบุคคล ความพึงพอใจของบุคลากร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเบี่ยงเบน

มาตรฐาน และร้อยละ เปรียบเทียบผลต่างของระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ดัชนีมวลกาย โดยใช้สถิติ paired sample t- test การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษานี้ได้รับหนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชุมพร เขตรอุดมศักดิ์ รหัสโครงการวิจัยที่ CPH-EC-027/2566 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2566

**ผลการศึกษา**

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร จำนวน 327 คน ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.15 อายุเฉลี่ย 48.32 ปี อายุน้อยที่สุด 22 ปี อายุมากที่สุด 80 ปี และกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คืออายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.89 ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานพบมากที่สุด เป็นเบาหวานมา 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.54 รองลงมาเป็นมา 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.35 ผู้ป่วยเบาหกวานชนิดที่ 2 ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวดมากที่สุดที่โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 12.23 รองลงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลท่าแซะและโรงพยาบาลสวีเท่ากัน จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 11.62

2. ประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ที่ได้พัฒนาแล้วผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังโดยใช้สถิติ paired sample t-test ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมและดัชนีมวลกาย ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบ

| ตัวแปรที่ศึกษา | ก่อนเข้าโครงการ | | หลังเข้าโครงการ | | t | P value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| FBS | $\bar{x}$, SD =169.865, 57.281 Min-max=90-484 | | $\bar{x}$, SD =140.673, 38.239 Min-max=72-332 | | 8.819 | .001 |
| <140 | 109 | 33.33 | 204 | 62.39 | | |
| 140-179 | 119 | 36.39 | 84 | 25.69 | | |
| ≥180 | 99 | 30.28 | 39 | 11.93 | | |
| HbA1C | $\bar{x}$,SD =7.955, 1.736 Min-max=4.1-14.5 | | $\bar{x}$,SD =7.146, 1.272 Min-max=4.4-13.8 | | 9.607 | .001 |
| <6.5% | 49 | 14.98 | 97 | 29.66 | | |
| 6.5-6.9% | 38 | 11.62 | 77 | 23.55 | | |
| 7.0% - 7.9% | 104 | 31.81 | 87 | 26.61 | | |
| ≥8.0% | 136 | 41.59 | 66 | 20.18 | | |
| BMI | $\bar{x}$, SD =30.469, 4.677 Min-max=25.10-50.50 | | $\bar{x}$, SD =29.867, 4.972 Min-max=21.80-50.50 | | 6.337 | .001 |

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมและดัชนีมวลกาย ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบ

| ตัวแปรที่ศึกษา | ก่อนเข้าโครงการ | | หลังเข้าโครงการ | | t | P value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| <25.0 | | | 33 | 10.09 | | |
| 25.0-29.9 | 187 | 57.19 | 165 | 50.46 | | |
| ≥30.0 | 140 | 42.81 | 129 | 39.45 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และดัชนีมวลกาย ก่อนและหลัง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .05$ โดยหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมและดัชนีมวลกายลดลง

3. ผลการใช้รักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทานหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร พบว่าผู้ป่วยได้รับการเพิ่มยา จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 15.90 ผู้ป่วยใช้ยารักษาคงเดิม จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 57.50 ได้รับการลดยา จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 4.89 และได้รับการหยุดยา จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.75 ในผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยารักษาก่อนการศึกษาพบว่าหลังการศึกษายังคงไม่ใช้ยาจำนวนเท่าเดิมคือ 62 คนคิดเป็นร้อยละ 18.96

**4. ความพึงพอใจของบุคลากรต่อ**รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพรพบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจในภาพรวม ร้อยละ 91.60 เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในแต่ละด้านพบว่าความครบถ้วนสมบูรณ์ในภาพรวม และรูปความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งานมีคะแนนมากที่สุดคือร้อยละ 93.45 รองลงมาความสามารถนำไปใช้ของรูปแบบร้อยละ 90 และความสะดวกในการนำไปใช้ร้อยละ 89.10 ตามลำดับ

**ระยะที่ 4** ประเมินผลและปรับปรุงระบบ นำผลการทดลองการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร มาสรุปรูปแบบการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม พร้อมใช้ และขยายผลต่อไป

**อภิปรายผล**

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานมาไม่เกิน 5 ปี รักษาโรคเบาหวานด้วยยาชนิดรับประทาน มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร$^2$ ) ที่ใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่ามีระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลง สอดคล้องกับการศึกษา สังเคราะห์โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน[8] มีประเด็นที่ต้องคำนึงถึงคุณลักษณะของโปรแกรมคือ ระยะเวลาการนำโปรแกรมไปใช้ต้องไม่ต่ำกว่า 12 เดือน และมีระยะเข้มข้นในช่วง 1-3 เดือนแรก และเน้นเรื่องการรักษาระดับน้ำหนักและระดับน้ำตาลที่ควบคุมได้ไม่ให้เพิ่มสูงขึ้น ร่วมกับการลดน้ำหนักและระดับน้ำตาลเป็นหลักสำคัญ ภรณ์ทิพย์ ศรีสุข, นงลักษณ์

เมธากาญจนศักดิ์. (2565)[7] พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รัตติกาล พรหมพาหกุล, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และกีรดา ไกรนุวัตร (2563)[9] ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เชิงทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พวงเพชร เหล่าประสิทธิ. (2566)[6] พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของโรงพยาบาลชุมชน และเครือข่าย โดยการใช้รูปแบบที่พัฒนา (โทรเวชกรรม) พบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีดัชนีมวลกายลดลง สอดคล้องวีรพันธุ์ โขวิฑูรกิจ,มงคลธิดา อัมพลเสถียร,และกุลวดี บุณยทรัพยากร. (2561)[13] ศึกษาประสิทธิภาพในทางคลินิกของการรักษาด้วยวิธีการโภชนบำบัดโดยการจำกัดพลังงานในอาหารแบบมีเว้นระยะ 2 วันและ 4 วันต่อสัปดาห์ ที่มีผลต่อการสงบของโรคเบาหวาน สมดุลน้ำตาล การเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิสมและองค์ประกอบของร่างกาย คุณภาพชีวิต รวมทั้งการทำงานของเบต้าเซลล์ และภาวะดื้อต่ออินซูลินผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะอ้วน พบว่าการลดลงของระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมงหลังการทดสอบการตอบสนองต่อน้ำตาลกลูโคส และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับนิยามของภาวะโรคเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) การที่ผู้เป็นเบาหวานสามารถควบคุมระดับ น้ำตาลสะสมให้น้อยกว่า 6.5% เกิน 3 เดือนโดยไม่ใช้ยาเบาหวาน (กรภัทร มฐระสาคร, 2565)[2] จากผลการศึกษาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการหยุดการใช้ยาโรคเบาหวาน ซึ่งจากการศึกษาในระยะเวลา 3 เดือน มีเพียงร้อยละ 2.75 ที่สามารถประหยัดยาเบาหวานได้ ร้อยละ 4.87 สามารถลดการใช้เบาหวานและร้อยละ 57.50 ยังมีการใช้ยาเท่าเดิม เป็นแนวโน้มที่เป็นไปได้ในการใช้รูปแบบนี้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดอีก 3 เดือน ร่วมกับการทดลองหยุดการใช้ยาเบาหวาน และติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และดัชนีมวลกายลดลง โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักลงได้ ร้อยละ 10-15 จะช่วยให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ ซึ่งการลดน้ำหนักจะลดปริมาณไขมันในตับและตับอ่อนส่งผลให้ลดการดื้ออินซูลินของตับลดลงและฟื้นคืนการทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับมาอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2566)[4] แสดงว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร มีระยะเวลาที่เหมาะสม มีกระบวนการ ขั้นตอน มีเครื่องมือ คู่มือการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นของจังหวัดชุมพร สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลหลังอาหาร ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และดัชนีมวลกายลดลง บุคลากรมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 91.60

**ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้**

1 ควรนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดไปใช้ในกลุ่มที่ศึกษาต่อไปเป็นระยะเวลา 6 เดือน 1 ปี เปรียบเทียบความแตกต่างและติดตามผล

2. นำรูปแบบขยายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นลงสู่งานประจำ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วนลงพุง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นต้น

3. ควรมีการนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด ศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อเพิ่มอัตราการควบคุมโรค ลดภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิต

## เอกสารอ้างอิง

1.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. การทบทวนตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2563-2566.กระทรวงสาธารณสุข; 2566

2.กรภัทร มฆระสาคร. การควบคุมเบาหวานด้วยโภชนาการรายบุคคล (personalized diabetes nutrition). วารสารเบาหวานสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,2565;54(2), 83-102.

3.ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข.2565 [อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย.2566] http://www.thaiendocrine.org/th/2022/11/30/%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%E0%B9%80%E0%B8%9A/

4.ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ .นิยามใหม่ภาวะเบาหวานสงบ. [อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย.2566] http://www.thaiendocrine.org/th/2021/10/05/%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B9%83%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B9%88%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%AB%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%87/.

5.ธัสมน นามวงษ์, รัชชนก กลิ่นชาติ, สุมาลี ราชนิยม,พนัชกร ค้าผล และนฤมล ทองภักดี. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2562;29(3); 179-193.

6.พวงเพชร เหล่าประสิทธิ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ของโรงพยาบาลชุมชน และเครือข่าย. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2566;37(1):1-15.

7.ภรณ์ทิพย์ ศรีสุข, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาหารคาร์โบไฮเดรตและส่งเสริมการออกกำลังกาย ผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2565;30(1):12-23

8.มุกดา งามวงศ์, วท.บ และคณะ .การสังเคราะห์โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 2562;17(1);56-71

9.รัตติกาล พรหมพาหกุล, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และกีรดา ไกรนุวัตร. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563;38(2); 32-45.

10.ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข.กรุงเทพฯ:พัชรินทร์ โพธิ์ทอง (พีพี มีเดีย ดีไซน์ แอนด์ พริ้นท์); 2565

11.วันเพ็ญ นาสอนใจ. (2561) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2561;32(2);1006-1013.

12.วรรณี นิธิยานันท์ ไทยป่วยเบาหวานพุ่งสูงต่อเนื่อง แตะ 4.8 ล้านคน ชี้ ‘เนือยนิ่ง-อ้วน-อายุมาก’ ต้นเหตุ | Hfocus.org. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย.2566] https://www.hfocus.org/content/2019/11/18014

13.วีรพันธุ์ โชวิฑูรกิจ, มงคลธิดา อัมพลเสถียร และกุลวดี บุณยทรัพยากร. ผลของอาหารพลังงานต่ำมากแบบมีเว้นระยะ ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไข้อ้วนที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย.2566] https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4918.

14.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย,กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข,และสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2560.

15.อภิชาติ เอกัคคตาจิต. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2563;17(2); 259-268

16.Dey, K. P., & Hariharan, S. Integrated approach to healthcare Quality management: A case study. The TQM Magazine. 2006, 18(6); 583-605.

17.Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M., and Beck, A. (2003). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. Joint Commission journal on quality and safety, 29(11), 563–574.

18.Glasgow, R. E., Emont, S., and Miller, D. C. (2006). Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. Health Promotion International, 21(3), 245–255.

19.International Experts Outline Diabetes Remission Diagnosis Criteria . [อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 เม.ย.2566] https://diabetes.org/newsroom/press-releases/2021/international-experts-outline-diabetes-remission-diagnosis-criteria

20. Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. “Determining Sample Size for Research Activities”. Educational and Psychological Measurement. 1970, 30(3); 607 – 610.

21. Methakanjanasak, N. Self-management of end stage renal disease patient receiving hemodialysis. [Dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005

# ปัจจัยที่มีผลต่อการขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม

# (Factors Influencing non-compliance visiting to treatment hypertensive patients form community screening and diagnostic in Nakhon Phanom province)

(Received: January 10,2024 ; Revised: January 29,2024 ; Accepted: February 3,2024)

**ขวัญชัย ประเสริฐยิ่ง[1] และธงชัย อามาตยบัณฑิต[2]**
**Khaunchai Prasertying[1] and Thongchai Armartpundit[2]**

## บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนกลุ่มศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มาตามนัดหมาย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมาตามนัดจับคู่โดยใช้สถานที่ ขนาดตัวอย่าง 112 คน ต่อกลุ่ม รวม 224 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีความตรงตั้งแต่ 0.71 ขึ้นไป ความเที่ยง 0.8-0.9 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาจำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ ความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยวิธีวิเคราะห์ถดถอยตัวแปรเชิงพหุแบบ Conditional logistic regression พร้อมประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.0 และ 70.0 ตามลำดับข้อมูลกระจายใน 11 อำเภอของจังหวัดนครพนม อายุระหว่าง 51-60 ปีมากที่สุด ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบ Conditional logistic regression พบว่า การลืมนัดหรือไปทำธุระที่สำคัญกว่าเสี่ยงต่อการขาดนัด 488.0 เท่าของผู้เลือกที่จะมาตามนัดเมื่อถึงวันนัด รองลงมาได้แก่ การนัดวันนัดตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่มีงานสำคัญมีความเสี่ยงต่อการขาดนัด 30.6 เท่าของผู้ที่นัดตรงกับวันว่าง ตัวแปรทั้งหมดสามารถทำนายขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมได้ร้อยละ 79.6 ไม่มีข้อมูลเพียงพอในการอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรอื่นๆ กับการขาดการรักษาตามนัดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม

**คำสำคัญ:** การขาดนัด, ความดันโลหิตสูง

## ABSTRACT

This study was survey research aimed to study factors affecting non-compliance visiting of patients with hypertension diagnosed at the community risk group screening in Nakhon Phanom Province. The population was hypertension patients diagnosed by screening at risk groups in the study group were hypertensive patients who did not come to the appointment. The comparison group was hypertensive patients came to match up with same location. Sample size was 112 people per group also total 224 people. Data were collected by using questionnaires. The accuracy was from 0.71 up, the reliability 0.8-0.9. The data were analyzed by descriptive statistics, number, and percentage, mean and Standard Deviation. The preliminary correlation was analyzed by using Conditional logistic regression analysis with estimation of 95% confidence interval or odd ratio at significance level at 0.05.

Results, most of the samples were female about 54.0% and 70.0%, respectively. The results of the Conditional logistic regression found that forgetting to make an appointment or doing important errands was 488.0 times more likely to miss an appointment than those who chose to attend. when the next day followed by Making an appointment that meets another appointment or a date with an important event has 30.6 times the risk of missing an appointment than those who meet on a free day. All variables were able to predict the absence of scheduled treatment in

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพนม
[2] อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

hypertensive patients from community risk group screening in Nakhon Phanom Province by accounting for 79.6 percent and other variables. There is insufficient data from other variables to describe the lack of visiting treatment in hypertensive patients from community-risk screening.

**Keywords**: non-compliance visiting, hypertension

**บทนำ**

โรคความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่เกิดแรงต้านทานเพิ่มขึ้นในระบบไหลเวียนเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือด จึงทำให้เกิดแรงดันเพิ่มขึ้นในระบบไหลเวียนเลือด ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของความอันโลหิต โดยในแต่ละครั้งที่หัวใจเต้นจะสูบฉีดเลือดออกสู่หลอดเลือดแดงและผ่านเข้าสู่หลอดเลือดดำในจุดเชื่อมหลอดเลือดฝอยที่อวัยวะปลายทาง เมื่อมีแรงต้านในหลอดเลือดแดงความดันจะสูงขึ้นและต้านการสูบฉีดของหัวใจความดันเลือดในหลอดเลือดแดงจะเพิ่มสูงขึ้นและสร้างแรงต้านต่อการสูบฉีดเลือดของหัวใจ[1] เมื่อไม่สามารถควบคุมและลดความดันโลหิตลงได้จะเกิดความเสี่ยงต่อการเสื่อมของหลอดเลือดและการทำงานของหัวใจ โดยทั่วไปจะถือเกณฑ์ว่าผู้ที่มีความดันโลหิตค่าบนซึ่งเกิดขึ้นขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว (Systolic blood pressure: SBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปและค่าความดันขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว (Diastolic blood pressure: DBP) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสะสมถึง 1.28 พันล้านคน และอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาถึง 70 ล้านคน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 30-79 ปี สัดส่วนถึง 2 ใน 3 อยู่ในประเทศด้อยและกำลังพัฒนา[2] โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันสมควรของประชากรทั่วโลกกว่าปีละ 9.4 ล้านคน ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดการควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสมในระยะยาว[3]โดยปัญหาในการติดตามให้มารักษาและการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตหรือกิจกรรมควบคุมความดันโลหิตให้ควบคุมได้ต่อเนื่องในระยะยาวนั้นมีความสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด แต่จากรายงานทั่วโลกกลับยังคงมีปัญหามากเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มสูงอายุซึ่งมีมากเกินร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมดจึงมักมีความยากลำบากในการติดตามและรักษาต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิต[4]โรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดแรงดันสูงขึ้นในหลอดเลือดแดง เกิดการอักเสบและเกิดการตอบสนองการอักเสบในหลอดเลือดแดงตั้งแต่หลอดเลือดขนาดเล็ก จนถึงหลอดเลือดขนาดใหญ่ทั่วร่างกาย และจะก่อความเสื่อมแก่อวัยวะหลักๆ ของร่างกายได้แก่ หลอดเลือดแดงในหน่วยไต (Glomerulus) หลอดเลือดในอวัยวะส่วนปลาย หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดในตา เป็นต้นก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนจากกความเสื่อมของหลอดเลือดแดงเหล่านั้น ทำให้เลือดแดงเข้าไปเลี้ยงไม่เพียงพอและเกิดพยาธิสภาพขึ้นในอวัยวะดังกล่าว เช่น ตาเสื่อม ไตเสื่อม หลอดเลือดสมองแตก หลอดเลือดหัวใจตีบตันเป็นต้น[5] โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและขาดการควบคุมที่เหมาะสมจะมีความเสี่ยงต่ออาการกล้ามเนื้อหัวใจตายสองเท่า เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสี่เท่า[6]สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มอุบัติการณ์ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยอัตราการป่วยรายใหม่ต่อประชากร 100,000 คน ระหว่าง พ.ศ. 2558-2560 เพิ่มขึ้นจาก 916.89/100,000 ประชากรเป็นเป็น 1,353.01 ต่อ 100,000 ประชากร โดยสิ้นปี พ.ศ.2563 ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วย จำนวน 6,550,540 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 9.28 ของประชากรทั้งหมด ยิ่งกว่านั้นจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเหล่านี้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพียง 2,208,046 คน (คิดเป็นร้อยละ 33.71) เท่านั้น[7] จากสถานการณ์ดังกล่าวบ่งชี้ว่าอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ดีอยู่ในระดับต่ำ จากรายงานการทบทวนวรรณกรรมบ่งชี้ว่าผู้ที่ควบคุมความดันได้ดีระยะยาวจะลดภาวะแทรกซ้อนได้ดีกว่าผู้ที่ควบคุมความดันได้ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญ[8] ยิ่งกว่านั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการใน

สถานพยาบาลจะเพิ่มความตระหนักตื่นตัวต่อโรค สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี ลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่ป่วยแต่ไม่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือพบแพทย์[9] ดังนั้นการเข้ารับการรักษาพบแพทย์นอกจากจะได้รับยาควบคุมความดันโลหิตและยังสามารถสร้างความตระหนักตื่นตัวเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการควบคุมโรคในระยะยาวได้ดี แต่จากสถานการณ์ที่ผ่านมาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กรมควบคุมโรคได้เฝ้าระวังเชิงรุกโดยตรวจคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสำหรับประชากรเป้าหมายอายุ 35 ปี ขึ้นไปในชุมชนจำนวน 17.5 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 89.7 ของประชากรเป้าหมาย) พบว่ามีผู้อยู่ในกลุ่มความดันโลหิตสูง 802,987 คน คิดเป็นร้อยละ 3.8 และได้ส่งต่อกลุ่มดังกล่าวเข้ารับการรักษาและบริการสุขภาพต่อเนื่องในระบบบริการแต่น่าเสียดายที่มีผู้ที่อยู่ในกลุ่มดังกล่าวเข้ารับบริการต่อเนื่องเพียง 554,647 คนหรือร้อยละ 69.1 เท่านั้นมีจำนวนกว่าร้อยละ 30 ที่ขาดการเข้ารับบริการ[10] ซึ่งกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิผลในระยะยาวและอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อการจัดบริการในระบบบริการระยะยาว ยิ่งกว่านั้นการเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะส่งเสริมและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้สูงยิ่งขึ้น[11]

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการไม่เข้ารับการรักษาในสถานบริการรวมทั้งการเข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พอสรุปได้ดังต่อไปนี้ 1) ผลการศึกษาในประเทศแถบทวีปแอฟริการพบว่า ประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรองว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมักจะขาดการรักษาในกลุ่มที่มีความรู้ มีความตระหนักต่อภาวะแทรกซ้อนต่ำ แต่ทัศนคติต่อประสิทธิผลของการใช้สมุนไพรในรักษาสูงกว่าการเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพแผนปัจจุบัน[12] สอดคล้องกับการศึกษาในกรีซที่พบข้อมูลสอดคล้องว่าผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคและทัศนคติที่ต่ำต่อการไปใช้บริการทำให้เป็นอุปสรรคต่อการไปใช้บริการ[13] สอดคล้องกับการศึกษาในเซบู ประเทศฟิลิปปินส์ที่พบว่าผู้ป่วยที่ขาดยาส่วนใหญ่มักจะมีทัศนคติติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองและปัจจัยเสริมอื่นๆ ในระดับต่ำดังนั้นการออกแบบโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารักษาเพิ่มขึ้นผ่านการเปลี่ยนแปลงและยกระดับตัวแปรเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[14] นอกจากนั้นการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไนจีเรียไปรับบริการต่อเนื่องมากยิ่งขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[15] สอดคล้องกับการศึกษาในศูนย์การแพทย์ในโดรังโก้ ประเทศเม็กซิโก[16] สอดคล้องกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในปะเทศจีนจะรักษาต่อเนื่องมากขึ้นเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง[17] นอกจากนั้นปัจจัยเสริมได้แก่รายได้ ระยะทางที่ใกล้เมื่อไปใช้สถานบริการทางการแพทย์ อายุที่มากขึ้นและจำนวนและการกระจายของระบบริการสุขภาพในพื้นที่และมีระบบประกันสุขภาพเป็นปัจจัยให้ประชาชนในชนบทของประเทศจีนไปใช้บริการสุขภาพมากยิ่งขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[18] ดังนั้นถ้าผู้ปฏิบัติงานทราบสาเหตุของการไม่มารักษาต่อเนื่องจะสามารถนำไปออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมและมีประสิทธิผลในการส่งเสริมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพในระยาวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จังหวัดนครพนม มีรายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วย จำนวน 56,438 คน มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 26,370 คน (คิดเป็นร้อยละ 46.49) ซึ่งข้อมูลจากแฟ้ม ChronicFU [7] มีผู้รับบริการในหน่วยบริการจำนวน 50,812 คน (คิดเป็นร้อยละ 89.58) และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 11,875 คน (คิดเป็นร้อยละ 23.37)[19] จากข้อมูลจะเห็นว่าอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ดีในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครพนมยังอยู่ในอัตราต่ำ นอกจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายตรวจคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปี ขึ้นไปในชุมชนเพื่อให้สามารถตรวจพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่นๆ

เพื่อแนะนำและนำเข้าสู่ระบบบริการเพื่อทำการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตในระยะยาว โดยมีเป้าหมายลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว จากการดำเนินการที่ผ่านมาในปีงบประมาณ 2564 มีประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดนครพนมทั้งหมด 395,626 คน ผลการคัดกรองพบว่ามีประชาชนที่อยู่ในข่ายวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงจำนวน 56,438 คน คิดเป็นร้อยละ 14.2 หรือคิดเป็นอัตราความชุก 1.4 ต่อ 100,000 ประชากร ในจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองและพบว่าเป็นความดันโลหิตสูงและแนะนำให้เข้ารับการรักษาและปรับพฤติกรรมในสถานบริการผลการติดตามพบว่ามีผู้เข้ารับบริการเพียง 34,295 คน คิดเป็นร้อยละ 60.7 เท่านั้นยังมีผู้ที่ได้รับการคัดกรองและเป็นความดันโลหิตสูงกว่าร้อยละ 39.9 ที่ไม่เข้ารับบริการซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจากภาวะแทรกซ้อนและไม่ได้รับบริการเพื่อปรับพฤติกรรมและติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลกระทบระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตและปัญหาต่อระบบบริการได้ในอนาคต[20] อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการส่งเสริมและพัฒนากลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ อย่างไรก็ตามยังขาดข้อมูลเชิงสาเหตุว่าเพราะเหตุใดกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองและอยู่ในข่ายเป็นโรคความดันโลหิตสูงดังกล่าวจึงไม่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขตามนัด ซึ่งจะเกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาวได้และถ้าทราบปัจจัยที่เป็นสาเหตุดังกล่าวแล้วจะทำให้นำสาเหตุไปออกแบบแผนงาน โครงการและกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดังกล่าวเข้ารับบริการในสถานบริการเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ถูกวิธี ทันเวลา รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีประสิทธิภาพต่อการควบคุมโรคในระยะซึ่งจะลดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อน การสูญเสียชีวิต การสูญเสียโอกาส และลดภาระระบบบริการสุขภาพ ในระยะยาวได้ในอนาคต

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม

**วิธีการศึกษา**

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ด้วยการเก็บข้อมูลแบบจับคู่ย้อนหลัง(A retrospective study: A matched case control)

**ประชากรศึกษา**

ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มศึกษา (Case) ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมและไม่ได้มารับการรักษาในสถานบริการตามนัดหมาย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ (Control) ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมและมารับการรักษาในสถานบริการตามนัดหมาย ขนาดตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างคำนวณเพื่อการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรอิสสระที่ศึกษาและทำนายตัวแปรตาม (Dependent variable) ที่มีระดับการวัดแจงนับ (Dichotomous variable) รวมทั้งมีวิธีออกแบบวิจัยแบบ Matched Case -control study ขนาดตัวอย่างคำนวณเพื่อการวิเคราะห์ถดถอยแบบ Conditional logistic regression โดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้[21-22]

$$m=\frac{\left[z\propto_{/2}+z_{\beta}\sqrt{p(1-p)}\right]^2}{(p-\frac{1}{2})^2}$$

m= จำนวนขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม, $\alpha$=0.05

$P_1$= อัตราการขาดนัดและมีตัวแปรต้นหลัก (X=0)

$P_2$= อัตราการมารับบริการตามนัดและมีตัวแปรต้นที่สนใจ (X=1)

$$P=\frac{\psi}{1+\psi}$$

$\psi$ = Odd Ratio หรือ OR

$Z_{1-\alpha}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha$=0.05) มีค่าเท่ากับ 1.645

$Z_{1-\beta}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับ

B = 0.05มีค่าเท่ากับ 0.842

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างขนาดตัวอย่างสำหรับโมดุลการทำนายการขาดนัดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม ทั้งนี้ยังไม่มีรายงานการศึกษาในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงใช้ข้อค้นพบในประเทศอินเดียที่พบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัดร้อยละ 20 (P=0.20) โดยปัจจัยด้านทัศนคติเชิงลบต่อการรักษาความดันโลหิตทำให้เสี่ยงต่อการขาดนัด 2.3 เท่า ([OR] = 1.67, 95% CI: 1.1–5.7)[23] ผู้วิจัยใช้พารามิเตอร์ดังกล่าวคำนวณขนาดตัวอย่างในโปรแกรม Stata version 10 se ด้วยคำสั่ง sampsi_mcc, p0 (0.20) alt (2.3) s(n) power (0.8) ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 130 คน เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย ดังนั้นได้ขนาดตัวอย่าง 150 ต่อกลุ่ม เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 24 แห่งใน 12 อำเภอโดยเก็บแบบจับคู่ โดยผู้ช่วยนักวิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยทีขาดนัดเป็น cases และผู้ที่มาตามนัดเป็น Control เก็บสะสมไปเรื่อยๆ ตามสัดส่วนผู้รับบริการในแต่ละเดือนจนกว่าจะได้ตัวอย่างครบตามจำนวน (Consecution collective sampling) โดยมีเกณฑ์ในการจับคู่ดังนี้ โดยมีเกณฑ์ในการจับคู่ได้แก่ เพศเดียวกัน อายุมากหรือน้อยต่างกันไม่เกิน 5 ปี อาศัยในตำบลเดียวกัน โดยให้อัตราส่วนระหว่างกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1: 1 ขนาดตัวอย่างที่คำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 112 คน ต่อกลุ่ม และผู้วิจัยได้เพิ่มร้อยละ 10 เพื่อชดเชยอัตราสูญหายที่อาจเกิดขึ้น และสามารถรวบรวมข้อมูลได้จำนวน 112 คู่ รวม 224 ราย ซึ่งเพียงพอที่จะทำการวิเคราะห์สถิติเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้

**เครื่องมือในการวิจัย**

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามชนิดถามตอบด้วยตนเองประกอบด้วย 10 ส่วนดังนี้

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ครอบคลุมปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมครอบคลุมเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสโสด สถานะทางการเงิน การมีรถยนต์ส่วนตัว การอยู่ในพื้นที่เขตเมือง การมีรถยนต์ส่วนตัว โรคประจำตัว รวมทั้งหมด 11 ข้อ

2) ส่วนที่ 2 การประเมินทัศนคติต่อการมารับบริการตามนัดหมาย ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากการศึกษาประเด็นด้านทัศนคติต่อการขาดนัดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการศึกษาของ Ashookhani และคณะ [24] และนำมาใช้เป็นแนวทางเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมทั้งผู้ที่ขาดนัดและมารับบริการตามนัดจำนวน 12 คน และพัฒนาข้อคำถามและการวัดให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินทัศนคติของ Ajzen[25] รวมข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ประเด็นคำถามเชิงบวกให้คะแนนเป็นอันดับตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน)

3) ส่วนที่ 3 การประเมินการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มต่อการไปรับบริการตามนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองในชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากการศึกษาประเด็นด้านการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มต่อการขาดนัดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Ashookhani และคณะ[24] และนำมาใช้เป็นแนวทางเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมทั้งผู้ที่ขาดนัดและมารับบริการตามนัดจำนวน 12 คน นำไปพัฒนาข้อคำถามและการวัดให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มของ Ajzen[25] รวมข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ครอบคลุมทั้งคำถามประเด็นทางบวกและทางลบมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ รวมข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ประเด็นคำถามเชิงบวกให้คะแนนเป็นอันดับตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5

คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน)

4) ส่วนที่ 4 การประเมินการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเอต่อการมารับบริการตามนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองในชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากการศึกษาประเด็นด้านการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองต่อการขาดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Ashookhani และคณะ[24] และนำมาใช้เป็นแนวทางเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมทั้งผู้ที่ขาดนัดและมารับบริการตามนัดจำนวน 12 คน นำไปพัฒนาข้อคำถามและการวัดให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองของ Ajzen [25] รวมข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ประเด็นคำถามเชิงบวกให้คะแนนเป็นอันดับตั้งแต่เป็นไปได้มากที่สุด (5 คะแนน) เป็นไปได้มาก (4 คะแนน) เป็นไปได้ปานกลาง (3 คะแนน) เป็นไปได้น้อย (2 คะแนน) เป็นไปได้น้อยที่สุด (1 คะแนน)

ส่วนที่ 5 การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมทางลบต่อการต่อการมารับบริการตามนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองในชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พบจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนทั้งผู้ที่มาตามนัดและไม่มาตามนัดในขั้นตอนกาวิจัยระยะที่ 1 และนำมาปรับปรุงประเด็นและข้อคำถามให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม [(26)] รวมข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ได้รับมากที่สุด (5 คะแนน) ได้รับมาก (4 คะแนน) ได้รับปานกลาง (3 คะแนน) ได้รับน้อย (2 คะแนน) ได้รับน้อยที่สุด (1 คะแนน)

6) ส่วนที่ 6 การประเมินการรับรู้ปัญหาอุปสรรคของการไม่มารับบริการตามนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองในชุมชน ผู้วิจัยนำแนวทางการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของ Pender และคณะ[27] และนำมาสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดนครพนมที่ขาดนัดจำนวน 12 คนพบว่าอุปสรรคที่ทำให้ขาดนัดครอบคลุม ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง การไปรักษาที่อื่น เช่น คลินิก การใช้ยาสมุนไพรและการรักษาและเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยตัวเอง ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามครอบคลุมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกข้างต้นปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้อุปสรรคของ Pander และคณะ โดยใช้วิธีประเมินแบบ Rating scale มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน)

7) ส่วนที่ 7 การประเมินความเชื่อมั่นในการใช้บริการสถานบริการที่ได้รับนัดหมาย ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับบริการจำนวน 12 คน และนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura [28] รวมข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ง่ายมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ง่ายมากที่สุด(5 คะแนน) ง่ายมาก (4 คะแนน) ง่ายปานกลาง (3 คะแนน) ยากมาก (2 คะแนน) ยากที่สุด (1 คะแนน

8) ส่วนที่ 8 การไม่ได้รับการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้นำชุมชนให้ไปรับบริการ ผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามจากแนวทางการประเมินการกระตุ้นเตือนของ Rosenstock และคณะ [29] และนำมาปรับเข้ากับประเด็นการกระตุ้นเตือนจากการศึกษาของ Joho[30] ที่ศึกษาประเด็นการกระตุ้นเตือนที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมารับยาตามนัดในแทนซาเนีย นำมาสร้างข้อคำถามให้สอดคล้องกับข้อมูลการได้รับการกระตุ้นเตือนตามข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสัมภาษณ์ความดันโลหิตสูงที่มาตามนัด 12 คนได้ข้อคำถาม 5 ข้อ มีระดับการให้คะแนนตามอันดับดังนี้ ได้รับการกระตุ้นเตือนมากที่สุด (5 คะแนน) ได้รับการกระตุ้นเตือนมาก (4 คะแนน) ได้รับการกระตุ้นเตือนปานกลาง (3 คะแนน)

ได้รับการกระตุ้นเตือนน้อย (2 คะแนน) ไม่เคยได้รับการกระตุ้นเตือน (1 คะแนน)

9) ส่วนที่ 9 ประสบการณ์ทางลบจากการใช้บริการในสถานบริการสุขภาพที่ได้รับการนัดหมาย ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามตามแนวทางการประเมินความไว้วางใจและความพึงพอใจในการไปตรวจตามนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศจีน[31]และนำมาสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ใช้บริการระบบบริการที่รับการนัดหมายและไม่มาจำนวน 12 คนเพื่อสร้างและปรับปรุงข้อคำถามได้ทั้งหมด 9 ข้อ แต่ละข้อมีระดับการประเมินแบบ Rating scale มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ไว้วางใจมากที่สุด (5 คะแนน) ไว้วางใจมาก (4 คะแนน) ไว้วางใจปานกลาง (3 คะแนน) ไว้วางใจน้อย (2 คะแนน) ไม่ไว้วางใจเลย (1 คะแนน)

10) ส่วนที่ 10 การประเมินการมาใช้บริการในสถานบริการตามนัด = 0, ไม่มาใช้บรการตามนัด = 1

เครื่องมือวิจัยนี้ได้รับการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 ท่าน ด้านพฤติกรรมสุขภาพ 1 ท่านและระเบียบวิธีวิจัยและการใช้สถิติ 1 ท่านมีค่าความตรง (Index of congruence: IOC.) ทุกส่วนอยู่ระหว่าง 0.71-0.85 ส่วนการประเมินความเที่ยงในแบบวัดทางจิตวิทยาโดยการทดสอบแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างต่างพื้นที่จำนวน 30 คน และใช้วิธีวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach' alpha coefficient: $\alpha$) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.8-0.9

**การวิเคราะห์ผลการศึกษา**

การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการใช้บริการทางการแพทย์ด้วย simple Conditional logistic regression โดยประมาณขนาดความสัมพันธ์เป็น Crude Odd Ratio พร้อมประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และตัวแปรที่พบความสัมพันธ์จะถูกนำเข้าสมการการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุแบบ multiple Conditional logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์เป็น Adjusted Odd Ratio พร้อมประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน เมษายน-กรกฎาคม 2565

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ 124/2565 เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2565ผู้วิจัยทำหนังสือประสานงานและเข้าพบสาธารณสุขอำเภอที่ได้รับการสุ่ม ขอความร่วมมือและอธิบายขั้นตอนการวิจัย หลังจากนั้น ผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมรมเข้าพบผู้นำชุมชนและเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างในชุมชนร่วมเป็นอาสาสมัครและนัดหมายเก็บข้อมูล ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มจากนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง แจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถสมัครใจหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิหรือการรับบริการสาธารณะใดๆ กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจจะได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถาม ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับและนำเสนอภาพรวมที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นและข้อมูลจะถูกทำลายข้อมูลภายหลังจากผลการวิจัยได้เผยแพร่และตีพิมพ์เรียบร้อยแล้ว

**ผลการศึกษา**

ผลการวิจัยการได้รับข้อมูลตอบกลับ 225 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 100 แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 112 คน และกลุ่มควบคุม 113 คน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.0 และ 70.0 ตามลำดับ ข้อมูลกระจายใน 11 อำเภอของจังหวัดนครพนม อายุระหว่าง 51-60 ปีมากที่สุดทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 36.6 และ 38.9 ตามลำดับ สถานภาพสมรสส่วนใหญ่แต่งงานร้อยละ 67.0 และ 71.7 การศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 57.1 ในกลุ่มศึกษาและร้อยละ 57.5 ในกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม มีจำนวนสมาชิกในครัวเรื้อนระหว่าง 4-6

คนมากที่สุดร้อยละ 66.1 และ 57.5 รายได้ครัวเรือนน้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือนเป็นส่วนใหญ่ อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ใกล้องค์การบริหารส่วนตำบลมากที่สุดร้อยละ 50.9 และ 62.8 ตามลำดับ มีระยะทางจากสถานที่อยู่อาศัยถึงโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข 1-5 กิโลเมตรมากที่สุดร้อยละ 44.6 และ 55.8 ตามลำดับ มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด การมาตามนัดหมายพบว่าตรงกับการนัดหมายอื่นหรือมีงานสำคัญเข้ามาแทรก หรือลืมทำให้ไม่ได้ไปรับบริการตามนัดหมายร้อยละ 57.1 และร้อยละ 7.0 ตามลำดับ และให้ข้อมูลว่าการนัดหมายตรงกับวันว่างร้อยละ 42.9 และ 93.8 ตามลำดับ ส่วนการปฏิบัติเมื่อถึงวันนัดหมาย กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 97.3 ให้ข้อมูลว่าลืมนัดหรือไปทำธุระอื่นที่แทรกเข้ามาและมีความสำคัญมากกว่าการไปรักษาตามนัด และพบเพียงร้อยละ 28.3 ในกลุ่มควบคุม ส่วนการตัดสินใจไปตามนัดในกลุ่มศึกษาพบเพียงร้อยละ 2.7 แต่พบในกลุ่มความคุมร้อยละ 71.7 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยทางจิตวิทยาพบว่า ทัศนคติทางบวกต่อการขาดการรักษาตามนัดหมายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมพบว่ากลุ่มศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มทางบวกต่อการไม่ไปรับการรักษาตามนัดหมาย อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความเชื่อมั่นต่อการไม่ไปตรวจตามนัดหมายอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความเชื่อมั่นต่อการขาดการรักษาตามนัดหมายในกลุ่มตัวอย่างมีระดับบานกลาง การรับรู้การสนับสนุนจากสมาชิกให้ไปรับบริการตามนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมพบว่าในกลุ่มศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการขาดการรักษาตามนัดหมาย ในกลุ่มศึกษาพบว่ามีคะแนนในระดับปานกลาง ความไม่พึงพอใจต่อสถานบริการที่นัดหมายพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มศึกษามีคะแนนระดับปานกลาง พบว่ามีปัจจัยที่พบความสัมพันธ์จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงตัวแปรเดี่ยวจำนวน 11 ได้แก่ การลืมนัดหรือไปทำธุรอื่นที่สำคัญกว่าการขาดการรักษาตามนัดหมายเสี่ยงต่อการขาดนัด วันเวลาที่ได้รับการนัดหมายตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่มีงานสำคัญ การศึกษาระดับปริญญาตรี เพศหญิง สถานที่อยู่ในเขตเทศบาล ทัศนคติทางบวกต่อการไม่มารับบริการตามนัด การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มทางบวกต่อการขาดนัด การรับรู้ความเชื่อมั่นในการไปตรวจตามนัดทางลบ แรงสนับสนุนทางสังคมทางลบต่อการไม่มารับบริการตามนัดและ ความไม่พึงพอใจต่อสถานบริการตามนัดหมาย นอกนั้นไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศึกษาเหล่านั้นกับขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม

**ตารางที่** 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม ($n_1$=112, $n_2$=113)

| ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่มารักษาตามนัด | กลุ่มศึกษา ($n_1$=112) | กลุ่มควบคุม (n2=113) | Crude OR | Adjusted OR | 95%CI of Adjusted OR |
|---|---|---|---|---|---|
| วันเวลาที่ได้รับการนัดหมายตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่มีงานสำคัญ | 64 | 7 | 25.4* | 30.6* | 5.5-168.0 |
| ตรงกับวันว่าง | 48 | 106 | 1 | 1 | |
| สิ่งที่ปฏิบัติเมื่อถึงวันนัด ลืมนัดหรือไปทำธุระที่สำคัญกว่า | 109 | 7 | 415.8* | 488.0* | 32.5-7315.2 |
| รีบมาตามนัด | 3 | 106 | 1 | 1 | |

Constants=--27.72, PsudoR$^2$=0.796, Chi-square=216.7, p-value<0.01*

จากตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบ Conditional logistic regression พบว่า การลืมนัดหรือไปทำธุระที่สำคัญกว่าเสี่ยงต่อการขาดนัด 488.0 เท่าของผู้เลือกที่จะมาตามนัดเมื่อถึงวันนัด

($_{adjusted}$ OR= 415.8; 95%CI=32.5-7315.2, p-value<0.01) รองลงมาได้แก่ การนัดวันนัดตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่มีงานสำคัญเสี่ยงต่อการขาดนัด 30.6 เท่าของผู้ที่นัดตรงกับวันว่าง (adjusted OR= 415.8; 95%CI=5.5-168.0, p-value<0.01) โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถทำนายขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมได้ร้อยละ 79.6 ( Constants=--27.72, PsudoR$^2$=0.796, Chi-square=216.7, p-value<0.01 นอกนั้นตัวแปรอื่นๆ ไม่มีข้อมูลเพียงพอในการอธิบายขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ผลต่อขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม เรียงตามลำดับตามขนาดของผล จำนวน 2 ปัจจัยได้แก่ การลืมนัดหรือไปทำธุระที่สำคัญกว่าเสี่ยงต่อการขาดนัด และปัจจัยรองลงมาได้แก่ การนัดวันนัดตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่มีงาน ส่วนตัวแปรอื่นนอกจากนี้ไม่มีข้อมูลเพียงพอจากการวิจัยนี้ที่จะอธิบายผลของปัจจัยศึกษาต่อขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม

**อภิปรายผล**

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ผลต่อการใช้บริการตามนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พบจากการคัดกรองในชุมชนในจังหวัดนครพนมพบว่ามี 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการการไม่ไปรักษาตามนัดผู้วิจัยมีข้อวิจารณ์ทั้ง 2 ปัจจัยดังนี้ ปัจจัยที่ 1 การลืมนัดหรือไปทำธุระที่สำคัญกว่าเสี่ยงต่อการขาดนัด การลืมเป็นสาเหตุหนึ่งของการขาดนัดสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังหลายประเภทที่ต้องการการรักษาต่อเนื่อง สาเหตุนี้สอดคล้องกับการวิจัยหลายประเด็น เช่น ในผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดฉะเชิงเทรา[32]รวมทั้งในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเอง[33] การขาดนัดหรือไม่มารับการรักษาตามนัดเป็นปรากฏการณ์ปกติในการรับบริการของผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งมักจะพบปรากฏการณ์เกี่ยวกับไม่มารักษาครั้งแรกตามนัดหลังการตรวจคัดกรองโรคหรือการมารับยาต่อเนื่องไปจนถึงการรับประทานยาครบอย่างต่อเนื่อง ปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการรักษา[34] โดยปัจจัยส่วนใหญ่ที่ส่งผลต่อการไม่มารับการรักษาตามนัดหรือต่อเนื่องเกิดมาจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยในการมองโรคหรือความเจ็บป่วยที่ตัวเองเป็นอยู่ว่ามีความสำคัญต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมมากแค่ไหน ถ้ามีความเข้าใจโรคและสนใจดูแลตัวเองดีก็จะส่งผลต่อการเกิดแรงจูงใจภายในที่จะใส่ใจและพุ่งความสนใจหรือเกิดความตั้งใจที่จะเข้ารับบริการตามนัดหมายหรือรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง[35-36] นอกจากนั้นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลได้แก่ ปัจจัยบรรทัดฐานระดับครอบครัว กลุ่มหรือสังคม รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมและผู้ให้บริการล้วนเป็นปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้นได้ โดยเฉพาะปัจจัยภายนอกเกี่ยวกับความเข้าใจความสำคัญและรายละเอียดการบริการและขาดการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันและมีความสอดคล้องกับความพร้อมที่จะมารับบริการของผู้รับบริการ โดยเฉพาะการเรียนรู้ปัญหาสุขภาพของตัวผู้ป่วยเองจนเกิดความเชื่อและทัศนคติต่อการดูแลตนเองเข้มข้น ลึกซึ้ง ต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความใส่ใจและตั้งใจที่จะมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้ความสำคัญต่อการมารับบริการก่อนการดำเนินชีวิตหรือธุระอย่างอื่น[37] ถ้ากระบวนการบริการที่ไม่สามารถสร้างการเรียนรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านจิตวิทยาเช่น ความเชื่อหรือทัศนคติ รวมทั้งกระบวนการกลุ่มที่สร้างบรรทัดฐานกลุ่มหรือความมั่นใจในการปฏิบัติและควบคุมตนเองให้ปฏิบัติสม่ำเสมอแล้วการกระทำพฤติกรรมนั้นด้วยความเต็มใจหรือตั้งใจก็จะไม่เกิดขึ้น เมื่อศึกษาขนาดของผลกระทบของปัจจัยทางจิตวิทยา ภายใต้การอธิบายตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและส่วนเพิ่มเติมเช่น แรงสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจต่อการบริการพบว่า ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะอธิบายพฤติกรรมขาดขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่

พบจากการคัดกรองโรคในชุมชน นั่นแสดงถึงกระบวนการเรียนรู้ที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาด้านพฤติกรรมที่ควบคุมด้วยจิตใจ (Volitional control) ทางบวกหรือทางลบต่อการมารับบริการยังไม่เข้มข้นและแรงพอจึงทำให้ผู้ป่วยใช้วงจรการตัดสินใจแบบไม่ตั้งใจ (Unvolitional control) ในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งเห็นได้จากข้อค้นพบนี้ที่ผู้ป่วยเห็นความสำคัญกับการไปทำกิจกรรมอื่นหรือการไม่ใส่ใจจนเกิดการลืมนัดและเห็นเหตุของการขาดนัด ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Watson และคณะที่ระบุว่า ทัศนคติดูเหมือนจะไม่มีผลต่อพฤติกรรมการขับขี่ที่เหมาะสมในวัยรุ่นและเป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เนื่องจากกระบวนการเรียนรู้ทางสมองในการขับขี่ที่เหมาะสมยังเกิดขึ้นน้อยทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงและขับขี่ไม่เหมาะสมขึ้น [38] สอดคล้องกับแนวคิดของ Triandis ที่เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์ทั้งหมดไม่สามารถอธิบายได้ด้วยความตั้งใจหรือปัจจัยทางจิตวิทยาเพียงอย่างเดียว แต่บางครั้งพฤติกรรมก็ถูกอิทธิพลของพฤติกรรมเดิม หรือนิสัย ความเคยชินหรือพฤติกรรมอื่นที่ไม่สำคัญมาเบี่ยงเบนความตั้งใจในการปฏิบัติ การควบคุมและมีอิทธิพลต่อการเบี่ยงเบนการตัดสินใจภายที่ถูกต้องหรือเหมาะสมของสถานการณ์ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น[39] ดังจะพบว่าทัศนคติต่อการไปรับบริการตามนัดไม่แรงเพียงพอจึงถูกละเลยทำให้ลืมหรือไปทำกิจกรรมอื่นแทนการมารักษาตามนัดหมาย เนื่องจากโดยทั่วไปแล้วประชาชนจะสนใจเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวันด้านเศรษฐกิจ ปากท้องการทำมาหากินมากกว่าความสนใจที่จะดูแลสุขภาพ ดังนั้นถ้าการสร้างกระบวนการเรียนรู้ไม่ลึกซึ้งและเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการรักษาเพื่อป้องกันความเสี่ยงตนเองอย่างแท้จริงแล้วปัญหาการขาดการรักษาและโรคแทรกซ้อนที่เป็นผลกระทบจากการขาดการรักษาและรักษาไม่ต่อเนื่องก็จะยังคงดำเนินต่อไปในระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุข ปัจจัยที่ 2 การนัดวันนัดตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่มีงาน การนัดหมายไม่ตรงกับวันว่างหรือวันที่มีธุระของผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยหนึ่งจากการวิจัยนี้ที่ส่งผลต่อการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้จากการคัดกรองในชุมชนในจังหวัดนครพนมสอดคล้องกับการศึกษาจากหลายหลายงานวิจัยที่พบว่าการนัดหมายหรือการสื่อสารที่ไม่เข้าใจตรงกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเป็นสาเหตุของการไม่มารับการรักษาตามนัดหมายรวมทั้งการขาดการรับประทานยาหรือรักษาต่อเนื่อง[40-41] เนื่องจากการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเป็นการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้เข้าใจตรงกัน เกิดการเรียนรู้และร่วมมือในการรักษา ซึ่งถ้าเกิดการสื่อสารสองทางและเข้าใจตรงกันผ่านกระบวนการย้อนกับจะทำให้ผู้รับบริการเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ผู้ให้บริการโดยเฉพาะแพทย์จะต้องสื่อสารด้วยหัวใจและศิลปะเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและเกิดทัศนคติที่ดีและตรงตามความต้องการรวมทั้งจัดการปัญหาและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในอนาคตร่วมกัน นอกจากจะสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการแล้วจะสร้างความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่องระยะยาวในอนาคต ซึ่งส่งผลทางบวกอย่างต่อเนื่องในระบบบริการและการดูแลโรคเรื้อรัง[42-43] ดังจะพบในการวิจัยนี้ที่ปัจจัยด้านการนัดวันนัดตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่ผู้ป่วยมีงาน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการขาดการสื่อสารกันและสอบถามความพร้อมของผู้รับบริการ จึงส่งผลต่อการนัดหมายในวันที่เขาไม่พร้อมหรือไม่ว่างก็จะส่งผลต่อการไม่มารักษาตามนัดหมายและกลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการให้บริการและส่งผลระยะยาวต่อประสิทธิผลในการรักษาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง โดยสรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนมได้แก่ การลืมนัดหรือไปทำธุระที่สำคัญกว่าทำให้เสี่ยงต่อการขาดนัด และปัจจัยรองลงมาได้แก่ การนัดวันนัดตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่มีงาน ส่วนตัวแปรอื่นไม่มีข้อมูลเพียงพอจากการวิจัยนี้ที่จะอธิบายผลของปัจจัยศึกษาต่อขาดการรักษาตามนัดหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม

**ข้อเสนอแนะ**

1. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการรักษาป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงควรนำข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ไปปรับปรุงระบบการนัดหมายและเพิ่มสัดส่วนการมารักษาตามนัดหรือการรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองโรคในชุมชน โดยการพัฒนาระบบการนัดที่กระตุ้นการนัดหมาย เช่น ระบบการกระตุ้นเตือนผ่านการโทรศัพท์ การใช้สื่อสารออนไลน์หรือการใช้แอพลิเคชั้น ซึ่งอาจตกลงกับผู้ป่วยว่าจะกระตุ้นเตือนการนัดหมายในช่องทางใดจะสามารถเพิ่มสัดส่วนการมารักษาตามนัดได้ ซึ่งใช้สำหรับการควบคุมการขาดนัดในระบบบริการได้

2. ในระยะยาวควรมีระบบการพัฒนาการเรียนรู้และให้ความสำคัญกับการมารับการรักษาตามนัดหรือการรักษาต่อเนื่องด้วยความตั้งใจของผู้ป่วยเอง โดยระบบจะต้องสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางจิตวิทยาที่กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจหรือความตั้งใจที่จะมารับบริการตามนัดหมายผ่านระบบการเรียนรู้แลกเปลี่ยนที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงและสะดวก รวมทั้งการสร้างกลุ่มเพื่อให้เกิดบรรทัดฐานกลุ่มในการมารับบริการตามนัดของผู้ป่วย ซึ่งนอกจากจะสร้างบรรทัดฐานกลุ่มแล้วยังสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านความมั่นใจและความเชื่อมั่นในการมารับบริการตามนัดจะทำให้การส่งเสริมการมารับการรักษาตามนัด การรักษาต่อเนื่อง รวมทังการขาดยาได้รับการจัดการแลแก้ไขอย่างยั่งยืนในระยะยาว ซึ่งช่องทางการเรียนรู้และสร้างกลุ่มสมัยใหม่ เช่น การสร้างเครือข่ายหรือชุมรมผู้ป่วยในชุมชน หรือการสร้างกลุ่มผ่านสังคมออนไลน์ ก็เป็นทางเลือกที่ผู้ให้บริการควรพิจารณษ ซึ่งผู้ให้บริการสามารถเข้าไปสร้างบทเรียนทางวิชาการผ่านรูปแบบวิดีโอและห้องเรียนในช่องทั้งเหล่านั้น รวมทั้งให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สนับสนุน สาธิตและให้กำลังใจกัน รวมทั้งกระตุ้นเตือนกันในระบบดังกล่าว จะช่วยในการแก้ไขปัญหาในระยะยาวอย่างยั่งยืนได้

3.ควรพัฒนารูปแบบและระบบการสื่อสารนัดหมายผู้ป่วยให้มีความสอดคล้องตรงตามความต้องการของกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ควรมีการสอบถามวันว่างและให้สามารถเลือกวันนัดหมายได้จะทำให้ผู้รับบริการเข้าใจ ตรงตามความต้องการซึ่งเขาจะสามารถจัดการเวลาตนเองให้สะดวกและมีความพร้อมเข้ารับบริการมากกว่าการกำหนดจากผู้ให้บริการฝ่ายเดียว

4. ควรศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของการขาดนัดให้มีขนาดพื้นที่ให้กว้างมากขึ้นเพื่อให้สามารถอ้างอิงเชิงนโยบายและเปลี่ยนแปลงเชิงระบบเพื่อลดปัญหาการขาดการรักษา การไม่มาตามนัดหรือการไม่รักษาต่อเนื่อง ซึ่งยังพบมีอัตราที่สูงในระบบบริการสุขภาพของไทยมาอย่างยาวนาน

5. การพัฒนาโครงการวิจัยเพื่อสร้างรูปแบบโปรแกรม แอฟลิเคชั้น หรือช่องทางทางสังคมออนไลน์หรือสิ่งประดิษฐ์เพื่อการสื่อสารและสร้างการเรียนรู้เรื่องความดันโลหิตสูงเชิงระบบและมีระบบติดตามประเมินความก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางจิตวิทยาในประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเพื่อยกระดับแรงจูงใจภายในให้ประชาชนเข้าใจ สนใจและมีทัศนคติ ความตั้งใจ บรรทัดฐานกลุ่ม ความเชื่อมั่นหรือแม้แต่การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเรื้อรังให้สนใจและมีพฤติกรรมการรับบริการที่พึงประสงค์อย่างยั่งยืนในอนาคต

6. ควรพัฒนาระบบการกระตุ้นเตือนการมาตามนัดหมายและทดสอบประสิทธิผล ประสิทธิภาพในรูปแบบใหม่ๆ หรือเกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ในการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนไม่ลืมนัดหรือจัดการอุปสรรคที่จะขัดขวางการมารับการรักษาตามนัดหมาย

7. ควรพัฒนาระบบการสื่อสารสองทางและสร้างความเข้าใจและสัมพันธ์อันดีด้วยความจริงใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในการร่วมตัดสินใจกำหนดวันและสถานที่นัดหมายการรักษาตามนัด และติดตามประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลในระยะยาวและนำมาใช้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติในระบบบริการจะส่งเสริมการลดปัญหาการขาดนัด และการรักษาไม่ต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิผล ประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนในระบบบริการได้ในอนาคต

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้อง ผู้ทรงคุณวุฒิ อาสาสมัครทุกท่านที่ร่วมให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณนักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอและองค์การปกครองท้องถิ่นในจังหวัดนครพนม ทุกท่านที่สนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลจนงานวิจัยนี้เสร็จสิ้นลงได้ด้วยดี หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นในอนาคต

## เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Hypertension [Internet]. 2022 [cited 2022 Jan 12]. Available from: https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_1

2.World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2017 [cited 2565 Mar 22]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)

3.Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure:the JNC 7 report. JAMA. 2003;289(19):2560–72.

4.Go, A.S., Bauman, M.A., Coleman K.M., et al. An effective approach to high blood pressure control: a science advisory from the American Heart Association, the American College of Cardiology, and the Centers for Disease Control and Prevention. Hypertension. 2014;63:878–85.

5.Fuster, V., Harrington, R.A., Narula, J. & Eapen, Z.J. The Heart. 14th ed. NY: McGRaw-Hill; 2017.

6.อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่าและ สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซด์; 2563.

7.CHRONICFU. รายงานผู้ป่วยความดันโลหิต พ.ศ.2563 [Internet]. 2563. Available from: https://spo.moph.go.th/audit50/images/43f_structr/CHRONICFU.pdf

8.Booth III, J.N., Jiexiang L., Zhang,L. ,Chen, L. & et al. Trends in Prehypertension and Hypertension Risk Factors in US Adults. Hypertension. 2017;70:275–84.

9.Maimaris,W., Paty,J., Perel,P, Legido-Quigley, H. & et al. The Influence of Health Systems on Hypertension Awareness, Treatment, and Control: A Systematic Literature Review. PLoS Med. 2013;10(7):e1001490.

10.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2563. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน; 2563.

11.Uchmanowicz, B., Chudiak, A. & Mazur, G. The influence of quality of life on the level of adherence to therapeutic recommendations among elderly hypertensive patients. Patient Prefer Adherence. 2018;12:2593–603.

12.Chimberengwa, P.T. & Naidoo, M.N. Knowledge, attitudes and practices related to hypertension among residents of a disadvantaged rural community in southern Zimbabwe. Plos One. 2019;14(6):e0215500.

13.Klinis, S., Tsimtsiou, Z., Makaki, A.A., Galanakis, C., & et al. Patients' Beliefs and Attitudes Towards Hypertension and its Treatment: a Rural Practice Pilot Study. ROM J Intern Med. 2014;52:27–9.

14.Villarino, R.T., Arcay, C.A., Temblor, M.C., Vilarino, L. & et al. The Effects of Lifestyle Intervention Using the Modified Beliefs, Attitude, Subjective Norms, Enabling Factors Model in Hypertension Management: Quasi-Experimental Study. JMIR Cardio. 2021;5(2):e20297.

15.Osamor, P.E. Social support and management of hypertension in south-west Nigeria. Cariovascular J Afr. 2015;26(1):29–33.

16.Marin-Reyes, F. & Rodriguez-Moran, M. Family support of treatment compliance in essential arterial hypertension. Salud Publica Mex. 2001;43:336–9.

17.Pan, J., Hu, B., Wu, L. & Li, Y. The Effect of Social Support on Treatment Adherence in Hypertension in China. Atient Prefer Adherence. 2021;15:1953–61.

18.Li, T. & Li,, Y. Analysis on the willingness and influencing factors of choosing primary healthcare institutions among patients with chronic conditions in China: a cross-sectional study. BMC Open. 2022;12:E054783.

19.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียด ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. รายละเอียด ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 [Internet]. 2565 [cited 2022 Jan 12]. Available from: ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขhttps://phdb.moph.go.th › upload › web_news_filesPDF

20.HDC. รายงานผลการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน [Internet]. 2565 [cited 2022 Mar 22]. Available from: http://hdc.ntwo.moph.go.th/hdc/main/index.php

21.Dupont, W.D. Power calculations for macthed case-control studies. Biometrics. 1998;52(44):1557–68.

22.Schlesselman, J. Case-control studies design, conduct, analysis. New York. NY: Oxford University Press; 1982.

23.Nwabuo, C.C, Dy, S.M., Weeks, K. & Young, H. Factors Associated with Appointment Non-Adherence among African-Americans with Severe, Poorly Controlled Hypertension. Plos One. 2014;9(8)::e103090.

24.Ashoorkhani, M.A., Majdzadeh, R., Gholami, J., Eftekha, H. & Bozorgi, A. Understanding Non-Adherence to Treatment in Hypertension: A Qualitative Study. IJCBNM. 2018;6(4):314–23.

25.Ajzen, I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis. 1991;(50):179–211.

26.Pan, D., He, M., & Kong, F. Risk attitude, risk perception, and farmers' pesticide application behavior in China: A moderation and mediation model. J Clean Prod. 2020;276(124241).

27.Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. Health Promotion in Nursing Practice. 6th ed. New Jersey: Pearson; 2015.

28.Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1997;84(2):191–215.

29.Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. & Becker, M.H.. Social Learning Theory and the Health Belief Model. Heal Educ Behav. 1998;15(2):175–83.

30.Joho, A.A. Using the Health Belief Model to Explain the Patient's Compliance to Anti-hypertensive Treatment in Three District Hospitals - Dar Es Salaam, Tanzania: A Cross Section Study. East Afr Health Res J. 2021;5(1):50–8.

31.Zhou, C., Chen, J., Tan, F., Lai, S. & et al. Relationshipbetweenself-care compliance,trust,andsatisfaction amonghypertensivepatientsin China. Front Public Health. 2022;10(1085047):1–9.

32.น้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์และสายใจ พัวพันธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560;18(1):229–36.

33.Najimi,A. Mostafavi,F., Sharifirad, G. & Golshiri, P. Barriers to medication adherence in patients with hypertension. J Educ Health Promot. 2018;7:24–31.

34.Jimmy, B.& Jose, J. Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. Oman Med J. 2011;26(3):155–9.

35.Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. BMJ. 2002;324(7350):1350.

36.Haynes RB, McKibbon KA, Kanani R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. Lancet. 1996;348(9024):383–6.

37.Leupkar, RV. Patient adherence: A "risk factor" for cardiovascular disease: The Framington Study. JAMA. 1971;215:1617-25.

38.Watson, B., Tunnicliff, D., White, C., Schonfeld, C. & Wishart, D. Psychological and Social Factors Influencing Motorcycle Rider Intentions and Behavior. Canberra: Transport Safety Bureau of Research and Analysis Road Safety; 2007.

39.Triandis, H.C. alues, attitudes, and interpersonal behavior. Nebr Symp Motiv. 1980;27:195–259.

40.Leupkar, R.V. Patient adherence: A "risk factor" for cardiovascular disease. JAMA. 1971;215:1617–25.

41.Tarn DM, Heritage J, Paterniti DA, Hays RD, Kravitz RL, Wenger NS. Physician communication when prescribing new medications. Arch Intern Med. 2006;199(17):1855–62.

42.Ha, J.H. Doctor-Patient Communication: Rev. 2010;10(1):38–43.

43.Brédart A., Bouleuc C., Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. Curr Opin Oncol. 2005;17(14):351–4.

# กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลังและเชื่อมกระดูกโดยใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสันหลังร่วมกับซ่อมแซมเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นดูรา

# Case study: Nursing care of a patient with Spondylolisthesis who undergoes Decompressive Laminectomy with Fusion and Dura mater repair.

(Received: January 11,2024 ; Revised: February 25,2024 ; Accepted: February 29,2024)

**ศุภกร ภุมเรศน์**[1]
Supagorn Pumarate[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและแผนการพยาบาลในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลังและเชื่อมกระดูกโดยใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสันหลังร่วมกับซ่อมแซมเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นดูรา จำนวน 1 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ศึกษา คือ เวชระเบียนผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 59 ปี ประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง มาด้วยอาการปวดหลัง ร้าวลงขา ชาขาทั้ง 2 ข้าง แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนส่วนเอวชิ้นที่ 2 ถึง 5 และส่วนกระเบนเหน็บชิ้นที่ 1 ให้การรักษาด้วยการทำผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลังและเชื่อมกระดูกโดยใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสันหลัง โดยการศึกษานี้แบ่งเป็น 3 ระยะ แต่ละระยะพบผู้ป่วยมีปัญหาสำคัญ ดังนี้ ระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด รวมทั้งการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ระยะผ่าตัด ได้แก่ เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดมากในขณะผ่าตัด เกิดการฉีกขาดของเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นดูรา และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่านอนคว่ำ ระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังและแผลผ่าตัดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เส้นเอ็น และเส้นประสาทไขสันหลังถูกรบกวน เสี่ยงต่อสมรรถภาพร่างกายลดลงจากการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพ แผนการพยาบาลสำคัญ ได้แก่ การลดความวิตกกังวล เพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างเพียงพอ หยุดเลือดที่ออกจากการผ่าตัด หยุดการรั่วของน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง ป้องกันการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะต่ำ ป้องกันเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายใจเองอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความปวดจากการผ่าตัด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อต่างๆ และมีความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย จากการประเมินผลการพยาบาลพบว่า ปัญหาสำคัญดังกล่าวถูกแก้ไขหมดไป ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตต่อที่บ้านได้

**คำสำคัญ:** โรคกระดูกสันหลังเคลื่อน การผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลังและเชื่อมกระดูกโดยใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสันหลัง การซ่อมแซมเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นดูรา

**Abstract**

This study is a case study. The objective was to study problems and nursing planning for patients Spondylolisthesis who undergoes Decompressive Laminectomy with Fusion and Repair Dura mater. This study was conducted on 1 patient by purposive sampling. The study was between November 30, 2022, to April 30, 2023, a tool used for medical records, and data were analyzed using content analysis.

The results of the study found a 59-year-old female patient with underlying diseases such as Hypertension, Diabetes Mellitus, and Dyslipidemia. The patient visited the doctor with low back pain referring to both legs. The doctor diagnosed Spondylolisthesis at L2 to L5 and S1. The doctor responded to surgical treatment such as Decompressive Laminectomy with Fusion at L2 to L5 and S1. There are 3 phases in this study and each phase had important problems as follows. The pre-operation phase included patients with anxiety due to a lack of knowledge, and understanding of disease, and surgery including behavior before and after surgery. The operation phases include

[1] พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

hypovolemic shock from massive blood loss during surgery, A tear of the Dura mater of the spinal cord, and the risk of prone position complications. The post-operation phases include the risk of tissue oxygen depletion due to inefficient breathing; patients have back pain and surgical wounds from tissue injuries, ligaments, and irritating the spinal cord, risk of decreased physical performance from ineffective post-surgery rehabilitation. The nursing care plan included decreasing anxiety, increasing the body's blood supply enough, stopping the bleeding from wound surgery, stopping the leaked of Cerebrospinal fluid and preventing intracranial hypotension, preventing tissue hypoxia, improving the efficiency of spontaneous breathing, decreasing pain after surgery appropriate, facilitate to strengthen the muscle and mobility. The evaluation of nursing can solve all important problems. The patient was able to live well at home.

**Keywords:** Spondylolisthesis, Decompressive Laminectomy with Fusion, Dura mater repair

**บทนำ**

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคระบบประสาทไขสันหลังและกระดูกสันหลัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับประสาท ไขสันหลัง ประมาณ 250,000 - 500,000 ราย/ปี[1] โรคกระดูกสันหลังเคลื่อนเป็นโรคหนึ่งในระบบประสาทไขสันหลังและกระดูกสันหลัง ซึ่งเป็นภาวะที่มีการเคลื่อนของกระดูกสันหลัง (Vertebral body) ข้อหนึ่งไปด้านหน้าหรือด้านหลังเหนือข้อต่อปล้องกระดูกสันหลังชิ้นล่างที่อยู่ติดกันมากกว่าปกติ ทำให้ช่องไขสันหลัง (Spinal canal) หรือ Neural foramen ตีบแคบลงกดทับเส้นประสาท[2] โดยมักพบในผู้ป่วยที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป เพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น ความมั่นคงของข้อต่อน้อยกว่าเพศชาย จึงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้สูง บริเวณกระดูกสันหลังเคลื่อนที่พบได้บ่อย คือ กระดูกสันหลังส่วนเอว (Lumbar spine) โดยระดับที่พบได้บ่อย ได้แก่ กระดูกสันหลังระดับเอวที่ 4 ต่อ 5 (L4-L5) กระดูกสันหลังระดับเอวที่ 5 ต่อกระดูกใต้กระเบนเหน็บระดับที่ 1 (L5-S1) และกระดูกสันหลังระดับเอวที่ 3 ต่อ 4 (L3-L4) ตามลำดับ[3] อาการแสดงโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนในระยะแรกยังไม่เด่นชัด แต่เมื่อมีระดับการเคลื่อนมากขึ้นผู้ป่วยจะรู้สึกปวดหลังส่วนล่าง และจะปวดมากเมื่อยืนหรือเดิน มีอาการปวดร้าวลงสะโพก ก้น ต้นขา หากกระดูกเคลื่อนไปทับเส้นประสาทจะมีอาการชาขาและขาอ่อนแรงร่วมด้วย บางรายควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้[4] โดยหากอาการไม่รุนแรงการรักษาจะใช้แบบประคับประคอง คือ การรักษาด้วยยา การรักษาโดยการทำกายภาพบำบัด การฝังเข็ม การฉีดยาเข้าโพรงประสาทไขสันหลัง การใส่ที่พยุงลำตัว รวมทั้งการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือท่าทางในการใช้ชีวิตประจำวันที่ถูกต้อง หากมีอาการรุนแรงต้องให้การรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ซึ่งวิธีที่นิยมในปัจจุบัน คือ การผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลังและเชื่อมข้อกระดูกสันหลัง (Spinal fusion) ด้วยการใช้โลหะยึดตรึงระหว่างกระดูกสันหลัง (Pedicle screw) หรือการเชื่อมข้อโดยใช้กระดูกปั่นใส่ในวัสดุแทนหมอนรองกระดูก เพื่อเชื่อมข้อกระดูกไขสันหลังด้านใน[5] ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์มาก ใช้เวลาทำผ่าตัดนาน และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำผ่าตัด ได้แก่ การฉีกขาดของเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นดูรา การสูญเสียเลือดจำนวนมาก การบาดเจ็บของเส้นประสาทไขสันหลังและเส้นเลือดบริเวณผ่าตัด[2]

จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลังและเชื่อมข้อกระดูกสันหลัง งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบว่าในแต่ละปีมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2563 ถึงปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 19, 22, และ 50 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีกระดูกสันหลังเคลื่อน (Spondylolisthesis) จำนวน 2, 4 และ 14 ราย ตามลำดับ[6] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ภาวะแทรกซ้อนที่พบจากการผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลังและเชื่อมข้อกระดูกสันหลัง คือ สูญเสียเลือดมากระหว่างผ่าตัด

ร้อยละ 14.29 (13 ราย) นำไปสู่การเกิดภาวะ Hypovolemic shock ต้องให้สารน้ำและเลือดทดแทนอย่างเร่งด่วนและเพียงพอ เยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นดูราฉีกขาด ร้อยละ 3.30 (3 ราย) ทำให้ CSF รั่ว ต้องเย็บซ่อมแซมเยื่อดูราทันที และบาดเจ็บต่อเส้นประสาทร้อยละ 1.10 (1 ราย) ส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตชั่วคราว นอกจากนี้ในระยะหลังผ่าตัดยังพบแผลผ่าตัดติดเชื้อร้อยละ 8.79 (8 ราย) ทำให้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น[7] จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลังและเชื่อมกระดูกโดยใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสันหลัง ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัด จำเป็นต้องมีความรู้ สมรรถนะเฉพาะทาง ความชำนาญ ในการจัดเตรียมและส่งเครื่องมือ อุปกรณ์สำหรับผ่าตัดอย่างถูกต้อง ครบถ้วน รวมทั้งสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยมีแผนการดูแลที่ชัดเจน เป็นที่ยอมรับของสหวิชาชีพ ช่วยให้ทีมผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ทั้งการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การดูแลขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด สามารถจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่อเกิดขึ้น รวมถึงให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในระยะฟื้นฟูสภาพเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดความพิการ สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาปัญหาและแผนการพยาบาลในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลังและเชื่อมกระดูกโดยใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสันหลังร่วมกับซ่อมแซมเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นดูรา

**ผลการศึกษา**

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **แผนการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด**<br>**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยปวดหลังบริเวณเอวร้าวลงขาเนื่องจากมีความผิดปกติของโครงสร้างของกระดูกสันหลัง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบ่นปวดหลังบริเวณเอวและร้าวลงขาทั้ง 2 ข้าง ขณะยืนและเดิน ประเมิน Pain scale = 3 คะแนน<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดอาการปวดหลังบริเวณเอวร้าวลงขา | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ประเมินความปวดด้วย NRS ทุก 4 ชั่วโมง<br>2. จัดการความปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยา ได้แก่ ประคบด้วยความร้อน<br>3. หลีกเลี่ยงท่าทางที่ทำให้ปวดมากขึ้น<br>4. จัดท่านอนโดยให้ท่านอนหงายใช้หมอนสอดใต้เข่าทั้งสองข้าง ท่านอนตะแคงให้กอดหมอนข้างขาล่างเหยียดตรง ขาบนงอ รองหมอนข้างไว้ระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง หลีกเลี่ยงท่านอนคว่ำ<br>5. รายงานแพทย์เมื่อประเมิน NRS ≥ 5 คะแนน<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ภายหลังได้รับการจัดการความปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยา ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังลดลง ประเมิน NRS pain scale = 1-2 คะแนน |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2** ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบอกว่า กลัวการผ่าตัดเพราะเคยได้ยินมาว่าการผ่าตัดกระดูกสันหลังเสี่ยงต่อการเป็นอัมพาต สีหน้าวิตกกังวล และบอกว่าไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. สร้างสัมพันธภาพโดยพูดคุยซักถามและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และรับฟังอย่างตั้งใจ<br>2. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยจากสีหน้า ท่าทางและคำบอกเล่า<br>3. สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย โดยยกตัวอย่างผู้ป่วยที่เป็นโรคและได้รับการผ่าตัดชนิดเดียวกัน ผลลัพธ์การผ่าตัดดี<br>4. อธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกสันหลังเคลื่อน การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด และขั้นตอนการผ่าตัดอย่างคร่าวๆ สิ่งที่ต้องเผชิญในห้องผ่าตัด<br>5. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด<br>6. เปิดโอกาสให้ซักถามหากมีข้อสงสัย และตอบข้อสงสัยอย่างชัดเจน<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง นอนหลับได้ |
| **แผนการพยาบาลระยะผ่าตัด** | **กิจกรรมการพยาบาล** |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการทำผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดชนิด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ห้องผ่าตัดมีผู้ป่วยที่รอการทำผ่าตัดหลายคน โดยมีตำแหน่ง ชนิดการผ่าตัดที่แตกต่างกัน<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการทำผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดชนิด | 1. ตรวจสอบเอกสารต่างๆ ที่มากับผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ การตรวจพิเศษอื่นๆ ให้ตรงกับ ชื่อ นามสกุล ของผู้ป่วย<br>2. ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทำ sign in ร่วมกับทีมผ่าตัด ได้แก่ พยาบาลส่งเครื่องมือ พยาบาลผู้ช่วยรอบนอก วิสัญญีพยาบาล ศัลยแพทย์ผู้ทำผ่าตัด ยืนยันความถูกต้องชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด ทำเครื่องหมายบริเวณที่จะผ่าตัด (Mark site)<br>3. ก่อนลงมีดทำ time out ร่วมกับทีมผ่าตัด ได้แก่ พยาบาลส่งเครื่องมือ พยาบาลผู้ช่วยรอบนอก วิสัญญีพยาบาล วิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ผู้ทำผ่าตัด เพื่อยืนยันความถูกต้องการเข้าผ่าตัดถูกห้อง ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และตำแหน่งที่จะผ่าตัด<br>4. ก่อนสิ้นสุดการผ่าตัดทำ sign out ร่วมกับทีมผ่าตัด ได้แก่ พยาบาลส่งเครื่องมือ พยาบาลผู้ช่วยรอบนอก วิสัญญีพยาบาล ศัลยแพทย์ผู้ทำผ่าตัด เพื่อยืนยันความถูกต้องของชนิดการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัด และการเขียนป้ายสิ่งส่งตรวจ<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง และถูกชนิด |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าทำผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดในท่านอนคว่ำ (Prone position) มีตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการถูกกดทับบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ บริเวณใบหน้า ตา หน้าอก กระดูกสะโพก หัวเข่าและข้อเท้า<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าทำผ่าตัด ได้แก่ การบาดเจ็บของผิวหนัง กล้ามเนื้อและเส้นประสาท | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. พลิกผู้ป่วยให้นอนคว่ำช้าๆ บน spinal flame โดยวางหน้าผากบน headrest ที่มีวัสดุนุ่มรองอยู่<br>2. ป้ายตาด้วย antibiotic ointment ปิดตาให้สนิท<br>3. ใช้หมอนรองใต้ไหล่ทั้ง 2 ข้าง ยาวถึงขอบกระดูกเชิงกราน<br>4. จัดให้แขนทั้ง 2 ข้างวางบน arm board โดยให้ผู้ป่วยคว่ำมือ ข้อศอกงอไม่เกิน 90 องศา ใช้ผ้านุ่มๆ รองใต้ศอก จัดให้อยู่ระดับ body alignment และใช้หมอนรองบริเวณสะโพก เข่า และปลายเท้า<br>5. ตรวจดูให้แนวลำคอและแนวกระดูกสันหลังอยู่ในแนวเดียวกัน<br>6. ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้ถูกกดทับ<br>7. ใช้สายรัดบริเวณเหนือเข่าประมาณ 2-4 นิ้ว<br>8. ตรวจสอบสภาพผิวหนังระหว่างการทำผ่าตัด<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับและบาดเจ็บเส้นประสาทจากการจัดท่านอนคว่ำ |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5** ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกเนื่องจากการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** สูญเสียเลือดในระหว่างผ่าตัด 1,000 ml BP ต่ำ= 80/50 mmHg, PR เร็ว= 118 beat/min, $O_2$ sat = 95 % urine flow ทาง foley's cath จาก 50 ml/hr ลดลงเหลือ 25 ml/hr Hematocrit = 21.7 %<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก เพิ่มปริมาณเลือดและสารน้ำในระบบไหลเวียนเลือดให้เพียงพอ และหยุดเลือดที่ออกจากการผ่าตัด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ถ้า pulse pressure < 20 mmHg, ชีพจรเบาเร็ว คลำได้ไม่ชัดเจน ต้องรีบรายงานแพทย์<br>2. ดูแลให้ได้รับ RLS 1,000 ml Ⓥ load, Voluven 500 ml Ⓥ drip 40 - 100 ml/hr<br>3. ดูแลให้ได้รับ PRC 2 unit Ⓥ drip, FFP 2 unit Ⓥ drip<br>4. ดูแลให้ได้รับ Transamine 750 mg Ⓥ ตามแผนการรักษา<br>5. ดูแลให้ได้รับ 10% Calcium gluconate Ⓥ ตามแผนการรักษา<br>6. ดูแลให้ได้รับ $O_2$ อย่างเพียงพอ และติดตามค่า $O_2$ sat สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน<br>7. ดูแลให้ได้รับ Levophed® 4 mg: 250 ml Ⓥ drip keep BP> 90/60 mmHg ตามแผนการรักษา<br>8. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง และ urine out put ทุก 1 ชั่วโมง ถ้า urine < 0.5 cc/kg/hr รายงานแพทย์ทันที<br>9. ประเมินการสูญเสียเลือด โดยบันทึกจำนวนเลือดในขวด suction จากผ้าซับโลหิต<br>10. เตรียมเครื่องจี้ไฟฟ้าและ bone wax ให้พร้อม<br>11. ร่วมกับวิสัญญีพยาบาลประเมิน Adequate organ perfusion จากค่า MAP ≥ 65 mmHg, urine > 0.5 cc/kg/hr, nail bed return < 2 วินาที |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | **ประเมินผลการพยาบาล** ภายหลังผู้ป่วยได้รับการ resuscitate ภาวะช็อกด้วย RLS 3,200 ml, Voluven 1,000 ml, PRC 640 ml, FFP 440 ml Levophed® 4 mg: 250ml Ⓥ drip rate 10 ml/hr มี Adequate organ perfusion BP อยู่ในช่วง 90/60-100/60 mmHg, MAP = 70- 73 mmHg, PR =70-80 beat/min,$O_2$ sat = 100%, urine flow ทาง foley's cath ออก 100–150 ml/hr, nail bed return 1.45 วินาที Hematocrit = 34.3 % |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6** เกิดภาวะเยื่อหุ้ม ไขสันหลังชั้นดูราฉีกขาดขณะผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ในขั้นตอนการเลาะ ligamentum flavum ออกจากกระดูก lamina มี Adhesion มากจึงไปถูกเยื่อหุ้มไขสันสันหลังชั้นดูราฉีกขาด และมี CSF รั่วซึม<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นดูราฉีกขาด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. เตรียม Prolene 5/0 และ Duragraft ให้พร้อม<br>2. ภายหลังจากเย็บซ่อมแซมเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นดูรา สังเกตว่ามีการรั่วซึมของ CSF ที่แผลผ่าตัด content ในขวด Radivac drain หรือมี CSF ปน หรือไม่ มี CSF ไหลออกทางจมูกและ/หรือหู หรือไม่<br>3. ส่งข้อมูลให้หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยต่อ ให้เฝ้าระวังภาวะ Intracranial hypotension จาก low CSF pressure โดยจะมีอาการปวดศีรษะบริเวณด้านหน้า ขมับทั้ง 2 ข้าง อย่างรุนแรง เมื่ออยู่ในท่านั่งหรือยืน ปวดคอ คอแข็ง คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน มีเสียงดังในหู การทรงตัวไม่มั่นคง ชาที่ใบหน้า<br>**ประเมินผลการพยาบาล** แผลผ่าตัดและ Radivac drain ไม่มี CSF รั่วซึม จากการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่เกิด intracranial hypotension |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า<br>**ข้อมูลสนับสนุน** การผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลังและเชื่อมกระดูกโดยใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสันหลัง ต้องใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าเพื่อหยุดเลือดและเลาะเนื้อเยื่อระหว่างผ่าตัด<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องจี้ไฟฟ้า สายอุปกรณ์ แผ่นสื่อไฟฟ้าก่อนผ่าตัด<br>2. ประเมินสภาพผิวหนังผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด<br>3. เลือกชนิดของสื่อนำไฟฟ้าให้เหมาะสมกับผู้ป่วย<br>4. ติดแผ่นนำไฟฟ้าให้เต็มแผ่น สัมผัสผิวหนังที่แห้ง บริเวณกล้ามเนื้อมัดใหญ่ที่ไม่มีขน และติดให้ใกล้บริเวณผ่าตัดที่สุด<br>5. ตรวจสอบเครื่องจี้ไฟฟ้าก่อนใช้งานปุ่มปรับระดับต้องอยู่ที่ระดับ 0 เสมอ<br>6. ตรวจสอบร่างกายผู้ป่วยไม่ให้สัมผัสโลหะและตรวจสอบผู้ป่วยให้ถอดเครื่องประดับออกทั้งหมด<br>7. ตรวจสอบเครื่องจี้ไฟฟ้า ตัวผู้ป่วย และบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้าทันที เมื่อได้ยินเสียงสัญญาณเตือน<br>8. ปิดเครื่องจี้ไฟฟ้าทันทีเมื่อเสร็จการผ่าตัด<br>9. ตรวจสอบการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หลังสิ้นสุดการทำผ่าตัดประเมินผิวหนังบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้าไม่มีรอยแดง รอยไหม้หรือแผลพุพอง |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8** เสี่ยงต่อการมีเครื่องมือ อุปกรณ์ ของมีคม ผ้าซับโลหิตตกค้างในร่างกายผู้ป่วย<br>**ข้อมูลสนับสนุน** การผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลังและเชื่อมกระดูกโดยใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสันหลัง ต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ ของมีคมหลายชิ้น หลายขนาด ซึ่งบางชนิดมีขนาดเล็ก อาจทำให้มองไม่เห็น เป็นเหตุให้ตกค้างในช่องท้องหลังผ่าตัดได้<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ป้องกันเครื่องมือ อุปกรณ์ ของมีคม ผ้าซับโลหิตตกค้างในร่างกายผู้ป่วย | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ตรวจนับเครื่องมือ อุปกรณ์ ของมีคม ผ้าซับโลหิตก่อนการผ่าตัด ก่อนเริ่มเย็บปิดช่องว่างหรือโพรงในกระดูกสันหลัง และก่อนเริ่มเย็บปิดชั้นผิวหนัง<br>2. แจ้งศัลยแพทย์ว่าจำนวนเครื่องมือ อุปกรณ์ และผ้าซับโลหิตที่ใช้ผ่าตัดครบหรือไม่ครบ<br>**ประเมินผลการพยาบาล** เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดจำนวนเครื่องมือ อุปกรณ์ ของมีคม ผ้าซับโลหิตครบถ้วน |
| **แผนการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด** | **กิจกรรมการพยาบาล** |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9** เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ จากการได้รับยาที่มีฤทธิ์กดการหายใจ และระดับความรู้สึกตัวลดลง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธี General anesthesia และได้รับยาระงับความรู้สึก ยาระงับความปวด ซึ่งการออกฤทธิ์กดการหายใจ ใส่ ET Tube ชึมหลับ<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และสามารถหายใจเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ | 1. ประเมินอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ กระสับกระส่าย BP ต่ำ PR ช้า $O_2$sat <90% ปลายมือและเท้า ซีด เขียว<br>2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ setting P-CMV mode, IT=1.0 sec, $FiO_2$ = 0.4, RR=16 beat/min, PEEP=5 $cmH_2O$, IP=15 $cmH_2O$<br>3. ดูแล ET Tube ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ<br>4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเอง<br>5. ประเมินข้อบ่งชี้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้แก่ สัญญาณชีพปกติหรือคงที่ SBP= 90 -160 mmHg, RR < 35 beat/min, Spontaneous Tidal Volume (STV) ≥ 4 ml/ kg, ค่า $O_2$ sat > 90% ขณะที่ใช้ $FiO_2$ 0.4 ไม่ใช้ Vasopressor หรือใช้เพียงเล็กน้อย ใช้ยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์กดการหายใจลดลงหรือไม่ได้ใช้เลย<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดออกซิเจน หลังผ่าตัด 7 ชั่วโมง off ventilator, ET Tube และให้เป็น $O_2$ Cannula 3 lit/min ผู้ป่วยหายใจได้เอง ไม่เหนื่อย $O_2$ sat =99-100% |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10** ผู้ป่วยมีภาวะซีดเนื่องจากสูญเสียเลือดภายหลังผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** แผลผ่าตัดใส่ Radivac drain ไว้ หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง มี content ออกเป็นเลือด 330 ml ผล Hematocrit = 28-29 %<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดการสูญเสียเลือดจากแผลผ่าตัด และเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดงในเลือด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ประเมินการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด โดยสังเกตแผลผ่าตัดว่ามีเลือดซึมออกมาหรือไม่ สังเกตบันทึกปริมาณของเลือดที่ออกมาในขวด Radivac drain ทุก 1 ชั่วโมง<br>2. ดูแลให้ได้รับ Transamine 500 mg Ⓥ q 8 hr x 3 dose<br>3. ดูแลให้ได้รับ PRC 2 unit Ⓥ drip<br>4. ติดตามค่า Hematocrit ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย กรณี < 30% หรือลดลงจากเดิม ≥ 3 % รายงานแพทย์<br>5. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ได้แก่ นม ไข่แดง ตับ ผักใบเขียว เป็นต้น<br>6. ติดตามประเมินอาการแสดงของภาวะซีด ได้แก่ เหนื่อยง่าย เวียนศีรษะ หายใจตื้น หอบ หัวใจเต้นเร็ว มีอาการซีดตามปลายมือ ปลายเท้า เยื่อบุตา มีภาวะความดันต่ำขณะเปลี่ยนท่าทาง<br>**ประเมินผลการพยาบาล** แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม Radivac drain มี content ออกเป็นเลือดลดลงเรื่อยๆ หลังผ่าตัดวันที่ 9 ไม่มี content ออก จึง off Radivac drain Hematocrit ซ้ำ = 34 % |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11** ผู้ป่วยปวดหลังและแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ และเส้นประสาทไขสันหลังถูกรบกวนจากการผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบ่นปวดแผล pain scale = 5-7 คะแนน<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดอาการปวดแผลผ่าตัด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมิน Numeric Rating Scale และประเมินจากสีหน้าท่าทางของผู้ป่วย เช่น คิ้วขมวด กระสับกระส่าย ฝืนตัวเวลาเปลี่ยนท่า กำมือแน่น เหงื่อออก หน้าซีด ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว<br>2. ดูแลให้ได้รับ MO 4 mg Ⓥ q 6 hr หลังผ่าตัดวันแรก และประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อพิจารณาฉีด MO 2-3 mg Ⓥ prn q 4 hr หลังผ่าตัดวันที่ 2- 3 ติดตามและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ หายใจช้า < 10 beat/min หายใจลำบาก BP < 90/60 mmHg<br>3. ดูแลให้ได้รับ Dinastat 40 mg Ⓥ q 12 hr x 2 dose หลังผ่าตัดวันแรก<br>4. ดูแลให้ได้รับยา Tramol (50mg) 1 cap ⊙ bidpc, Gabapentin(400mg) 1 cap⊙ hs หลังผ่าตัดวันที่ 4 จนถึงจำหน่าย<br>5. แนะนำเทคนิคการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ หายใจเข้า-ออกลึกๆ ช้าๆ ทำสมาธิ<br>6. ให้การพยาบาลอย่างเบามือและนิ่มนวล<br>7. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนท่าหรือเคลื่อนไหวร่างกาย โดยพลิกตะแคงตัวยแบบ log roll technique จัดท่านอนใช้หมอนรองเข่า<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยบ่นปวดแผลลดลง pain scale เท่ากับ 1-2 คะแนน |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 12** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อแผลผ่าตัดติดเชื้อเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดและใส่สายระบายออกสู่ภายนอกแผลผ่าตัด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย หรือสัมผัสสารคัดหลั่งผู้ป่วย และให้การพยาบาลโดยใช้หลัก Aseptic technique<br>2. ดูแลให้ได้รับยา Cefazolin 1 gm Ⓥ q 6 hr |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณหลังตั้งแต่ระดับ L2 -S1 และใส่สายระบาย Radivac drain ไว้ 1 สาย ผล CBC หลังผ่าตัด WBC= 20.08 x$10^3$ cell/$mm^3$, Neutrophil = 90.3%<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ | 3. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ หนาวสั่น อ่อนเพลีย แผลมีสารคัดหลั่งซึมเป็นหนอง ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณแผลผ่าตัด<br>4. แนะนำผู้ป่วยระมัดระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ ถ้าแผลเปียกน้ำควรแจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อทำแผลใหม่ทันที ไม่ใช้มือสัมผัส แคะ หรือเกาบาดแผล รักษาความสะอาดของบาดแผล และร่างกายทั่วไป<br>5. ตรวจวัด บันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง<br>6. ดูแล Radivac drain ให้เป็นสุญญากาศและระบบปิดตลอดเวลา ระวังสาย ข้อต่อ ไม่ให้ดึงรั้ง เลื่อนหลุด สังเกต บันทึก ปริมาณและลักษณะของสารคัดหลั่งที่ออกมาในขวด Radivac drain ทุกครั้งที่เยี่ยมหลังผ่าตัด ประสานพยาบาลหอผู้ป่วยเปลี่ยน เมื่อมี content เต็มขวด<br>**ประเมินผลการพยาบาล** แผลผ่าตัดไม่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งซึม ผิวหนังบริเวณแผลไม่บวม แดง ร้อน ไม่มีไข้ T= 36.5 - 37.4 °C ผล CBC ซ้ำ พบ WBC= 10.50 x$10^3$, Neutrophil = 80.5% หลังผ่าตัด 7 วัน off Radivac drain หลังผ่าตัด 14 วัน แพทย์นัดมาตัดไหมที่แผลผ่าตัด แผลแห้งและติดดี |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 13** เสี่ยงต่อเกิดแผลกดทับ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก หลังผ่าตัดเนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม<br>**ข้อมูลสนับสนุน** หลังได้รับการผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลังและเชื่อมกระดูกโดยใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสันหลัง 1-3 วันแรก ผู้ป่วยต้องนอนพักอยู่บนเตียง โดยมีข้อจำกัดของท่านอน<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดแผลกดทับและภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกหลังผ่าตัด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. กิจกรรมการพยาบาลป้องกันการเกิดแผลกดทับ<br>1.1 ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงแบบ log roll technique และใช้หมอน และผ้านุ่มรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ<br>1.2 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยใช้ Braden scale ทุกวัน<br>1.3 ดูแลรักษาความสะอาดผิวหนัง และดูแลไม่ให้เปียกชื้น<br>2. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก<br>2.1 แนะนำและกระตุ้นให้ออกกำลังกายเกร็งยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แขน ขา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิต<br>2.2 สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อน ของขาของผู้ป่วย หากพบความผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์<br>2.3 ประเมินสัญญาณชีพ หากพบความผิดปกติ เช่น หายใจเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว หรือ $O_2$ sat ลดลง EKG เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ คลำชีพจรบริเวณ femoral artery, popliteal artery, dorsalis pedis artery ไม่พบหรือเต้นอ่อนลง ให้รีบรายงานแพทย์<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ ไม่มีรอยแดง รอยช้ำ แผลถลอก ขาทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 14** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อสมรรถภาพทางกายลดลงเนื่องจากการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพ<br>**ข้อมูลสนับสนุน** หลังผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลังและเชื่อมกระดูกโดยใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสันหลัง มีข้อจำกัดในเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อความปลอดภัยหลายประการ ได้แก่ ท่านอน ท่านั่ง การยืน การเดิน ซึ่งต้องได้รับคำแนะนำ การสอน การฝึกทักษะ และการปฏิบัติอย่างถูกต้อง<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำกิจกรรมและการบริหารร่างกายภายหลังการผ่าตัด ดังนี้<br>วันที่ 1 ดูแลให้ผู้ป่วยนอนราบเพื่อให้ส่วนที่ทำผ่าตัดได้พัก ห้ามลุกนั่งหรือไขเตียงด้านศีรษะสูง ยกเว้นแพทย์อนุญาต พลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุงทุก 2 ชั่วโมง โดยมีผู้ช่วยเหลือทุกครั้ง นอนไม่บิดตัว กรณีนอนหงายใช้หมอนรองใต้เข่าเสมอ ออกกำลังข้อเท้าทั้ง 2 ข้าง กระดกข้อเท้าขึ้นลง หมุนข้อเท้าเป็นวงกลม ทำท่าละ 10 ครั้ง เพื่อขยับข้อต่อ สร้างความแข็งแรงและความยืดหยุ่น ป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ เพื่อบริหารปอด<br>วันที่ 2 – 3 ออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา โดยนอนราบเกร็งกล้ามเนื้อเข่า และกดเข่าลงบนที่นอนให้มากที่สุด กระดกข้อเท้าขึ้น นับ 1 - 10 จึงปล่อยกล้ามเนื้อคลายตัว ทำวันละ 3 รอบ รอบละ 15 - 20 ครั้ง ออกกำลังกายแขนทั้ง 2 ข้าง ขึ้นลงสลับกัน 2 ข้าง ช้าๆ ไขเตียงให้ผู้ป่วยนั่ง โดยระวังไม่ให้กระดูกสันหลังบิด งอ<br>วันที่ 4-7 บริหารกล้ามเนื้อต้นขา นอนหงายชันเข่า 2 ข้าง แขนแนบลำตัว เกร็งกล้ามเนื้อท้อง กดหลังกับพื้นเตียง เกร็งนาน 5 วินาที พัก และทำติดต่อกัน 10 ครั้ง บริหารกล้ามเนื้อแขนประสานนักกายภาพบำบัดให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการหัดเคลื่อนย้ายตัวลงนั่ง ยืน และเดินโดยใช้ walker |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | วันที่ 8 - 10 บริหารกล้ามเนื้อต้นขา บริหารกล้ามเนื้อแขน นักกายภาพบำบัดให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการหัดเคลื่อนย้ายตัวลงนั่ง ยืน และเดินโดยใช้ walker<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถนั่งบนเตียง ยืน เดินโดยใช้ walker ได้ |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 15** ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยถามถึงวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยมีความรู้เพียงพอสำหรับการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปบ้าน | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน ดังนี้<br>1. ดูแลให้แผลแห้ง ไม่แกะเกา จนกว่าจะตัดไหม ถ้าแผลบวมแดง มีหนองไหล มีไข้ ให้รีบมาพบแพทย์<br>2. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ยาแก้ปวดที่มีผลทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ให้ รับประทานพร้อมอาหารหรือหลังอาหารทันที พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร<br>3. รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ปลาร้าแห้ง ปลาป่น ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง เต้าหู้ และผักต่างๆ<br>4. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ตามเกณฑ์มาตรฐาน<br>5. ควบคุมโรคเดิมที่เป็นอยู่ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตให้อยู่ระดับ 130/80 mmHg โรคไขมันในเลือดสูง ระดับ LDL-C < 100 mg/dl โรคเบาหวาน $HbA_1C$ < 7%<br>6. ให้คำแนะนำการทำกิจกรรมต่างๆ ดังนี้<br>สัปดาห์ที่ 1 เดินในบริเวณบ้านทุกวันและบ่อยเท่าที่จะทำได้ และค่อยๆเพิ่มระยะทางและเวลาขึ้นในแต่ละวัน ไม่ควรนั่งนานเกิน 20 นาที ขึ้นลงบันไดต้องเกาะราวบันไดเสมอ<br>สัปดาห์ที่ 2 ทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น เดินไกลขึ้น เดินบ่อยขึ้น แต่ยังต้องพัก เมื่อรู้สึกเมื่อยหรือเพลีย ยกของหนักไม่เกิน 2 กิโลกรัม สามารถขับรถระยะทางใกล้ๆ ได้<br>สัปดาห์ที่ 3 ฝึกเดินพร้อมกับเพิ่มระยะทางและเวลาเดินให้มากขึ้น ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ยกของหนักไม่เกิน 5 กิโลกรัม ฝึกเดินโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยในการเดิน<br>สัปดาห์ที่ 4 เดินนานมากขึ้นและไกลขึ้น เริ่มออกกำลังกายเบาๆ ทำงานบ้านเพิ่มขึ้น สามารถขับรถได้ไกลขึ้น<br>เดือนที่ 2 และ 3 เพิ่มกิจกรรมอื่นๆ เช่น ว่ายน้ำ ถีบจักรยานอยู่กับที่ และออกกำลังกายที่ไม่หักโหม<br>7. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องก้มตัวสุดหรือแอ่นหลังสุดเป็นประจำ ก้มหลังยกของ ก้มหลังเก็บของ ให้ใช้วิธีย่อเข่าแทน การยกของหนักมากเกินกำลัง ไม่ควรอยู่ในที่ซึ่งมีการสั่นสะเทือน ไม่นั่งนานๆ โดยเฉพาะในที่นั่งซึ่งอ่อนนุ่มจนทำให้หลังโค้งงอ หากงานที่ทำจำเป็นต้องนั่งตลอดทั้งวัน ควรหาโอกาสเดินเปลี่ยนอิริยาบถทุก 1 ชั่วโมง<br>8. มาพบแพทย์ตามนัด หรือมาก่อนนัดถ้ามีอาการผิดปกติ<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้านได้อย่างถูกต้อง |

## อภิปรายผล

จากการศึกษาปัญหาและแผนการพยาบาล พบว่าปัญหาและแผนการพยาบาลที่สำคัญในแต่ละระยะการดูแล มีดังนี้ ระยะก่อนผ่าตัด คือ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายผิดปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และด้านการรับรู้ เป็นอุปสรรคต่อการทำผ่าตัดและการฟื้นตัวในระยะหลังผ่าตัด[8] แผนการพยาบาล ได้แก่ การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ระยะผ่าตัด คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด พบมี 3 ปัญหา ได้แก่ ปัญหาที่ 1 เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดมากในขณะผ่าตัด เนื่องจาก

การผ่าตัดกระดูกสันหลังจะเปิดแผลผ่าตัดทำการเลาะกล้ามเนื้อบริเวณรอบกระดูกสันหลังและเข้าไปตัดกระดูกสันหลังส่วน Lamina เพื่อทำการเปิดโพรงเส้นประสาทให้โล่ง แล้วใส่อุปกรณ์ โลหะเชื่อมต่อยึดตรึงกระดูกสันหลัง จำเป็นต้องเปิดแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ จึงมีโอกาสเสียเลือดมาก ซึ่งหากมีการเชื่อมข้อกระดูกสันหลังหลายข้อ ยิ่งทำให้แผลผ่าตัดมีขนาดใหญ่ขึ้น ส่งผลให้เกิดการสูญเสียเลือดในการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังทำให้ระยะผ่าตัดนานขึ้นอีกด้วย[9] ปัญหาที่ 2 คือ เกิดการฉีกขาดของเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นดูราทำให้มี CSF รั่วออกมา สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยรายนี้มีกระดูกสันหลังเคลื่อนจนเกิดเป็นพังผืด (Adhesions) ยึดเกาะจำนวนมาก ทำให้การผ่าตัดในขั้นตอนการเลาะ ligamentum flavum ซึ่งมีโครงสร้างอยู่ชิดกับส่วนหลังของ dural sac ออกจากกระดูก lamina ทำได้ยาก จึงไปถูกเยื่อหุ้มดูราฉีกขาด[10] แผนการพยาบาล ได้แก่ การหยุดการรั่วของ CSF และการป้องกันการเกิด intracranial hypotension ปัญหาที่ 3 คือ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่านอนคว่ำ เนื่องจากเป็นท่าที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาแผลกดทับ บริเวณใบหน้าและบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ และอันตรายต่อเส้นประสาท (nerve injury)[11] แผนการพยาบาล ได้แก่ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และอันตรายต่อเส้นประสาท ระยะหลังผ่าตัด พบมี 3 ปัญหา ได้แก่ ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเกิดจากการผ่าตัดใช้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ผู้ป่วยจะได้รับยาที่มีฤทธิ์กดการหายใจ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ซึ่งฤทธิ์ของยายังตกค้างอยู่ ทำให้ประสิทธิภาพการหายใจลดลง อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้[12] แผนการพยาบาล ได้แก่ การป้องกันเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายใจเองอย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยปวดหลังและแผลผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อ หมอนรองกระดูก เส้นเอ็นต่างๆ บริเวณผ่าตัด ได้รับบาดเจ็บ รวมทั้งเกิดการรบกวนเส้นประสาทไขสันหลัง[13] แผนการพยาบาล ได้แก่ การจัดการเพื่อลดความปวดอย่างเหมาะสม ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อสมรรถภาพร่างกายลดลงจากการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพ โดยกิจกรรมการฟื้นฟูต้องทำเป็นระบบ และเป็นขั้นตอนตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ และใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัวนานหลายเดือนกว่าจะกลับมาใกล้เคียงปกติได้[14] แผนการพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อบริหารกล้ามเนื้อต่างๆ การส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองด้านการเคลื่อนไหวตนเอง

**ข้อเสนอแนะ**

การผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลังและเชื่อมกระดูกโดยใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสันหลังมีหลายขั้นตอน ความซับซ้อน ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์มาก และมีความละเอียดอ่อน ต้องใช้ความรู้ ทักษะความชำนาญในการช่วยส่งเครื่องมือแพทย์ ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดควรทบทวนขั้นตอนการผ่าตัด และการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือแต่ละขั้นตอนให้มีความแม่นยำ และจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือทั้งภาวะปกติ และสำหรับจัดการกับภาวะฉุกเฉินให้ครบถ้วน และความพร้อมใช้ เพื่อการส่งเครื่องมือแพทย์ได้อย่างถูกต้องครบถ้วน และทันต่อความต้องการของศัลยแพทย์ นอกจากนี้ควรจัดให้มีการสอนงานด้วยระบบพี่เลี้ยงหรือการโค้ชจากผู้มีประสบการณ์ และชำนาญในงานมากกว่า เพื่อถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ตรงในการช่วยศัลยแพทย์ทำผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลังและเชื่อมกระดูกโดยใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสันหลัง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์น้อย ได้พัฒนาความรู้ ทักษะในการทำงาน และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

1. สายสมร บริสุทธิ์และคณะ. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาลทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2560.
2. สายใจ เอียงอิ่ม. คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังเคลื่อนด้วยการเชื่อมกระดูกและใส่โลหะยึดตรึงกระดูก [อินเตอร์เน็ต] 2555 [สืบค้นเมื่อ 3 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงจาก: https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/169/sins_nursing_manual_2555_04.pdf
3. พงศธร ปาลี และพัชริดา กุลครอง. กระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อนและการออกกำลังกายกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวเพื่อลดอาการปวด.วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(4): 768-776.
4. โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านกระดูกสันหลังและระบบประสาท. เคาะห้องหมอหาคำตอบ[อินเตอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน2566]. เข้าถึงจาก: https://www.facebook.com/sspinehospital/?locale=th_TH
5. อัจฉรา ไชยกุล. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลัง: กรณีศึกษา 2 ราย วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2564; 8(4): 362-374.
6. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2563- 2565 [อินทราเน็ต] 2565 [สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2566] เข้าถึงจาก : http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
7. กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ห้องผ่าตัด ปี พ.ศ 2563-2565.
8. กิตติศักดิ์ คัมภีระ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล การปฏิบัติตัว และพิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่าของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต].พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2562.
9. บุญมี ชุมพล. การพยาบาลผู้ป่วยหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อนกดทับเส้นประสาทร่วมกับโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบที่ได้รับการผ่าตัดยกกระดูกลามินาออกเพื่อคลายการกดทับเส้นประสาทร่วมกับการเชื่อมและยึดตรึงกระดูกสันหลังด้วยโลหะ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2564; 18(1): 73-86.
10. Erdoğan U., Akpinar A . Clinical Outcomes of Incidental Dural Tears During Lumbar Microdiscectomy. Cureus 2021; 13(4): 2-7.
11. สวนีย์ พุ่มสีนิล. คู่มือการพยาบาลในระยะผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยเนื้องอกไขสันหลังระดับอกที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกผ่านทางกระดูกสันหลัง[อินเตอร์เน็ต] 2560 [สืบค้นเมื่อ 3 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงจาก: https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/467/Surgical
12. เสาวภา ไพศาลพันธุ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2560; 37(2): 49-58.
13. Bajwa S.J.S., Haldar R. Pain management following spinal surgeries: An appraisal of the available options. J Craniovertebral Junction Spine2015; 6(3): 105–110.
14. ศศิกรณิศ สันติวรบุตร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2561.

# การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง

# Nursing for A Renal Cell Carcinoma Patients Undergoing Laparoscopic Radical Nephrectomy.

(Received: January 11,2024 ; Revised: January 29,2024 ; Accepted: February 2,2024

**นงลักษณ์ จิตตานนท์**[1]
**Nonglak Chittanon**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษากรณีศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของกอร์ดอนในกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยนำมาวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยฟื้นจากภาวะการเจ็บป่วยและปลอดภัยจากภาวะวิกฤต โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยหม้าย อายุ 72 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทองด้วยอาการปวดท้องด้านขวา ปัสสาวะเป็นเลือด แพทย์ตรวจวินิจฉัยเป็นมะเร็งไตขวาและวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดนำไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งไตและกลัวการผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดได้ให้ความรู้ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ติดตามเยี่ยมประเมินสภาพและให้การพยาบาลที่หอผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้และแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

การศึกษากรณีศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของกอร์ดอนร่วมกับแนวคิดของกระบวนการพยาบาลจัดลำดับกิจกรรมที่สัมพันธ์เชื่อมโยงในแต่ละขั้นตอนของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้องได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ เหมาะสมกับปัญหา ปราศจากภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้อง

**คำสำคัญ**: มะเร็งไต, การผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง, การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัด

**Abstract**

The objective of this case study was to study nursing for a renal cell carcinoma patient undergoing laparoscopic radical nephrectomy by applying Gordon's nursing theory in nursing practice as the instrument in assessing the health conditions of the patient for nursing diagnosis, planning, practice and evaluation preoperatively, perioperatively and postoperatively while the patient is recovering from illness and safe from crisis. The study was conducted on a Thai widower female patient aged 72 years who had been admitted to Ang Thong Hospital for treatment with pain in his right abdomen and bloody urine. The doctor diagnosed right renal cell carcinoma and planned treatment by laparoscopic radical nephrectomy. The surgical nurse visited the patient before the surgery in the women's special surgical ward and found that the patient had anxiety about kidney cancer and fear of surgery. The surgical nurse offered knowledge on preoperative preparation, as well as the perioperative and postoperative phases. The nurse also made follow-up visits to assess nursing care conditions in the ward in addition to instructing and advising on resources once the patient was discharged back home.

In this case study, the researcher applied Gordon's nursing theory with nursing practice concepts procedures in systematically sequencing the activities associated with each stage of care for the patient admitted for surgery. As a

[1] พย.บ. โรงพยาบาลอ่างทอง

result, the kidney cancer patient undergoing laparoscopic radical nephrectomy received effective surgical nursing services. The patient was safe and received quality nursing services suitable for the problem without complications from endoscopic surgery.

**Keywords**: renal cell carcinoma, laparoscopic radical nephrectomy, nursing care for patients undergoing surgical services

**บทนำ**

โรคมะเร็งไตเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 ในระบบทางเดินปัสสาวะ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากเป็นอันดับ 1 ของโรคมะเร็งทางเดินปัสสาวะ[1] พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งไตมากกว่า 430,000 คนทั่วโลกต่อปี [2] ในอเมริกาเหนือ ในปี ค.ศ. 2021 พบผู้ป่วยมะเร็งไตประมาณ 75,000 ราย มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้กว่า 13,000 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี[3] ในประเทศไทยพบโรคมะเร็งไตมากเป็นอันดับ 22 ของมะเร็งทั้งหมด และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งไต 1.6 ต่อ 10,000 ประชากร พบในชายมากกว่าหญิงสองเท่า และพบอายุเฉลี่ย 50-70 ปี[4] อีกทั้งการพยากรณ์ของโรค 70-80% มีการแพร่กระจายสูง ขึ้นกับลักษณะชิ้นเนื้อและระยะของก้อนมะเร็งไตเป็นสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การผ่าตัดโดยวิธีการส่องกล้อง (laparoscopic radical nephrectomy) จึงเป็นการรักษาทางเลือกแรก หากก้อนมะเร็งอยู่ในระยะไม่ลุกลาม ที่มีขนาดก้อนไม่เกิน 10 ซ.ม. เท่านั้น[5,6] และจากประเด็นความรุนแรงของโรคมะเร็งไตทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ผู้ป่วยสูญเสียเงินในการรักษาพยาบาลและขาดงาน ส่งผลต่อการขาดรายได้ของครอบครัว ก่อให้เกิดความวิตกกังวลทั้งจากอาการที่เป็นอยู่และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ รวมทั้งอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งไตต่ำลงเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ[3]

การผ่าตัดไตหนึ่งข้าง ต่อมหมวกไต และต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง (radical nephrectomy; RN) เป็นเทคนิคการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic Radical Nephrectomy; LRN) ผ่านทางรูขนาดเล็กทางหน้าท้อง มีข้อดีคือ มีอาการปวดแผลหลังการผ่าตัดน้อยและสามารถฟื้นตัวกลับไปทำงาน และใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้นเมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบปกติหรือการผ่าตัดแบบเปิดแผล (Open surgery)[5,6] อย่างไรก็ตามการผ่าตัดด้วยการส่องกล้องยังเป็นวิธีการที่ซับซ้อนและต้องใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาใช้ในการผ่าตัด[5,6] พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต้องได้รับการฝึกฝนและต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง อีกทั้งต้องเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถช่วยทำการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งไตที่รับการผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้องของโรงพยาบาลอ่างทอง ปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวน 1 ราย[7] ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายแรกและรายเดียวที่เข้ารับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดยังไม่เคยมีประสบการณ์เข้าช่วยแพทย์ผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้องมาก่อน รวมทั้งการผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้องเป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและต้องใช้ทักษะในการจัดท่า (Kidney position) อย่างนุ่มนวลเพื่อผ่าตัด รวมทั้งทักษะในการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยความระมัดระวังเพื่อให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดราบรื่น ผู้ป่วยปลอดภัย ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญ และบทบาทในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของกอร์ดอน[8]และกระบวนการพยาบาล (Nursing process)[9] มาเป็นแนวทางปฏิบัติ ซึ่งกระบวนการพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม (Holistic patient care) ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะ

ผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึงป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด จึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้องตามมาตรฐานการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและจัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไต (Renal Cell Carcinoma) ที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง (Laparoscopic radical nephrectomy) ครอบคลุมทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

2. เพื่อใช้เป็นแนวทางการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดต่าง ๆ ขั้นตอนการผ่าตัด และการส่งเครื่องมือช่วยแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งไต (Renal Cell Carcinoma) ที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง (Laparoscopic radical nephrectomy)

**วิธีการศึกษา/ขั้นตอนการดำเนินงาน**

1. คัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอ่างทอง ในช่วงวันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564-วันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 1 ราย

2. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิตจากเวชระเบียน โดยการสัมภาษณ์ สังเกตจากผู้ป่วยและญาติ
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ แผนการรักษาของแพทย์

3. ศึกษาค้นคว้าการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความตลอดจนงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแผนให้การพยาบาลทั้ง 3 ระยะคือ ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน

6. สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา

7. จัดพิมพ์รูปเล่ม ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข และเผยแพร่ผลงานที่ศึกษา

**ผลการศึกษา**

ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 72 ปี มาด้วยอาการปวดท้องข้างขวา ปัสสาวะเป็นเลือด โดยให้ประวัติว่า 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องด้านขวา ปัสสาวะขัด ไปรักษาที่คลินิกแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ได้ยามารับประทาน อาการไม่ทุเลาต่อมาปัสสาวะปนเลือด จึงมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ทำ CT KUB พบก้อนที่ไตขวา จึงแนะนำให้มาตรวจที่โรงพยาบาลอ่างทองเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ แรกรับไว้ในโรงพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง ประเมินสัญญาณชีพแรกรับ BP= 157/81mmHg, P=76 bpm, RR=20 bpm, T=37 $^{o}$C น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง

158 เซนติเมตร ผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งได้ ตรวจประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score : GCS) ได้ E4V5M6 ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุรุนแรงและไม่เคยได้รับการผ่าตัดใด ๆ มาก่อน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งไตขวา (Renal Cell Carcinoma Right) และวางแผนผ่าตัดเอาไตข้างขวาออกด้วยวิธีการส่องกล้อง (Laparoscopic Radical Nephrectomy Right) วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2565 ก่อนการผ่าตัด ในวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2565 พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดไปเยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่หอพิเศษศัลยกรรม โดยแจ้งวัตถุประสงค์การมาเยี่ยมเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย โดยให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัดโดยวิธีการส่องกล้อง การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ความจำเป็นในการทำผ่าตัด เตรียมร่างกายจิตใจของผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและกลัวการผ่าตัด ได้ให้ความรู้และเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล

วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเบื้องต้นซ้ำอีกครั้งที่จุดห้องรอผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง อาการทั่วไปปกติ มีอาการปวดท้องด้านขวาเล็กน้อย ก่อนทำการผ่าตัดมีการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต่าง ๆ ให้พร้อมใช้ นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด พร้อมตรวจสอบ (Sign in) ข้อมูลผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อนการระงับความรู้สึก เมื่อได้รับการระงับความรู้สึก จัดท่าผู้ป่วยให้นอนตะแคงขวาขึ้น (Kidney position) การพยาบาลที่ได้รับคือป้องกันการบาดเจ็บจากการจัดท่าการผ่าตัดโดยใช้ Lateral support และใช้หมอนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท (nerve injury) จากการจัดท่านอนตะแคง (Kidney position) ขณะผ่าตัด ตรวจนับเครื่องมือและผ้าซับเลือดก่อนเริ่มการผ่าตัด ติดแผ่นสื่อไฟฟ้า เครื่องจี้ไฟฟ้าเพื่อป้องกันอุบัติเหตุผิวหนังไหม้จากเครื่องจี้ไฟฟ้า ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณทำผ่าตัดเพื่อลดปริมาณเชื้อโรคบริเวณผิวหนังที่จะทำผ่าตัด ก่อนแพทย์ลงมีดผ่าตัด มีการยืนยันผู้ป่วยตำแหน่งผ่าตัด ทีมผ่าตัดและวิธีการผ่าตัด (time out) แพทย์ทำการผ่าตัดโดยใช้กล้องช่วยในการผ่าตัด (Laparoscopic) โดยศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะผ่าตัดไตขวาและนำไตออกเพื่อทำการส่งตรวจพยาธิวิทยา ก่อนแพทย์เย็บปิดช่องท้องพยาบาลส่งเครื่องมือตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าก๊อซและผ้าซับเลือดให้ครบถ้วน ขณะผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือด 300 ซีซี ตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด= 28 % วิสัญญีแพทย์พิจารณาให้ PRC 1 ยูนิต ระหว่างผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช็ดทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกาย (Keep warm) และนำส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยหนักวิกฤตแผนกศัลยกรรม (ไอซียูศัลยกรรม) รวมระยะเวลาผ่าตัด 6 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้ศึกษาติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินอาการผู้ป่วย ตรวจสอบ แก้ปัญหาและให้ข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ ให้ $O_2$ mask with Bag 6 ลิตรต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ มีอาการปวดตึงแผลผ่าตัดปานกลาง Pain score 5 คะแนน ได้รับการรักษาแก้ไขอาการปวด โดยได้ยาฉีดแก้ปวด Morphine 4 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง หลังได้รับยาแก้ปวด อาการทุเลา พักผ่อนได้ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปริมาณของเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งที่ระบายออกมาในท่อระบายชนิด Jackson pratt drain จำนวน 15 ซีซี ตำแหน่งของท่อระบายอยู่ตำแหน่งเดิม การทำงานของท่อระบายเป็นสุญญากาศ และผิวหนังรอบ ๆ แผลที่มีท่อระบายไม่บวม แดง ร้อน ท้องไม่อืด ยังมีคงไข้ 37.8-39.6 องศาเซลเซียส ปัสสาวะออก 300 ซีซี/วัน สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยออกจากไอซียูศัลยกรรมมารักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เริ่มจิบน้ำได้ ยังมีอาการปวดแผลเล็กน้อยถึงปานกลาง Pain score 4-5

คะแนน ได้รักษาการแก้ไขอาการปวด Morphine 4 mg prn.ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง พักผ่อนได้ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยังคงมีไข้ 37.9-38.1°C ปริมาณของเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งที่ระบายออกมาในท่อระบายชนิด Jackson pratt drain จำนวน 10 ซีซี ปัสสาวะออก 400 ซีซี/วัน สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน

หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรับอาหารอ่อน ไม่มีอาการแน่นท้อง ปวดแผลเล็กน้อยหลังผ่าตัด Pain score 3 คะแนน และได้ย้ายไปรับการรักษาต่อที่หอพิเศษศัลยกรรมในวันที่ 5 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะ หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยปัสสาวะเองได้ ไม่แสบขัด สีเหลืองใส

หลังผ่าตัดวันที่ 8 ผู้ป่วยสามารถถอดท่อระบายเลือดออกได้ รับประทานอาหารปกติ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม มีการประเมินการทำงานของลำไส้ การติดเชื้อของแผล ค่าการทำงานของไต ค่าความสมดุลของสารน้ำและอิเล็คโทรไลท์ อย่างต่อเนื่องและได้รับการถอดท่อระบายชนิด Jackson pratt drain แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน วันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2565 รวมระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล 10 วัน และนัดติดตามอาการและแจ้งผลตรวจชิ้นเนื้ออีก 2 สัปดาห์ ผลการตรวจพยาธิสภาพพบ Right renal carcinoma พยาบาลห้องผ่าตัดดูแลให้ความรู้ เรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และญาติได้ร่วมวางแผนการรักษาต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความมั่นใจและลดความวิตกกังวล

**การวินิจฉัยเบื้องต้น**

มะเร็งไตขวา (Renal Cell Carcinoma Right)

**การตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการ**

Ultrasound K.U.B Impression: A 5.3*4.4*4.5*5.2 cm round shape isoechoic lesion with internal anechoic area (2.6*2.3 cm from necrosis or liquefy) at cortex mid part of night kidney. DDX: Right Renal Cell Carcinoma (RCC) is primary considered.

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

Hct=32% (ค่าปกติ=34-45%) แสดงว่าค่า Hct มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ ในผู้ป่วยมะเร็งไตการผลิตฮอร์โมนสร้างเม็ดเลือดแดง (erythropoietin) ลดลงซึ่งทำให้ไขกระดูกได้รับการกระตุ้นลดลง ดังนั้นความเข้มข้นของเลือดจึงลดลง[10]

BUN= 16 mg/dl เกณฑ์ปกติของค่า BUN ในวัยผู้ใหญ่ คือ 8-20 mg/dL เกณฑ์ปกติของเด็ก คือ 5-18 mg/dL ค่า BUN ในเลือดที่สูงเกินกว่าเกณฑ์ จัดเป็นตัวบ่งบอกถึงสัญญาณการทำงานของไตที่ลดสมรรถภาพลง จนไม่สามารถขับเอาออกเสียในเลือดออกได้หมด อาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ภาวะขาดน้ำ ภาวะทางเดินปัสสาวะถูก อุดกั้น เป็นต้น ในขณะเดียวกัน ค่า BUN ที่ต่ำว่าเกณฑ์ซึ่งถือเป็นกรณีที่พบได้น้อย และเป็นสัญญาณความผิดปกติของไตหลายอย่างเช่นกัน เช่น ภาวะขาดสารอาหาร หรือร่างกายมีการดูดซึมสารอาหารไปใช้ได้ไม่ดีพอ รวมไปถึงอาจเป็นตัวบ่งบอกการทำงานที่ผิดปกติของตับ หรือการกินยาบางชนิดมากเกินไปได้[10] ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ค่า BUN อยู่ในเกณฑ์ปกติ

Creatinine= 0.87 mg/dl (ค่าปกติ=0.5-1.5 mg) โดยทั่วไปสารครีเอตินินจะต้องถูกขับออกทางปัสสาวะจนหมด แต่หากเรายังตรวจพบสารชนิดนี้ในกระแสเลือดอยู่ในระดับที่มากเกินเกณฑ์ ก็แสดงว่าไตมีความบกพร่องจนไม่สามารถขับสารชนิดนี้ออกไปได้จนหมด เช่นมีการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ ยาที่ทำลายเนื้อไต เนื้องอกที่ไต หรือร่างกายขาดน้ำ[10] ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ค่า Creatinine อยู่ในเกณฑ์ปกติ

eGFR=66.77 (ค่าปกติ= 90-100ml/min/1.73 m2) จัดเป็นตัวบ่งบอกถึงประสิทธิภาพและความเร็วในการขับของเสียออกจากตัวกรองที่ไต โดยทั่วไปมีเกณฑ์อยู่ที่ 90 มิลลิลิตรต่อนาที (ml/minute) ในกรณีศึกษา

ผู้ป่วยรายนี้ค่า eGFR ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติแสดงว่ามะเร็งไตส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความเร็วในการขับของเสียออกจากตัวกรองที่ไตและเป็นโรคไตระยะที่ 2[10]

ตรวจปัสสาวะเบื้องต้น (Urine Examination; UA) ดูค่าเม็ดเลือดแดง (Red Blood Cells)= 0-1 cells/HD และเม็ดเลือดขาว (White Blood Cells)=2-3 cells/HD เพื่อหาความเสี่ยงการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะหรือภาวะบาดเจ็บในทางเดินปัสสาวะ[10] ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ค่า UA อยู่ในเกณฑ์ปกติ

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **การพยาบาลผู้ป่วยการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยวิตกกังวลต่อโรคมะเร็งไตขวาและกลัวการผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล บอกกลัวการผ่าตัด และถามเกี่ยวกับโรคมะเร็งไตขวา<br>**เป้าหมายการพยาบาล**<br>ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและความกลัวเรื่องการผ่าตัด และมีความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ให้คำแนะนำและอธิบายขั้นตอนวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด อธิบายถึงแผนการดูแล การผ่าตัด การระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งให้โอกาสผู้ป่วยและญาติซักถาม พูดคุยและอภิปรายเพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเหตุผลและความจำเป็นของการผ่าตัดเพื่อการรักษาและแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ข้อดี ข้อเสียของการผ่าตัดและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติ<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยมีสีหน้า ท่าทาง ผ่อนคลายความวิตกกังวล สามารถตอบขั้นตอนและข้อควรปฏิบัติทั้งในช่วงก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้ ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด |
| **การพยาบาลระยะผ่าตัด**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่ออวัยวะต่าง ๆ จากการใส่ trocar และการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. มีการใส่ trocar และ port เข้าช่องท้อง<br>2. มีการใช้เครื่องจี้-ตัดไฟฟ้า เป็นระยะเวลานานในการผ่าตัด<br>**เป้าหมายการพยาบาล**<br>ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใส่ trocar และ port เข้าช่องท้องและจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ตรวจสอบอวัยวะภายในต่าง ๆ หลังการใส่ trocar และ port<br>2. ตรวจสอบการใช้งานของเครื่องจี้ไฟฟ้าให้ทำงาน<br>3. การติดแผ่นสื่อไฟฟ้าให้อยู่ในความเรียบร้อย<br>4. ตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์เครื่องมือทุกชิ้น ให้ฉนวนหุ้มอยู่ในสภาพดี ไม่มีการฉีกขาด<br>5. ตรวจสอบการตั้งค่ากำลังไฟฟ้าของเครื่องจี้ไฟฟ้าให้ถูกต้องเหมาะสมกับการผ่าตัด<br>**การประเมินผล**<br>ไม่พบการบาดเจ็บของอวัยวะต่าง ๆ จากการใส่ trocar port ไม่พบรอยไหม้ หรือตุ่มน้ำพองบริเวณที่ติดแผ่นสื่อ |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งไตขวาด้วยวิธีการส่องกล้อง (Laparoscopic radical nephrectomy) จะมีความซับซ้อนในบริเวณผ่าตัดที่เข้าถึงได้ยาก โดยเฉพาะไตซึ่งเป็นอวัยวะที่อยู่ลึกและมีลำไส้ซ้อนอยู่ ทั้งยังอยู่ใกล้หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ โดยเฉพาะเส้นเลือดใหญ่คือ inferior mesenteric artery, superior mesenteric artery, aorta<br>2. ขณะผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือด 300 ซีซี ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที เจาะความเข้มข้นของเลือดในห้องผ่าตัดได้ 28 % (ก่อนผ่าตัด 32%) | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยร่วมกับทีมวิสัญญีจนกว่าจะสิ้นสุดการผ่าตัดเพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขได้ทันท่วงที<br>2. ตรวจสอบสภาพของเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องดูดของเหลว อุปกรณ์พิเศษในการห้ามเลือดในการผ่าตัดผ่านกล้อง ให้พร้อมใช้งาน<br>3. ประเมินสภาพการสูญเสียเลือดร่วมกับทีมวิสัญญีโดยสังเกตจำนวนเลือดในขวดดูดของเหลว<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะ Hypovolemic shock และ Massive blood loss ระหว่างผ่าตัดสามารถทำผ่าตัดได้ราบรื่น ขณะผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือด 300 ซีซี ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที เจาะความเข้มข้นของเลือดในห้องผ่าตัดได้ 28 % (ก่อนผ่าตัด 32%) ได้รับ PRC 1 ยูนิต ระหว่างผ่าตัด<br>**กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยร่วมกับทีมวิสัญญีจนกว่าจะสิ้นสุดการผ่าตัดเพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขได้ทันท่วงที |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| 3. การผ่าตัดใช้เวลา 6 ชั่วโมง<br>**เป้าหมายการพยาบาล**<br>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด | 2. ตรวจสอบสภาพของเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องดูดของเหลว อุปกรณ์พิเศษในการห้ามเลือดในการผ่าตัดผ่านกล้อง ให้พร้อมใช้งาน<br>3. ประเมินสภาพการสูญเสียเลือดร่วมกับทีมวิสัญญีโดยสังเกตจำนวนเลือดในขวดดูดของเหลว<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะ Hypovolemic shock และ Massive blood loss ระหว่างผ่าตัด สามารถทำผ่าตัดได้ราบรื่น ขณะผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือด 300 ซีซี ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที เจาะความเข้มข้นของเลือดในห้องผ่าตัดได้ 28 % (ก่อนผ่าตัด 32%) ได้รับ PRC 1 ยูนิต ระหว่างผ่าตัด |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** เสี่ยงต่อการเกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercarbia) และภาวะมีลมรั่วแทรกตามใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema)<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>มีการใช้ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ใส่เข้าไปในช่องท้องเพื่อขยายบริเวณผ่าตัดให้กว้างขึ้น สะดวกต่อการผ่าตัดด้วยกล้อง<br>**เป้าหมายการพยาบาล**<br>ผู้ป่วยปลอดภัยต่อการเกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercarbia) และภาวะมีลมรั่วแทรกตามใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema) | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ดูแลให้ระดับความดันของเครื่องจ่ายก๊าซ (gas insufflator) อยู่ในระดับที่เหมาะสมในช่วงแรกของการผ่าตัดที่เริ่มเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องผู้ป่วยให้ใช้อัตราไม่เกิน 3 ลิตรต่อนาที จนความดันในช่องท้องผู้ป่วยถูกควบคุมให้อยู่ในระดับคงที่ ประมาณ 14-15 มิลลิเมตรปรอท และต่อมาจึงปรับอัตราการเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ให้เป็น 6 ลิตรต่อนาที<br>2. ประสานงานกับวิสัญญีและแพทย์ในการลดอัตราการเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ของเครื่องควบคุมการจ่ายก๊าซ กรณีที่ผู้ป่วยจะมี end-tidal carbon dioxide ที่เพิ่มมากขึ้นจนอาจทำให้เกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง<br>3. ก่อนนำท่อ trocar ออกจากช่องท้องผู้ป่วย ให้มีการไล่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกให้หมดให้มากที่สุด<br>4. ประเมินผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณหน้าท้องและหน้าอก ดูลักษณะกรอบแกรบของผิวหนังเป็นระยะ<br>**การประเมินผล**<br>ระดับความดันของเครื่องจ่ายก๊าซ อยู่ในระดับที่เหมาะสม 3-6 ลิตรต่อนาทีความดันในช่องท้องผู้ป่วยคงที่ 14-15 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งอยู่ใต้ผิวหนังค่า end-tidol $CO^2$ เท่ากับ 35-45 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบผิวหนังบริเวณท้องและทรวงอกผิดปกติ |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** เสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท (nerve injury) จากการจัดท่านอนตะแคง (Kidney position) และเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดอุดตันจากระยะเวลาผ่าตัดนาน<br>**เป้าหมายการพยาบาล**<br>ผู้ป่วยปลอดภัยจากการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท (nerve injury) จากการจัดท่านอนตะแคง (Kidney position) และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตัน (venous thrombosis) จากระยะเวลาผ่าตัดนาน<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยได้รับจัดท่านอนตะแคง (Kidney position)<br>2. ระยะเวลาผ่าตัด 6 ชั่วโมง | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>หลังจากผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแล้ว พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เอาด้านขวาขึ้นข้างบน ให้ด้านหลังชิดขอบเตียง จัดแขนข้างที่อยู่ด้านบนวางบนที่พักแขน แขนข้างที่อยู่ด้านล่างงอวางข้างศีรษะ ใช้ผ้าม้วนสอดใต้รักแร้ด้านล่าง ป้องกันการกดทับ Axillary nerve ขาที่อยู่ด้านล่างงอ ขาบนเหยียดตรง สอดหมอนระหว่างขาทั้งสองข้าง คาดรัดขาที่ต้นขา จัดให้ระดับเอวของผู้ป่วยอยู่บริเวณที่สามารถปรับยกส่วนบนของเตียงได้ ยก kidney bar หรือหักพับส่วนกลางของเตียงให้เป็นมุมขึ้น ตรงกับบริเวณซี่โครงซี่ที่ 12 กับ Iliac crest แล้วปรับเตียงให้บริเวณเอวด้านบน (ข้างที่จะทำผ่าตัด) เหยียดตึงออก ด้านล่างงอ โดยปรับยกเตียงเฉพาะส่วนบนลง ซึ่งจะทำให้บริเวณระหว่างซี่โครงและ Iliac crest แยกกว้างออกทำให้ผ่าตัดเข้าถึงตำแหน่งไตได้สะดวก ใช้พลาสเตอร์ผ้ากว้าง 2 นิ้ว ติดพาดผ่าน บริเวณกระดูกโคนขา (Greater trochanter) ของกระดูก femur และติดพาดกระดูกสะบัก (Scapula) ยึดไว้กับเตียงเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเอนไปมาขณะทำผ่าตัด<br>**ประเมินผล**<br>ผู้ป่วยไม่เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท (nerve injury) ไม่เกิดภาวะหลอดเลือดอุดตัน (venous thrombosis) ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณแขนที่วางบนที่พักแขน |
| **การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดแผลบริเวณที่ใส่ท่อระบาย (Jackson pratt drain; JD) | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. อธิบายและชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบเหตุผลของการได้รับการคาท่อระบายชนิด (JD)<br>2. สอนการประเมินความเจ็บปวดให้ผู้ป่วย |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **เป้าหมายการพยาบาล**<br>เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาการเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและแผลบริเวณใส่ท่อระบาย (JD) Pain Score น้อยกว่า 3 สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยรับการผ่าตัดมะเร็งไตขวาที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกและได้รับการใส่ท่อระบาย (JD) หลังการผ่าตัด บ่นปวดแผลผ่าตัดปานกลาง ระดับคะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 5 | 3. ประสานพยาบาลหอผู้ป่วยให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือมอร์ฟิน 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด (มากกว่าหรือเท่ากับ 4)<br>4. แนะนำช่วยเหลือในการจัดวางท่อระบายจากแผลผ่าตัดเพื่อไม่ให้ดึงรั้งขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหว และการทำงานของท่อระบาย (JD) ทำงานเป็นระบบสุญญากาศ<br>5. ประเมินสีหน้าท่าทาง สัญญาณชีพช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องความปวด แนะนำใช้เทคนิคการผ่อนคลาย<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยประเมินความปวดได้ถูกต้อง ได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดหรืออาการปวดลดลง สีหน้าผ่อนคลาย พักผ่อนได้ ท่อระบาย (JD) ไม่หักพับงอ ระบายเลือดและสารคัดหลั่งดีและไม่เลื่อนหลุด ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 128/87 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัดและแผลท่อระบาย (JD)<br>**เป้าหมายการพยาบาล**<br>เพื่อให้แผลผ่าตัดและแผลท่อระบาย (JD) ของผู้ป่วยไม่ติดเชื้อ<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยรับการผ่าตัดมะเร็งไตขวาที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกและได้รับการใส่ท่อระบาย (Jackson pratt drain; JD) หลังการผ่าตัด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ประเมินลักษณะผิวหนังของแผลรอบ ๆ ท่อระบาย สังเกตภาวะเลือดซึม หรืออาการแสดงของการติดเชื้อ<br>2. ล้างมือให้สะอาดหรือใช้ Waterless 20-30 วินาที เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ<br>3. ทำความสะอาดแผลด้วยวิธี dry dressing<br>4. บันทึกลักษณะของแผล สีกลิ่น ปริมาณของสารคัดหลั่ง และความผิดปกติที่พบหากพบความผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์เพื่อทำการแก้ไขและรักษาต่อไป<br>**การประเมินผล**<br>ลักษณะผิวหนังของแผลผ่าตัดและแผลรอบ ๆ ท่อระบายไม่บวม แดง ร้อน ไม่พบภาวะเลือดซึมรอบ ๆ แผลท่อระบาย ไม่มีกลิ่น ปริมาณเลือดและสารคัดหลั่งออกประมาณวันละ 10-15 ซีซี ใน 2 วันแรกของการผ่าตัดและไม่มีเลือดและสารคัดหลั่ง ออกเพิ่มในวันที่ 3 ของการผ่าตัด แพทย์พิจารณาถอดท่อระบาย (JD) ในวันที่ 8 ของการผ่าตัด หลังถอดท่อระบาย แผลแห้งดี |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8** ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยถามว่ามีอาหารแสลงกับโรคที่เป็นหรือไม่<br>ผู้ป่วยถามว่ามีอาการผิดปกติอย่างไรที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด<br>ผู้ป่วยถามว่าสามารถออกกำลังกายหรือยกของหนักหรือไม่<br>**เป้าหมายการพยาบาล**<br>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านดังนี้<br>1.1 รับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง<br>1.2 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงอยู่เสมอออกกำลังกายโดยการเดินหรือบริหารแขนขา<br>1.3 สังเกตอาการผิดปกติดังนี้<br>- ไข้สูง หนาวสั่น<br>- แผลบวมแดง เป็นหนอง หากมีอาการดังกล่าวให้มาพบแพทย์ก่อนนัด<br>1.4 มาตรวจตามแพทย์นัด<br>1.5 ห้ามยกของหนักหลังผ่าตัดต้องครบ 2-3 เดือน<br>1.6 งดสูบบุหรี่ ดื่มชา กาแฟ<br>1.7 งดอาหารหมักดอง<br>2. ประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ให้ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านและสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง |

**อภิปรายผล**

ในการศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งไตขวารายแรกของโรงพยาบาลอ่างทองนี้ มีการวางแผนการรักษาคือผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง เป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน มีการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาช่วยในการผ่าตัด การผ่าตัดนี้มีผลดีต่อผู้ป่วยเนื่องจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ อุปกรณ์พิเศษในการทำผ่าตัดผ่านกล้อง ขณะผ่าตัดมีความเสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะใกล้เคียงและอาจเกิดภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือด (Massive blood loss) และสารน้ำ (Hypovolemic shock) ขณะผ่าตัด [11] พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต้องมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนหัตถการเป็นการผ่าตัดแบบเปิดอย่างรวดเร็วแม่นยำ เพื่อให้ศัลยแพทย์สามารถทำผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เกิดขึ้น จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้องของกรณีศึกษานี้ ควรมีการจัดอบรม และให้ความรู้เรื่องอุปกรณ์ เครื่องมือ ตามวิวัฒนาการของเครื่องมืออุปกรณ์ เพื่อช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี การผ่าตัดราบรื่นมีประสิทธิภาพ และลดระยะเวลาการผ่าตัดได้มาก

**เอกสารอ้างอิง**

1. พิษณุ มหาวงศ์ และ สุริธร สุนทรพันธ์ [บรรณาธิการ]. (2558). โรคที่พบบ่อยในศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ. เชียงใหม่: หน่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
2. Capitanio U, Bensalah K, Bex A, Boorjian SA, Bray F, Coleman J, et al. Epidemiology of Renal Cell Carcinoma. Eur Urol (2019) 75(1):74–84. doi: 10.1016/j.eururo.2018.08.036.
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209–49. https://doi.org/10.3322/caac.21660.
4. วิโรจน์ เฉลียวปัญญาวงศ์, วรพัฒน์ อัตเวทยานนท์ และ ชูศักดิ์ ปริพัฒน. (2559). การรักษาก้อนขนาดเล็กที่ไต.สงขลานครินทร์ เวชสาร, 34(3):141-51.
5. Ljungberg B, Albiges L, Abu-Ghanem Y, Bensalah K, Dabestani S, FernándezPello S, et al. European Association of Urology Guidelines on Renal Cell Carcinoma: The 2019 Update. Eur Urol (2019) 75(5):799– 810. doi: 10.1016/j.eururo.2019.02.011.
6. ฐิติกัญญา ดวงรัตน์. การระงับความรู้สึกผู้ป่วยส่องกล้อง. ใน:วิมลรัตน์ ศรีราช, อรลักษณ์ รอดอนันต์, นรุตม์ เรือนอนุกูล, บรรณาธิการ. ก้าวไกลวิสัญญี 4.0 ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพลส จำกัด, 2562:249-267.
7. โรงพยาบาลอ่างทอง. รายงานสถิติการผ่าตัดโรงพยาบาลอ่างทองปีงบประมาณ 2560-2562. อ่างทอง: ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลอ่างทอง; 2565.
8. Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill.
9. Jensen, S. (2019). Nursing health assessment: a best practice approach. Edition 3. Philadelphia: Wolters Kluwer Health
10. ชวนพิศ วงศ์สามัญ. (2556). การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 19. ขอนแก่น: ภาควิชาพื้นฐานการ พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
11. ศิริพร ปีติมานะอาร. (2556). การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. ในอังกาบ ปราการรัตน์, วิมลรัตน์ สนั่นศิลป์, คิริลักษณ์ สุขสมปอง, และปฏิภาณ ตุ่มทอง (บรรณาธิการ). *ตำราวิสัญญีวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 4 หน้า 135 - 150). กรุงเทพฯ: เอ-พลัส พริ้น

# การประเมินการสัมผัสเสียงดังของพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้ากรณีศึกษา: โรงไฟฟ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง

# Assessment of Power Plant Workers from Noise Exposure A case study: Power Plant in Rayong Province.

(Received: January 14,2024 ; Revised: January 25,2024 ; Accepted: January 26,2024)

**สมบูรณ์ ใจประการ[1*] ชนกานต์ สกุลแถว[2] และ มงคล รัชชะ[3]**
**Somboon Chaiprakarn[1*], Chanakarn Sakulthaew[2] and Mongkol Ratcha[3]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการประเมินการรับสัมผัสเสียงดังของพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าแห่งหนึ่ง ในจังหวัดระยอง และนำมาเปรียบเทียบกับมาตรฐานกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางโดยใช้เครื่องมือวัดปริมาณเสียงสะสม (Noise Dosimeter) ยี่ห้อ CIRRUS รุ่น CR:110AIS มาตรฐาน IEC61252 ทำการตรวจวัด โดยศึกษาปัจจัยด้านระยะเวลาที่ได้รับสัมผัสและค่าความเข้มเสียงที่เกิดจากเครื่องจักรที่ทำงานตลอดเวลา ผลการศึกษาพบว่าจากการเก็บตัวอย่างทั้งหมด 5 สถานีงาน เป็นเวลาเฉลี่ย 8 ชั่วโมงของระยะเวลาการทำงาน ได้แก่ พนักงานที่ปฏิบัติงานบริเวณสถานีงานที่มีเครื่องจักร Steam Turbine No.1, Steam Turbine No.2, Gas Turbine No.1, Gas Turbine No.2 และ Cooling Tower มีค่าระดับความดังเสียงที่ยอมให้รับสัมผัสได้ คือ 86.5 83.4 85 86.2 และ 88.1 เดซิเบล (เอ) ตามลำดับ โดยพบว่า บริเวณเครื่องจักร Steam Turbine No.1, Gas Turbine No.2 และ Cooling Tower มีค่าระดับความดังเสียงเกินมาตรฐานกำหนดซึ่งความเสี่ยงต่อการรับสัมผัสเสียงดังจากการปฏิบัติงานเกิดจากปัจจัยด้านระยะเวลาที่นานเกินไปร่วมกับค่าความเข้มเสียงที่เกินกว่าค่ามาตรฐานกำหนด กรณีระดับเสียงเกินค่ามาตรฐานนายจ้างต้องจัดให้มีการควบคุมระดับเสียงโดยการออกแบบทางวิศวกรรมและการควบคุมที่ตัวผู้ปฏิบัติงาน

**คำสำคัญ:** เสียงดัง ประเมินความเสี่ยง การได้รับสัมผัสเสียงดัง โรงไฟฟ้า

**Abstract**

The aim of this research was to evaluate the noise exposure of employees working at a power plant in Rayong Province. To compare with the standards of the Department of Labor Protection and Welfare regarding the noise level standards that employees are allowed to receive on average throughout the working period each day. This research is a cross-sectional study by using a noise dosimeter, CIRRUS brand, model CR:110AIS, IEC61252 standard, the measurement was carried out by studying the factors of exposure time and sound intensity values from machines that work all the time. The findings showed that the worker who collected the samples from all 5 workstations had an average working duration of 8 hours. The workstation area with machinery such as, Steam Turbine No.1, Steam Turbine No.2, Gas Turbine No.1, Gas Turbine No.2 and Cooling Tower. There is a sound level value that is acceptable 86.5, 83.4, 85, 86.2, and 88.1 dB(A) respectively. It was found that the noise level in the areas of Steam Turbine No.1, Gas Turbine No.2 and Cooling Tower exceeded the specified standards. The risk of being exposed to loud noise at work is due to long-term exposure and sound levels of intensity that go beyond the standard requirements. If the noise level is above the standard, the employer needs to ensure that the noise level is managed by using engineering design and control measures at the power plant workers.

**Keywords:** Noise, Risk Assessment, Noise Exposure, Power Plant

[1]* คณะวิศวกรรมศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ
[2] สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
[3] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
Corresponding E-mail: s.chaiprakarn@gmail.com

**บทนำ**

ประเทศไทยมีการพัฒนาอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้นโดยภาพรวมของสถานการณ์แรงงานใน ไตรมาส 3 ปี พ.ศ.2566 พบว่ามีโครงสร้างแรงงานที่มีช่วงอายุ 15 ปี ขึ้นไป 58.96 ล้านคน เป็นผู้อยู่ในกำลังแรงงาน 40.09 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 68.7 ของประชากรวัยแรงงาน[1] ซึ่งในปัจจุบันแรงงานเหล่านี้ถือเป็นแรงงานที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ขณะเดียวกันประชากรวัยแรงงานยังเป็นกลุ่มที่มีโอกาสที่ได้รับผลกระทบกับความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน (Accident at Work) โรคจากการทำงาน (Occupational diseases) และโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน (Work-related diseases) ถ้าขาดมาตรการควบคุมป้องกันที่ดี[2] จากสถิติทุก 5 ปี พบว่ามีจำนวนผู้สูญเสียการได้ยินที่เกิดจากการได้รับสัมผัสเสียงจากการประกอบอาชีพถึงร้อยละ 16-24 ซึ่งเกิดมากในประเทศที่กำลังพัฒนา[3,4] จะเห็นว่าการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน เป็นปัญหาด้านอาชีพที่แพร่หลายในสภาพแวดล้อมการทำงาน ซึ่งแหล่งกำเนิดและได้รับสัมผัสเสียงดังมาจากเครื่องจักรที่มีเสียงดังอย่างต่อเนื่อง[5,6,7] การปฏิบัติงานที่ต้องสัมผัสเสียงดังส่งผลกระทบโดยตรงต่อประสาทหูและการได้ยินของผู้ปฏิบัติงานทำให้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการดูแลลูกจ้างที่ได้รับสัมผัสเสียงดังตามประกาศกฎกระทรวง[8,9,10] กำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดและดำเนินการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่างและเสียง พ.ศ. 2559 รวมทั้งมาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน 8 ชั่วโมงการทำงาน ไม่เกิน 85 เดซิเบลและยังได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการจัดทำมาตรการอนุรักษ์การได้ยินในสถานประกอบกิจการ เป็นต้น[11,12,13]

จากข้อมูลเบื้องต้นกระบวนการผลิตไฟฟ้าของโรงไฟฟ้าแห่งหนึ่ง ในจังหวัดระยองมีเครื่องจักรในกระบวนการผลิตที่มีการทำงานที่ก่อให้เกิดเสียงดังอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการทำงาน อาทิเช่น เครื่องกันหันก๊าซ (Gas Turbine) เครื่องกันหันไอน้ำ (Steam Turbine) เครื่องอัดอากาศ (Air Compressor) ห้องเผาไหม้ (Combustion Chamber) และ หม้อน้ำ (Heat Recovery Steam Generator: HRSG)[6] จึงส่งผลให้เกิดปัญหาการสูญเสียได้ยินได้ในอนาคตจากการรับสัมผัสเสียง[6,8] ดังนั้นด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ได้ทำการศึกษาประเมินการสัมผัสเสียงดังของพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าแห่งหนึ่ง ในจังหวัดระยอง เพื่อประเมินค่ามาตรฐานการรับสัมผัสเสียงดังให้เป็นไปตามข้อกำหนดตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน และเพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงและแก้ไขต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาการประเมินความเสี่ยงและ นำผลการศึกษาที่ได้ใช้เป็นข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง รวมถึงจัดหามาตรการควบคุมและป้องกันอันตรายจากเสียงดังกับผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าได้อย่างเหมาะสม

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานโรงไฟฟ้าที่มีการปฏิบัติงานตามแต่ละสถานีงาน ซึ่งใช้แทนตัวอย่างจากการปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าที่ผู้ปฏิบัติงานเข้าไปปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงรับสัมผัสเสียงดัง ทั้งหมด 5 สถานีงาน ได้แก่ บริเวณเครื่องกังหันก๊าซ (Gas Turbine) No.1, No.2 เครื่องกังหันไอน้ำ (Steam Turbine) No.1, No.2 และ หอหล่อเย็น (Cooling Tower) โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานซึ่งสัมผัสอันตรายหรือได้รับสัมผัสเสียงดัง (Similar Exposure Group: SEG) และเริ่มดำเนินการเก็บตัวอย่างตรวจวัด ตั้งแต่เวลา 08:00-17:00 น. โดยทำการเก็บข้อมูลต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการทำงานเป็นเวลา 8 ชั่วโมง ของ

ทุกๆ สถานีงาน ทั้ง 5 สถานีงาน โดยอ้างถึงระยะเวลาการทำงานที่ได้รับเสียงและระดับเสียงเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงานในแต่ละวัน[12] เป็นการเก็บข้อมูลต่อเนื่องเป็นระยะเวลาการทำงานจริงใน 8 ชั่วโมง ใน 1 วันทำงาน

**อุปกรณ์และวิธีการ**

1. เครื่องวัดปริมาณเสียงสะสม (Noise Dosimeter) ยี่ห้อ CIRRUS รุ่น CR:110AIS มาตรฐาน IEC61252 เป็นเครื่องมือที่ออกแบบให้บันทึกระดับเสียงทั้งหมดที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับและคำนวณค่าเฉลี่ยของระดับความดังเสียงตลอดเวลาที่เครื่องทำงาน โดยได้รับการสอบเทียบเครื่องมือด้วยอุปกรณ์ปรับเทียบความถูกต้อง (Dose Badge Reader) ยี่ห้อ CIRRUS รุ่น RC:110A มาตรฐานเครื่อง IEC60942

2. หลังจากนั้นทำการติดเครื่องวัดปริมาณเสียงสะสมไว้ที่ตัวผู้ปฏิบัติงาน ตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมง ของช่วงเวลา 08:00-17:00 น. และติดไมโครโฟนในลักษณะตั้งตรงติดกับปกคอเสื้อตรงไหล่ใกล้กับหูของผู้ปฏิบัติงานไว้ที่ระดับการได้ยิน (Hearing Zone) อยู่ในรัศมีไม่เกิน 30 เซนติเมตรจากหูของผู้ปฏิบัติงาน เครื่องจะทำการอ่านค่าปริมาณเสียงสะสมที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ (Dose) ออกมาในรูปของร้อยละการสัมผัสโดยตรง (% Dose) โดยนำไปคำนวณต่อเพื่อหาค่าระดับเสียงเฉลี่ยต่อระยะเวลาการทำงานที่ต้องการทราบ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วางแผนและกำหนดขอบเขตในการศึกษาวิจัย

2. วิเคราะห์ข้อมูลจากการตรวจวัดระดับเสียงโดยใช้ค่าความเข้มเสียงจากเครื่องวัดปริมาณเสียงสะสม (Noise Dosimeter) ที่ได้จากการตรวจวัด ขั้นตอนที่ 1 นำผลตรวจวัดมาหาค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตรคำนวณจากประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน[12] และ ขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 3 สำหรับการนำไปคำนวณปริมาณเสียงสะสม โดยอ้างอิงจากประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่องหลักเกณฑ์วิธีการตรวจวัดและการวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับระดับความร้อน แสงสว่างหรือเสียง รวมทั้งระยะเวลาและประเภทกิจการที่ต้องดำเนินการ[14]

ขั้นตอนที่ 1 คำนวณหาระยะเวลาการทำงานที่ยอมให้สัมผัสเสียงได้ จากสูตร

$$T_{ชั่วโมง} = \frac{8}{2^{(\frac{L-85}{3})}}$$

เมื่อ $T_{ชั่วโมง}$ หมายถึง เวลาการทำงานที่ยอมให้ได้รับเสียง (ชั่วโมง)
$L$ หมายถึง ระดับเสียง (เดซิเบลเอ)

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณหาปริมาณเสียงสะสมจากสูตร

$$\mathrm{D} = (\frac{C_1}{T_1} + \frac{C_2}{T_2} + \frac{C_3}{T_3} \ldots + \frac{C_n}{T_n}) \times 100$$

เมื่อ $C_n$ หมายถึง ระยะเวลาทั้งหมดที่สัมผัสเสียงดังที่ระดับหนึ่ง
$T_n$ หมายถึง ระยะเวลาอ้างอิงสำหรับระดับเสียงที่ได้จากการคำนวณ

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณหาปริมาณเสียงสะสมที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมง จากสูตร

$$\mathrm{TWA}_{8\ ชั่วโมง} = 10 \log (\frac{D}{100}) + 85$$

เมื่อ D หมายถึง ปริมาณเสียงสะสมที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับหน่วยเป็นร้อยละ

$TWA_{8ชั่วโมง}$ หมายถึง ระดับเสียงเฉลี่ยตลอด 8 ชั่วโมง/วัน หน่วยเป็น เดซิเบลเอ

3. ทำการตรวจเช็คค่าการตรวจวัดที่ไม่สอดคล้องกับค่ามาตรฐานตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน[12] เพื่อหาแนวทางแก้ไขและปรับปรุงต่อไป

**ผลการศึกษา**

จากการตรวจวัดการได้รับสัมผัสเสียงดังของผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้า โดยทำการเก็บตัวอย่างทั้งหมด 5 สถานีงาน เป็นเวลาเฉลี่ย 8 ชั่วโมงของ

ระยะเวลาการทำงาน เกิดค่าระดับความดังเสียงสูงสุด ความเข้มเสียงดัง ดังแสดงตามตารางที่ 1 โดยพบว่าบริเวณพื้นที่ที่ปฏิบัติงานบริเวณ ทั้ง 5 สถานีงาน ได้แก่ Steam Turbine No.1, Steam Turbine No.2, Gas Turbine No.1, Gas Turbine No.2 และ Cooling Tower มีค่าระดับความดังเสียงที่ยอมให้รับสัมผัสได้ คือ 86.5 83.4 85 86.2 และ 88.1 โดยพบว่า บริเวณเครื่องจักร Steam Turbine No.1, Gas Turbine No.2 และ Cooling Tower มีค่าระดับความดังเสียงเกินมาตรฐานกำหนด โดยสาเหตุหลักของการเกิดเสียงดังนั้นเกิดจากเสียงของเครื่องจักรมีการหมุนเหวี่ยงตลอดเวลา

**ตารางที่ 1** แสดงผลการตรวจวัดระดับความดังเสียง

| ตำแหน่งที่ตรวจวัด | สถานีที่ตรวจวัด | ผลการตรวจวัดระดับเสียงสะสม Noise Dose (8 ชั่วโมง) | ผลการตรวจวัดระดับเสียงที่ยอมให้รับสัมผัสได้ ($TWA_{8ชั่วโมง}$) เดซิเบล (เอ) | ค่ามาตรฐานตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2561 (เดซิเบล(เอ)) | ผลการเปรียบเทียบตามกฎหมาย |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Steam Turbine Generator No.1 | 141 | 86.5 | 85 | ผลการตรวจวัดเกินค่ามาตรฐานฯ |
| 2 | Steam Turbine Generator No.2 | 69.2 | 83.4 | 85 | ผลการตรวจวัดอยู่ในค่ามาตรฐานฯ |
| 3 | Gas Turbine No.1 | 78.2 | 85 | 85 | ผลการตรวจวัดอยู่ในค่ามาตรฐานฯ |
| 4 | Gas Turbine No.2 | 98 | 86.2 | 85 | ผลการตรวจวัดเกินค่ามาตรฐานฯ |
| 5 | Cooling Tower | 204 | 88.1 | 85 | ผลการตรวจวัดเกินค่ามาตรฐานฯ |

**สรุปและอภิปรายผลการวิจัย**

งานวิจัยนี้ได้ศึกษาการประเมินการรับสัมผัสเสียงดังของพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง โดยการศึกษาระยะเวลาการได้รับสัมผัสเสียงดังของพนักงานที่ปฏิบัติงานและเก็บตัวอย่างด้วยเครื่องวัดปริมาณเสียงสะสม (Noise Dosimeter) จากการเก็บตัวอย่างทั้งหมด 5 สถานีงาน และนำค่าที่ได้มาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานตามประกาศที่กฎหมายกำหนด[11,12] พบว่าพื้นที่ที่มีพนักงานเข้าไปปฏิบัติงานมีโอกาสการรับสัมผัสเสียงดัง ต้องมีการทบทวนแนวทางหรือมาตรการควบคุมและต้องมีการเฝ้าติดตามเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอ[5,6] มีการตรวจวัดระดับความดังเสียงในพื้นที่ดังกล่าวซ้ำอีกครั้ง[6,7] นอกจากนี้หากพบว่ามีค่าการตรวจวัดที่เกินระดับค่ามาตรฐาน จำเป็นต้องมีมาตรการควบคุมและป้องกัน ได้แก่ การติดป้ายสัญลักษณ์เตือนและต้องสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลประเภทปลั๊กอุดหูลดเสียงหรือที่ครอบหูลดเสียงตลอดจนจะต้องมีการเฝ้าระวังการได้ยินโดยการตรวจการได้ยินให้กับผู้ปฏิบัติงานเป็นประจำทุกปี (Hearing Monitoring)[7,8,13]

**ข้อเสนอแนะ**

1. ค่าระดับความดังเสียงเกินมาตรฐานกำหนด ซึ่งความเสี่ยงต่อการรับสัมผัสเสียงดังจากการปฏิบัติงานเกิดจากปัจจัยด้านระยะเวลาที่นานเกินไปร่วมกับค่าความเข้มเสียงที่เกินกว่าค่ามาตรฐานกำหนด สามารถกำหนดมาตรการสู่การนำไปปฏิบัติได้

2. จากผลการตรวจวัดระดับความดังเสียงและการประเมินการรับสัมผัสเสียงของพนักงานที่

ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าต้องมีการสื่อสารให้พนักงานได้รับทราบและตระหนักถึงความเสี่ยงที่ได้รับสัมผัสนั้น

3. จัดให้พนักงานต้องสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่สามารถลดระดับเสียงที่ได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมงเหลือน้อยกว่า 85 เดซิเบล (เอ)

4. จัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายจากการสัมผัสเสียงดัง

5. จัดให้มีการจัดทำมาตรการการอนุรักษ์การได้ยินในสถานประกอบการ แก่พนักงานที่ต้องปฏิบัติงานในบริเวณที่มีระดับเสียงดังที่ได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมง ตั้งแต่ 85 เดซิเบล (เอ) ขึ้นไปและพนักงานที่เกี่ยวข้องและปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้า

## เอกสารอ้างอิง

1.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). สรุปผลการสำรวจภาวะการมีงานทำของประชากรทั่วราชอาณาจักร ไตรมาสที่ 3: กรกฎาคม-กันยายน 2566 [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค.2567] เข้าถึงได้จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20231129152849_37606.pdf

2.กรมควบคุมโรค. (2565). กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. กระทรวงสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/doed/pagecontent.php?page=888&dept=doed

3.ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม. (2563). แนวทางการเฝ้าระวังภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังจากการประกอบอาชีพ [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค.2567] เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1030820200713105552.pdf

4.Ding, T., Yan, A., & Liu, K. (2019). What is noise-induced hearing loss?. British Journal of Hospital Medicine, 80(9), 525-529.

5.Sriopas, A., Chapman, R. S., Sutammasa, S., & Siriwong, W. (2017). Occupational noise-induced hearing loss in auto part factory workers in welding units in Thailand. Journal of occupational health, 59(1), 55-62.

6.Watchalayann, P., & Laokiat, L. (2019). Assessment of hearing loss among workers in a power plant in Thailand. Applied environmental research, 41(1), 38-45.

7.ชนานันท์ ภู่ศรี, อามีราสาและ, ภัทรภรณ์ สีสะทาน และ พงศ์ธร แสงชูติ. (2566). การประเมินความเสี่ยงจากการสัมผัสเสียงดังของผู้ปฏิบัติงานสร้างถนนในจังหวัดเพชรบูรณ์. Journal of Advanced Development in Engineering and Science, 13(37), 15-23.

8.วิชาญ บุญค้ำ และ วราภรณ์ ทุมวงษ์. (2562). การตรวจวัดและการจัดทำแผนที่แสดงระดับเสียงรบกวนในโรงงานผลิตตู้แช่เย็น จังหวัดกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการเทคโนโลยีพลังงานและสิ่งแวดล้อม, 21-29.

9.ณัฐพล พิมพ์พรมมา. (2564). การตรวจวัดและการจัดทำแผนที่เสียงในกระบวนการผลิตกระสอบพลาสติกของโรงงานแห่งหนึ่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการเทคโนโลยีพลังงานและสิ่งแวดล้อม, 36-44.

10.สิทธิพันธุ์ ไชยนันท์, ญานิศา พึ่งเกตุ และ อุมารัตน์ ศิริจรูญวงศ์, ปัญจ์ปพัชรภร บุญพร้อม. (2565). การจัดทำแผนผังแสดงระดับเสียงในกระบวนการซักฟอกย้อมเครื่องนุ่งห่มเพื่อกำหนดมาตรการการอนุรักษ์การได้ยินของโรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 หน้า 1-11.

11.กระทรวงแรงงาน. ประกาศกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดและการจัดการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่างและเสียง ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่133 ตอนพิเศษ 91 ก (ลงวันที่ 7 ตุลาคม 2559).

12.กระทรวงแรงงาน. ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่135 ตอนพิเศษ 19 ง (ลงวันที่ 26 มกราคม 2561).

13.กระทรวงแรงงาน. ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. หลักเกณฑ์และวิธีการจัดทำมาตรการอนุรักษ์การได้ยินในสถานประกอบกิจการ. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่135 ตอนพิเศษ 134 ง (ลงวันที่ 12 มิถุนายน 2561).

14.กระทรวงแรงงาน. ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. หลักเกณฑ์ วิธีการตรวจวัดและการวิเคราะห์สภาวะการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่างหรือเสียง รวมทั้งระยะเวลาและประเภทกิจการที่ต้องดำเนินการ. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่135 ตอนพิเศษ 57 ง (ลงวันที่ 12 มีนาคม 2561).

# การพยาบาลมารดาหลังคลอดครรภ์เสี่ยงสูงที่ติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง : กรณีศึกษา

# Nursing Care of the high risk postpartum mother with surgical site infection after cesarean section : case study.

(Received: January 17,2024 ; Revised: January 25,2024 ; Accepted: February 3,2024)

**อรอนงค์ โสมพลกรัง**[1]
**Onanong Somponkrang**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติในการดูแลมาดาหลังคลอดที่มีการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในมารดาครรภ์เสี่ยงสูง ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสูงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด โดยคัดเลือกผู้คลอดที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเรื้อรังขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแล รวบรวมจากเวชระเบียน วิเคราะห์จากการร่วมทบทวนเคสกับสหสาขาวิชาชีพทีมการดูแลรักษาผู้ป่วย ปรึกษาแพทย์ด้วยเรื่อง แนวทางการรักษาต่างๆ วิเคราะห์ตามกรอบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดรายนี้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากแพทย์ประเมินว่าปากมดลูกไม่พร้อมในการชักนำการคลอด ระยะรอผ่าตัดคลอด ระยะผ่าตัดคลอด และระยะหลังผ่าตัดคลอด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก หลังจำหน่ายกลับบ้านได้ 13 วัน ผู้คลอดรายนี้กลับมา Re-Admitted ด้วยอาการแผลผ่าตัดคลอดบวมแดง แยก และมีหนองออกจากแผล ได้รับการรักษาโดยการเปิดปากแผล เพื่อล้างแผลและเปิดทำแผลวันละ 1 ครั้ง ให้ยาฆ่าเชื้อต่อเนื่องเป็นเวลา 6 วัน แผลจึงแห้งดี แพทย์ทำการ Re-suture และจำหน่ายกลับบ้านได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะดูแลรักษาในโรงพยาบาล

**คำสำคัญ** : การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด , ภาวะแทรกซ้อนในมารดาครรภ์เสี่ยงสูง

**Abstract**

The purpose of case study was to study guidelines for caring of postpartum mother with a surgical site infection and develop a surveillance system for surgical site infection in high risk pregnancy who under go cesarean section. This is a common complication and one of the high risk factors for surgical site infection. By selecting postpartum mother who had diabetes and chronic hypertention during pregnancy along with preterm premature rupture of membrane. Data were collected by interviewing patients and caregivers, collected from medical records, and analyzed by jointly reviewing cases with interprofessional patient care team. Consult doctor about various treatment options, Analyzed according to Gordon's health plan framework and practice nursing. Using the 5 - steps nursing process together with Orem's theory of self-care.

The result of the study found that this patient was treated by cesarean section because the doctor assessed that cervix was not ready to induce labour. The wating period for pre - operation , intra operation and post operation no complication were found for both mother and baby. 13 days after being discharge, this patient return to Re – Admitted witht symtoms of infection wound , swollen, the skin around wound was red , separated , and pus coming out of the wound. She was treated by opening the wound to debridement it and wet dressing once a day. Give antibiotics continuously for 6 days. So the wound become good. The doctor performs a re-suture and can be discharged home. No complication were found during care in hospital.

**Keywords** : Surgical site infection , High – risk pregnancy complications

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา

**บทนำ**

การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ( surgical site infection ) เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ โดยอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ โรคประจำตัว และปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ กระบวนการผ่าตัด (ทั้งการเตรียมก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัด) และ สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด รวมถึงปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง[3]

สำหรับในประเทศไทยมีการรายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายการศึกษา ดังเช่น การศึกษาในโรงพยาบาล 10 แห่ง เมื่อปี ค.ศ. 2004 – 2005 มีการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 1.4 พบการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 0.9 นอกจากนี้ยังพบว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดยังขึ้นกับดัชนีความเสี่ยงของการติดเชื้อ โดยผู้ป่วยที่มีดัชนีความเสี่ยงปานกลาง (NNIH risk index=2) จะพบการติดเชื้อได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีดัชนีความเสี่ยงน้อย (NNIH risk index=1) และผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยง (NNIH risk index=0) ตามลำดับ[5]

จากข้อมูลรายงานการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ปี 2564 พบผู้ป่วยติดเชื้อที่แผลผ่าตัดคลอดจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.17 ปี 2565 พบ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.55 และปี 2566 พบ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.99 เนื่องจาการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบตามมามากมายทั้งต่อตัวผู้ป่วย และโรงพยาบาล เนื่องจากการรักษาการติดเชื้อแผลผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมา Re- admitted และต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น โดยเป็นค่ายาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อ การล้างทำความสะอาดแผล และการผ่าตัดซ้ำ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและญาติ คือ สูญเสียเวลาในการประกอบอาชีพ รวมทั้งอาจส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงและความเชื่อมั่นในคุณภาพการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการที่มีต่อโรงพยาบาลด้วย หากรุนแรงอาจก่อให้เกิดความพิการถึงขั้นเสียชีวิตได้ ดังนั้นทีมการรักษาพยาบาลจึงควรมีความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อ เพื่อลดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดในผู้ป่วยลงตามนโยบายด้านความปลอดภัยในผู้ป่วย safty in surgery

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
2. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลมาดาหลังคลอดที่มีการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด

**ผลการศึกษา**

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 37 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ รับจ้าง รับ refer จากโรงพยาบาลชุมชน วันที่ 13 กรกฎาคม 2566 เวลา 20.15 น. ด้วยอาการ มีน้ำเดินและเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประวัติการตั้งครรภ์ G2P1A0L1 อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีภาวะแทรกซ้อน คือ chronic hypertention on methydopa (250) 2 tab oral bid pc และ ASA (81) 2 tab oral OD , GDM $A_2$ on NPH 6 unit sc hs , Preterm Premature rupture of membrane , Obesity ได้รับ Dexa 6 mg iv และ Ampicillin 2 gm iv จากโรงพยาบาลชุมชน ส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเทพรัตน์ฯ เนื่องจากเกินศักยภาพในการรักษา แรกรับที่ห้องคลอด V/S BT 37.4 °C PR 110 /min RR 20 /min BP 140/83 mmHg $SpO_2$ 96 % weight 70 kgs DTX แรกรับ 97 mg% Height 149 cms BMI 31.83 kg/$m^2$ Cx dilatation 2 cms Effacement 50 % Station-2 Membrane Spontaneous Rupture Uterine contraction Interval 8 นาที Duration 20 วินาที FHS 150 /min ผล EFM category I แพทย์ประเมินว่าปากมดลูกไม่

พร้อมสำหรับการชักนำการคลอด จึงทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เวลา 23.28 น. ประมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด 600 cc ใช้เวลาในการผ่าตัด 39 นาที หลังจากผ่าตัดคลอด แผลผ่าตัดไม่มี bleed ซึม หน้าท้องไม่มี garding น้ำคาวปลาปกติ มีไข้ BT 37.8°C – 38.2°C 3 dose PR 100-110 /min RR 20-24 /min BP อยู่ระหว่าง 110/70 – 140/90 mmHg $SpO_2$ 97-99 % ท้องไม่อืด หลังถอดสายสวนปัสสาวะสามารถปัสสาวะได้เองปกติ จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 16 กรกฎาคม 2566 นัดติดตามอาการ ตรวจหลังคลอดวันที่ 26 กรกฎาคม 2566 มาตรวจตามนัด พบว่า แผลแยกและมี discharge ซึม แพทย์ให้ทำแผลที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทุกวัน ยังมีน้ำสีขาวขุ่นไหลซึมจากแผลทุกวัน วันที่ 3 สิงหาคม 2566 มีน้ำสีขาวขุ่นไหลซึมออกมาจากแผลมากขึ้นจนชุ่มผ้าปิดแผล โรงพยาบาลชุมชนจึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลเทพรัตน์ฯ Re-Admitted วันที่ 3 สิงหาคม 2566 แพทย์วินิจฉัย แผลผ่าตัดติดเชื้อ (Surgical wound infection) แรกรับผู้ป่วยมีอาการปวดแผลระดับ 3 แผลมีน้ำสีขาวขุ่นซึมชุมผ้าปิดแผล เปิดแผลพบว่าเป็นรูลึกประมาณ 1.5 ซม. แพทย์เปิดปากแผล ความยาวประมาณ 3 ซม. ทำ wet dressing วันละ 1 ครั้ง และให้ยาฆ่าเชื้อ ceftriaxone 2 gm OD และ metronidazole 500 Mg ทุก 8 ชั่วโมง ทำ Debridement with resuture วันที่ 8 สิงหาคม 2566 หลังจาก Re-suture แผลแห้งดี ไม่มี discharge ซึม จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 9 สิงหาคม 2566

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

วันที่ 13 กรกฎาคม 2566

WBC 11.57 X $10^3$/uL RBC4.94X$10^6$/uL
HCT 42.3 % MCV 85.7 fl
MCH 29.8 pg MCHC 34.8 g/dl
Platelet count 128 X $10^3$/ul
Neutrophil 82.6 %Lymphocyte 14.3 % Monocyte 1.7 % Eosinophil 1.3 %
DTX 97 mg%

วันที่ 7 สิงหาคม 2566

WBC 4.37 X $10^3$/uL RBC4.13X$10^6$/uL
HCT 34.8 % MCV 84.2 fl
MCH 28.1 pg MCHC 33.4 g/dl
Platelet count 311 X $10^3$/ul DTX 145 mg%
Neutrophil 44.3 %Lymphocyte 41 % Monocyte 10.9 % Eosinophil 3.4 %

**การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย (Final diagnosis)**

Surgical wound infection

**การผ่าตัดและการทำหัตถการ**

1. cesarean section วันที่ 13 ก.ค 2566
2. Debridement & Re-suture วันที่ 8 ส.ค 66

**การรักษาด้วยยา**

- Ceftriaxone 2 gm IV OD
- Metronidazole 500 Mg IV ทุก 8 hr.
- Paracetamol (500) 1 tab oral ทุก 4-6 hr
- Aldomet (250) 2x2 oral ac.

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรม การพยาบาล**

จากการประเมินอาการและอาการแสดง ที่ได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกายในแต่ละระยะของการรักษาพยาบาลกรณีศึกษารายนี้ ได้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรม การพยาบาล ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ระยะรอคลอด**<br>1. มารดาและทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกเป็นระยะเวลานาน<br>**เป้าหมาย** มารดาและทารกไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ | 1.สังเกตลักษณะสี กลิ่น และปริมาณของน้ำคร่ำ เพื่อประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ<br>2.งดตรวจภายในและการตรวจทางทวารหนัก (ถ้าไม่จำเป็น) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ<br>3.ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ มีไข้ (อุณภูมิ ≥ 38°c) ชีพจรเต้นเร็ว (≥ 100/min)<br>4.ประเมินเสียงหัวใจทารกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อของทารก<br>5.ประเมินผลการตรวจนับเม็ดเลือดขาว<br>6.ดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ทำความสะอาดทุกครั้งหลังขับถ่าย เปลี่ยนผ้าอนามัยเมื่อเปียกชุ่ม |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | 7.ดูแลการได้รับยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันรักษาการติดเชื้อตามแผนการรักษา<br>**การประเมินผล** หลังให้การพยาบาล ไม่พบอาการ และอาการแสดงของการติดเชื้อทั้งมารดาและทารก |
| 2. ไม่สุขสบายจากอาการเจ็บครรภ์เนื่องจากการหดรัดตัวของมดลูก<br>**เป้าหมาย** มารดาสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม | 1.อธิบายสาเหตุ กลไกการทำให้เกิดการหดรัดตัวของมดลูก<br>2.ดูแลจัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่สบายและเหมาะสมเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อมากที่สุด<br>3.จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวกเพื่อส่งเสริมการผ่อนคลาย<br>4.ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น เช็ดหน้าด้วยผ้าชุบน้ำเย็น<br>5. สอนเทคนิคการควบคุมความเจ็บปวด ด้วยตนเอง ได้แก่ เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง<br>6.พูดปลอบโยน อยู่เป็นเพื่อนใกล้ชิดและให้กำลังใจ<br>**การประเมินผล** ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำและเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสมระดับ pain score 3 คะแนน |
| 3.ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่องจากการคลอดก่อนกำหนด<br>**เป้าหมาย** ทารกในครรภ์ปลอดภัย ไม่ได้รับอันตรายขณะรอคลอดและระยะคลอด | 1.จัดท่าให้มารดานอนตะแคง เพื่อส่งเสริมให้เลือดไหลไปเลี้ยงรกมากขึ้นและลดการกดบริเวณปากมดลูก<br>2.ทำ Electro fetal monitoring (EFM) แรกรับเพื่อประเมินสภาวะของทารกในครรภ์<br>3.ฟังเสียงหัวใจทารกทุก 30 นาที เพื่อประเมินอาการผิดปกติขณะรอคลอด<br>4.ดูแลการได้รับยา dexamethasone เพื่อส่งเสริมความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์ตามแผนการรักษา<br>5.ประเมินสัญญาณชีพมารดา และการหดรัดตัวของมดลูกเป็นระยะ ทุก 30 นาที<br>6.รายงานกุมารแพทย์และทีมพยาบาลดูแลทารกวิกฤติเพื่อเตรียมทีมและอุปกรณ์ช่วยชีวิตรับทารกในห้องผ่าตัด<br>**การประเมินผล** ขณะรอคลอด ไม่พบอาการผิดปกติของทารกในครรภ์ ผลอ่าน EFM category I (ปกติ) เสียงหัวใจทารก 140 -150 ครั้ง/นาที |
| 4.มีโอกาสเกิดภาวะ น้ำตาลในเลือดสูงหรือน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypo - hyperglycemia) จากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์<br>**เป้าหมาย** มารดามีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ | 1.สังเกตและติดตามอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ซึมลง และระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ เหนื่อย<br>2.ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา<br>3.ติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้ว เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเป็นระยะตั้งแต่แรกรับ และก่อนส่งเข้าห้องผ่าตัด<br>4.ประเมินสัญญาณชีพมารดาทุก 30 นาที ขณะรอส่งห้องผ่าตัด<br>**การประเมินผล** มารดาไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ระดับน้ำตาลจากปลายนิ้ว 97 mg% |
| **ระยะคลอด**<br>5.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก<br>**เป้าหมาย** มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก | 1.เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้บริเวณหัวเตียงผู้ป่วย<br>2.ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และประเมินความยาก-ง่ายในการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือ<br>3.ติดเครื่อง monitor สัญญาณชีพและวัดระดับออกซิเจนในเลือดตลอดการผ่าตัด<br>4.keep warm ผู้ป่วย ดูแลอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ<br>5.จัดท่านอนศีรษะสูงเล็กน้อย (semi fowler's position) ในกรณีที่ยังไม่รู้สึกตัวดีให้นอนราบตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง<br>6.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา<br>7.เมื่อตื่นดี กระตุ้นให้หายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ไอ ขับเสมหะ หรือช่วยดูดเสมหะเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ<br>8.ดูแลระบบไหลเวียน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา<br>9.ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากผลของยาระงับความรู้สึก |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | **การประเมินผล** หลังให้การพยาบาล ไม่พบอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก |
| **ระยะหลังคลอด**<br>6ปวดแผลผ่าตัดระดับรุนแรงเนื่องจากมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดทางหน้าท้อง<br>**เป้าหมาย** อาการปวดแผลทุเลาลง | 1.ประเมินระดับความปวดของแผลผ่าตัด และดูแลให้ยาลดปวดตามแผนการรักษาของแพทย์<br>2.ประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง<br>3.จัดให้นอนท่าศีรษะสูงเล็กน้อย (semi fowler's position) เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน<br>4.กระตุ้นการหายใจแบบผ่อนคลาย (deep breathing exercise)<br>5.จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ<br>**การประเมินผล** อาการปวดทุเลาลงหลังได้รับยาบรรเทาอาการปวด pain score ลดลงจาก 8 คะแนน เหลือ 4 คะแนน สามารถนอนหลับพักได้ |
| 7.มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกมีการยืดขยายมากขณะตั้งครรภ์<br>**เป้าหมาย** ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอด | 1.ประเมินระดับความรู้สึกตัว และตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 – 30 นาที ตามมาตรฐานจนสัญญาณชีพสม่ำเสมอ<br>2.ประเมินปริมาณเลือดออก (น้ำคาวปลา) หลังผ่าตัด<br>3.สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดซึมผ้าปิดแผล<br>4.ตรวจการหดรัดตัวของมดลูก<br>5.ดูแลการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา<br>6.สังเกตและบันทึกปริมาณสารน้ำ เข้า – ออกจากร่างกาย<br>**การประเมินผล** หลังให้การพยาบาลไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอด |
| 8.มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ช่องท้องจากการผ่าตัดร่วมกับมีโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีภาวะอ้วน<br>**เป้าหมาย** แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ | ระยะก่อนผ่าตัด<br>1.หลีกเลี่ยงการขจัดขนบริเวณที่จะทำการผ่าตัด<br>2.ดูแลความสะอาดร่างกาย เช็ดตัวบนเตียง เนื่องจากเป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน ไม่สามารถลุกอาบน้ำก่อนผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อตามแนวทางปฏิบัติได้<br>3.ติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้วก่อนผ่าตัดคลอด หากมากกว่า 200 mg% รายงานแพทย์เพื่อแก้ไข<br>4.เตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัดโดยฟอกทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ chlorhexidine gluconate ที่ละลายใน alcohol<br>5.ดูแลการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ภายใน 120 นาที ก่อนลงมีดผ่าตัด<br>ขณะผ่าตัด<br>1.ทีมการพยาบาลห้องผ่าตัดฟอกมือโดยใช้น้ำและสบู่ผสมน้ำยาฆ่าเชื้อหรือใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ (alcohol-based handrub) ก่อนสวมถุงมือปราศจากเชื้อตามแนวทางปฏิบัติ<br>2.วัดค่าออกซิเจนปลายนิ้วต่อเนื่อง ดูแลไม่ให้ต่ำกว่า 80%<br>3.ดูแลความอบอุ่นของร่างกายขณะผ่าตัด<br>4.ปิดประตูห้องผ่าตัด งดการสัญจรในห้องผ่าตัดโดยไม่จำเป็น<br>5.ควบคุมอุณหภูมิและความชื้นภายในห้องผ่าตัด<br>หลังผ่าตัด<br>1.สังเกตปริมาณเลือดที่ซึมติดผ้าปิดแผล ไม่เปิดแผลผ่าตัดก่อน ชั่วโมง<br>2.สังเกตลักษณะผิดปกติของแผลผ่าตัด ได้แก่ลักษณะ บวม แดง ร้อน ปวด<br>3.ทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ<br>4.วัดอุณหภูมิกายทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการไข้<br>**การประเมินผล** ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดติดเชื้อหลังจำหน่ายกลับบ้าน 13 วัน |
| 9.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง | 1.วัดความดันโลหิตทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง<br>2.จัดสิ่งแวดล้อมให้และบรรยากาศรอบข้างที่เอื้อต่อการพักผ่อน |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **เป้าหมาย** ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง | 3.ขอความร่วมมือจากญาติในการเข้าเยี่ยมเพื่อลดการรบกวนผู้ป่วย<br>4.วางแผนการพยาบาลอย่างมีระบบ ปฏิบัติการพยาบาลเท่าที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน<br>5.สังเกตอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกเสียดยอดอก หรือใต้ชายโครง<br>6.ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิต Aldomet (250 mg) 1 เม็ด หลังอาหาร เช้าและเย็น<br>**การประเมินผล** ๆม่พบอาการแสดงนำของการชักและไม่พบอาการแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง วัดความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/80 - 150/80 mmHg |
| 10.มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหลังจำหน่ายกลับบ้าน<br>**เป้าหมาย** แผลผ่าตัดตอบสนองต่อการดูแลรักษาในทางที่ดีขึ้น อาการติดเชื้อลดลง | 1.ทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ<br>2.สังเกตลักษณะของแผล ผิวหนังรอบแผล สีและปริมาณของ discharge ที่ออกจากแผล<br>3.ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอและมีประโยชน์ต่อกระบวนการหายของแผล เช่น วิตามินเอ วิตามินบี วิตามินซี และโปรตีน<br>4.ดูแลด้านโภชนาการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 200 mg%<br>5.ส่งเสริมสุขวิทยาส่วนบุคคลและดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย<br>6.ดูแลไม่ให้ผ้าปิดพันรัดแผลแน่นเกินไป เพื่อป้องกันการขัดขวางการไหลเวียนเลือดแดง<br>7.จัดให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย และการได้รับยาลดอาการปวดแผล<br>8.ดูแลการได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น<br>9.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลทันที<br>**การประเมินผล** หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 5 วัน แผลผ่าตัดแห้งดี แพทย์ทำการ Re-suture อาการปกติ กลับบ้านได้ในวันที่ 9 สิงหาคม 2566 โทรติดตามหลังจำหน่ายกลับบ้าน แผลไม่มี discharge ซึม ไม่มีอาการปวดแผล มาตรวจตามนัดวันที่ 18 สิงหาคม 2566 ตัดไหมได้ แผลแห้งและติดดี |
| 11.มีภาวะเต้านมคัดตึงเนื่องจากต้องงดการให้นมบุตร<br>**เป้าหมาย** ลดอาการคัดตึงเต้านม | 1.อธิบายเหตุผลที่ต้องงดให้นมบุตรเนื่องจากได้รับยาปฏิชีวนะ metronidazole ที่สามารถขับผ่านทางน้ำนมได้<br>2.ช่วยนวดเต้านม และสอนวิธีการนวดเต้านม<br>3.ช่วยประคบด้วยความร้อนและความเย็น<br>4.แนะนำการบีบน้ำนมทิ้ง<br>5.ดูแลให้ใส่เสื้อชั้นในที่เหมาะสม<br>6.ให้รับประทานยา Paracetamol (500mg) ทุก 4-6 ชั่วโมงเมื่อมีอาการปวด<br>**การประเมินผล** อาการคัดตึงเต้านมลดลง เต้านมนิ่มขึ้นสามารถบีบน้ำนมออกทิ้งได้ ไม่มีอาการปวดตึงเต้านม |
| 12.มีความวิตกกังวลต่ออาการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหน้าท้อง<br>**เป้าหมาย** ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล | 1.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความกังวล<br>2.อธิบายถึงพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น สาเหตุ และแผนการรักษา<br>3.ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย<br>4.บอกถึงลักษณะการเปลี่ยนแปลงของแผล ทุกวันขณะทำแผลให้ผู้ป่วย<br>**การประเมินผล** ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลาย มีรอยยิ้มหลังจากแจ้งถึงลักษณะของแผลหลังได้รับการล้างแผลและเย็บแผลใหม่ |
| 13.เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดซ้ำจากการพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน<br>**เป้าหมาย** ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน | 1.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามหลัก D-M-E-T-H-O-D ดังนี้<br>D = Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุอาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง<br>M = Medicine แนะนำการใช้ยาที่ได้รับอย่างละเอียด<br>E = Environment แนะนำการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาดเรียบร้อย<br>T = Treatment เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษา<br>H = Health แนะนำการป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อซ้ำ เน้นการดูแลแผลผ่าตัด สังเกตผ้าปิดแผลทุกวันถ้ามีเลือดหรือหนองซึมให้รีบไปพบแพทย์ ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ห้ามแกะหรือเกาแผล<br>O = Out patient การมาตรวจตามกำหนดนัด หรือมาก่อนกำหนดนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | D = Diet แนะนำเรื่องโภชนาการ รับประทานอาหารโปรตีนสูงเพื่อส่งเสริมการหายของแผล หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง อาหารรสเค็ม และลดอาหาร/เครื่องดื่ม ที่มีรสหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด<br>2.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ซักถามข้อสงสัย<br>**การประเมินผล** ผู้ป่วยรับทราบคำแนะนำในการปฏิบัติตัว จากการติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย ผู้ป่วยมาตรวจตามกำหนดนัด หลังตัดไหมที่แผลผ่าตัด แผลผ่าตัดติดดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนด้านสูติกรรมอื่นๆ |

**อภิปรายผล**

การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมการรักษาพยาบาลในทุกจุดที่ให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน[1] จากการทบทวนกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายนี้ นอกจากมีความเสี่ยงสูงทางด้านสูติกรรมที่อาจส่งผลต่อความปลอดภัยขณะตั้งครรภ์และการคลอด ต่อทั้งมารดาและทารกแล้ว ยังมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสูงด้วย คือ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรคอ้วน และมีภาวะน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์ ดังนั้นนอกจากการดูแลเพื่อเฝ้าระวังทางด้านสูติกรรมแล้ว ยังต้องคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนด้านอื่นด้วยอย่างครอบคลุม อย่างไรก็ตาม สาเหตุของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องอีกมากมาย[5] เช่น การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ระยะเวลาการให้ยา Antibiotic ที่เหมาะสม ด้านอุปกรณ์เครื่องมือ ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การไหลของอากาศในห้องผ่าตัด การรักษาอุณหภูมิร่างกายในขณะผ่าตัด การละเมิดเทคนิคปลอดเชื้อในห้องผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้น และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นต้น[6] ซึ่งควรได้รับการเฝ้าระวัง ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดอย่างครอบคลุม

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรมีการต่อยอดในการสร้างเครื่องมือเพื่อช่วยในการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด เพื่อให้มีความสะดวกในการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังตามปัจจัยเสี่ยงที่พบในผู้รับบริการแต่ละราย
2. เพิ่มช่องทางในการติดตามข้อมูลการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้านแล้วเพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มมากขึ้น[6,9]

**เอกสารอ้างอิง**

1.กำธร มาลาธรรม และ ยงค์ รงค์รุ่งเรือง. คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2660.
2.ธีระ ทองสง. ตำราสูติศาสตร์ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชเชียงใหม่. พิมพ์ครั้งที่6. เชียงใหม่: 2564.
3.นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. ความปลอดภัยในการผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่1. เชียงใหม่: โชตนาพริ้นท์; 2561.
4.ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. การพยาบาลสูติศาสตร์เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่2. นนทบุรี: บริษัทยุทธรินทร์การพิมพ์จำกัด; 2548.
5.สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
6.สมาคมควบคุมการติดเชื้อเอเชียแปซิฟิค (APSIC). แนวทางปฏิบัติสำหรับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด. [อินเตอร์เน็ต].2562 [สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2566.]. เข้าถึงจาก: https://apsic-apac.org/wp-content/uploads/2019/02/APSIC-SSI-THAI-VERSION-JAN-2019.pdf.

7.สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ และคณะ. การพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงจาก: https://www.nur.psu.ac.th/nur/file_web.pdf

8.สุนันทา อรุณพงษ์. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและคลอดก่อนกำหนดจากภาวะทารกเครียด กรณีศึกษา. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงจาก: http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/Knowledge/JOHS/30052023.pdf

9.สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย และอภิชาต วชิรพันธ์. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563

# การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

# Nursing Care of Postpartum Hemorrhage: Two Case Studies

(Received: February 21,2024 ; Revised: February 24,2024 ; Accepted: February 27,2024)

**เจตนา พรมทอง**[1]
**Jettana Phromtong**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ การพยาบาลในผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดโดย เลือกกรณีศึกษา 2 ราย แบบเฉพาะเจาะจงในผู้คลอดที่เข้ารับบริการคลอด และมี ภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลภูเวียง ตั้งแต่ ธันวาคม 2565 ถึง พฤษภาคม 2566 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาผู้คลอดทั้ง 2 ราย พบว่ามีความแตกต่างของการดำเนินการคลอด และปัจจัย ส่วนบุคคล รายที่ 1 ระยะเวลาการคลอด ใช้เวลา 27 ชั่วโมง 47 นาที สาเหตุการตกเลือดหลังคลอดจาก มดลูกหดรัดตัวไม่ดี รายที่ 2 รวมระยะเวลาการคลอด ใช้เวลา 6 ชั่วโมง 24 นาที สาเหตุการ ตกเลือดจาก มดลูกหดรัดตัวไม่ดี และเศษรกค้าง ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอันตราย

**คำสำคัญ:** การพยาบาล มารดา ตกเลือดหลังคลอด กรณีศึกษา

**Abstract**

This study was case study aimed to study the progression of the disease, nursing diagnosis, nursing interventions, and outcomes of nursing care in postpartum hemorrhage cases. Two specific case studies of postpartum hemorrhage patients at Phu Wiang Hospital, from December 2022 to May 2023, were conducted. Data was collected from medical records, patient interviews, and family members.

Study Findings: In the two case studies, differences in childbirth procedures and individual factors were identified. Case 1 had a labor duration of 27 hours and 47 minutes, with postpartum hemorrhage due to uterine atony. Case 2 had a total labor duration of 6 hours and 24 minutes, with postpartum hemorrhage due to uterine atony and retained placental fragments. The patients experienced no adverse complications, emphasizing the need for nurses to assess and identify postpartum hemorrhage risks while efficiently applying nursing practices.

**Keywords:** Nursing, Postpartum hemorrhage, Case study.

## บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดทันทีปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร หรือ มากกว่า หลังจากการคลอดในระยะที่3 เสร็จสิ้น การตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรง มีการสูญเสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร มีผลทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ถึงแม้จะได้รับการรักษาที่เหมาะสม การตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก โดยมารดาทั่วโลกและในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าเสียชีวิตจากภาวะตกเลือด หลังคลอดร้อยละ 19.7 ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้วพบร้อยละ 8.0 ใน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบร้อยละ 23.12[2]

โรงพยาบาลภูเวียงเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ซึ่งยังไม่มีผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านสูติกรรม,กุมารเวชกรรม ให้การดูแล บริการการคลอดในเขตรับผิดชอบ มีปริมาณผู้คลอดมากจากสถิติ ปี 2563-2566 คลอด 288 ราย PPH 10 ราย คิดเป็น 3.47% ปี 2564 คลอด 215 ราย PPH 1 ราย คิดเป็น 0.46% ปี 2565 คลอด 198 ราย PPH 8 ราย คิดเป็น 4.04% ในปี 2566 คลอด 182 ราย PPH 6 ราย คิดเป็น 3.2%

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลภูเวียง อ.ภูเวียง จ.ขอนแก่น

(งานสารสนเทศ โรงพยาบาลภูเวียง, 2566) จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้คลอด 2 ราย ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ได้ผ่านการขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอม ด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา กรณีศึกษา 2 กรณีนี้ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษา เป็นความลับ

**ผลการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด:กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

| ข้อมูล | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| **ข้อมูลทั่วไป** | มารดาอายุ 24 ปี สถานภาพ คู่<br>เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ<br>น้ำหนัก 94 กิโลกรัม ส่วนสูง 158เซนติเมตร<br>อาชีพ แม่บ้าน การศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น<br>รายได้ครอบครัว 15,000 บาท | มารดาอายุ 24 ปี สถานภาพ คู่<br>เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ<br>น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง170 เซนติเมตร<br>อาชีพค้าขาย การศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น<br>รายได้ครอบครัว 15,000 บาท |
| **ข้อมูลการเจ็บป่วย** | อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บครรภ์ มีมูกเลือดทางช่องคลอดและเจ็บครรภ์ก่อนมา 2 ชั่วโมง วันรับไว้นอนรักษาในโรงพยาบาล 7 ธันวาคม 2565 เวลา 11.35 น.<br>ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บครรภ์ห่างๆ 2 ชั่วโมง ก่อนมาเจ็บครรภ์มากขึ้นและมีมูกเลือดออกทางช่องคลอดจึงมาโรงพยาบาล<br>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตไม่มี | อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลมีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอด ก่อนมา 1 ชั่วโมง 30 นาที วันรับไว้นอนรักษาในโรงพยาบาล 11 พฤษภาคม 2566 เวลา02.30 น.<br>ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 ชั่วโมง 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บครรภ์ และมีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอด ก่อนมา 1 ชั่วโมง 30 นาที จึงมาโรงพยาบาล<br>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตไม่มี |
| ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด | มารดาครรภ์ที่ 2 เคยคลอดครบกำหนด 1 ครั้ง คลอดปกติเมื่อ 7 ปีก่อน น้ำหนักบุตร 2,495 กรัม ปัจจุบันแข็งแรงดี | มารดาครรภ์ที่ 2 เคยคลอดครบคลอดปกติเมื่อ 4 ปีก่อน น้ำหนักบุตร<br>3,000 กรัม ปัจจุบันแข็งแรงดี |
| การตั้งครรภ์ปัจจุบัน | G2P1-0-0-1 LMP 10 มีนาคม 2565 EDC 17 ธันวาคม 2565 อายุครรภ์ 38+4 wks<br>ฝากครรภ์ 10 ครั้ง ครบตามเกณฑ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์<br>ผลตรวจเลือดปกติ Hct 38/35% Blood group B, Rh:+ve, VDRL: NR, Hbs: -ve<br>AntHIV: -ve, DCIP:+ve MCV 75.1 ผลตรวจสามี MCV 79.1 | G2P1-0-0-1 LMP จำไม่ได้ EDC 7 พฤษภาคม 2566 อายุครรภ์ 40+4 wks จาก U/S ฝากครรภ์12 ครั้งครบตามเกณฑ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์<br>ผลตรวจเลือดปกติ Hct 37/38% Blood group A, Rh:+ve, VDRL: NR, Hbs: -ve<br>AntHIV: -ve, DCIP:-ve MCV 65 |
| **ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ** | ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องมาด้วยรถเข็นนั่ง มีญาติมาด้วย<br>อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที<br>ความดันโลหิต116/77 มิลลิเมตรปรอท<br>ตรวจร่างกายปกติ | ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องมาด้วยรถเข็นนั่ง มีญาติมาด้วย<br>อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส<br>ชีพจร 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 101/74 มิลลิเมตรปรอท |

**ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

| ข้อมูล | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| | ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบาง (Effacement 25%) membrane Intact (ถุงน้ำยังอยู่) Sation-2 | ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร ความบาง (Effacement 80%) membrane Intact (ถุงน้ำยังอยู่) Sation-2 |
| **ข้อมูลอาการและอาการแสดงขณะรอคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด** | 8 ธันวาคม 2565 เวลา 08.00 น. ปากมดลูกเปิด3 เซนติเมตร ความบาง (Effacement 75%) Spontaneous Membrane Rupture (ถุงน้ำแตกเอง) Sation-2<br>8 ธันวาคม 2565 เวลา 12.44 น. NL with RML Episiotomy ทารกเพศหญิง ทารกหนัก 3,340 gms. เวลา12.47 น. รกคลอดครบ หลังคลอดมดลูกหดรัดตัวไม่ดีคลึงมดลูกไล่ก้อนเลือดๆออกทางช่องคลอด 712 c.c. ประเมินสัญญาณชีพ<br>ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/54 มิลลิเมตรปรอท และรายงานแพทย์ ให้การรักษา<br>เวลา13.30 น. ชีพจร 72 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 99/58 มิลลิเมตรปรอท ให้ 5% Dextrose in NSS/2 1,000 c.c. +Syntocinon 40 unit iv drip 120 cc./hr ตามด้วย methergin 1 amp vein push หลังให้ยามดลูกหดรัดตัวดี ยังมีเลือดไหลซึมออกจากมดลูกเรื่อยๆ แพทย์พิจารณา Transamine 1 gms.+NSS 100 c.c. vein drip in 30 min, Retained foley's catheter มารดาไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น มดลูกหดรัดตัวดี ภายใน 2 ชั่วโมง หลังคลอดมีเลือดออกทางช่องคลอด รวม 802 c.c. ความเข้มข้นของเลือด 39% สัญญาณชีพปกติ<br>ระยะที่ 1 ใช้เวลา 27 ชั่วโมง 35 นาที<br>ระยะที่ 2 ใช้เวลา 9 นาที<br>ระยะที่ 3 ใช้เวลา 3 นาที<br>รวมระยะเวลาการคลอด ใช้เวลา 27 ชั่วโมง 47 นาที หลังคลอดอาการปกติ เลือดออกทางช่องคลอดปกติ Hct 24 ชม.หลังคลอด 37 %<br>จากการวิเคราะห์กรณีศึกษา สรุปได้ว่าผู้ป่วยรายนี้ตกเลือดในระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) คือการตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด การวิเคราะห์สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยหาสาเหตุตามวิธี 4 T's approach: Tone, Trauma, Tissue, Thrombinพบว่าผู้ป่วยรายนี้สาเหตุการตกเลือดหลังคลอดน่าจะเกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี จากระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนาน | 11 พฤษภาคม 2566 เวลา 05.00 น. ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 7 เซนติเมตร ความบาง (Effacement 80%) membrane Intact (ถุงน้ำยังอยู่) Sation 0<br>วันที่ 11 พฤษภาคม 2566 เวลา 06.09 น. NL with RML Episiotomy ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,480 กรัม รกคลอด เวลา 06.25 น.รกคลอดครบ หลังคลอดมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ประเมินเลือดออก 800 c.c. ให้ 5% Dextrose in NSS/2 1,000 c.c. + Syntocinon 40 unit iv drip 120 cc./hr ตามด้วย methergin 1 amp vein push x 3 dose ทุก 10 นาที ใน 30 นาที, On RLS 1000 c.c. vein drip 120 c.c./ hrs. Retained foley's catheter เตรียมเลือด 2 ยูนิต ตรวจความเข้มข้นของเลือดได้ 37% คลึงมดลูก ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที มารดาไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น มดลูกหดรัดตัวดี ภายใน 2 ชั่วโมง หลังคลอดมีเลือดออกทางช่องคลอดรวม917 c.c. ความเข้มข้นของเลือด 37 % สัญญาณชีพปกติ<br>ระยะที่ 1 ใช้เวลา 5 ชั่วโมง 59 นาที<br>ระยะที่ 2 ใช้เวลา 9 นาที<br>ระยะที่ 3 ใช้เวลา 16 นาที<br>รวมระยะเวลาการคลอด ใช้เวลา 6 ชั่วโมง 24 นาที หลังคลอดใน 6 ชม.ยังพบมีเลือดซึมออกทางช่องคลอด มดลูกหดรัดตัวไม่ดีเป็นพักๆแพทย์ทำ Ultrasound พบเศษรกค้าง Hct 24 ชม.หลังคลอด 32 %<br>ได้รับ PRC 1 unit Hct หลังให้เลือด35 %<br>จากการวิเคราะห์กรณีศึกษา สรุปได้ว่าผู้ป่วยรายนี้ตกเลือดในระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) คือการตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด การวิเคราะห์สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยหาสาเหตุตามวิธี 4 T's approach: Tone, Trauma, Tissue, Thrombinพบว่าผู้ป่วยรายนี้สาเหตุการตกเลือดหลังคลอดน่าจะเกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี จากเศษรกค้าง |

## การวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ และการพยาบาล ดังนี้

**ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล | |
|---|---|---|
| | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
| 1.ไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์คลอด | 1. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดและการหดรัดตัวของมดลูกทุก 1 ชั่วโมง<br>2. ตรวจภายในดูการเปิดขยายความบางของปากมดลูกและการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทุก 1-2 ชั่วโมง<br>3. บอกความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ<br>4. ประเมินความรุนแรงของการปวดพร้อมทั้งอธิบายสาเหตุ<br>5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 30 นาที<br>6. จัดท่าการบรรเทาปวดโดยการปรับให้นอนตะแคงช่วยนวดบริเวณหลังและก้นกบ<br>7. พูดคุยให้กำลังใจและอยู่กับผู้คลอดตลอดเวลา | 1. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดและการหดรัดตัวของมดลูกทุก 1 ชั่วโมง<br>2. ตรวจภายในดูการเปิดขยายความบางของปากมดลูกและการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทุก 1-2 ชั่วโมง<br>3. บอกความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ<br>4. ประเมินความรุนแรงของการปวดพร้อมทั้งอธิบายสาเหตุ<br>5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 30 นาที<br>6. จัดท่าการบรรเทาปวดโดยการปรับให้นอนตะแคงช่วยนวดบริเวณหลังและก้นกบ<br>7. พูดคุยให้กำลังใจและอยู่กับผู้คลอดตลอดเวลา |
| 2.มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด | ระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนาน<br>1. ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง<br>2. เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะตกเลือด เช่นเปิดเส้นเลือดด้วยเข็มเบอร์ 18 ให้สารละลายไว้ก่อนคลอด ประสานงานเตรียมทีมที่ดูแล<br>3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 30นาที<br>4. ดูแลให้ยา oxytocin ตามมาตรฐานการใช้ยาของหน่วยงาน<br>5. ให้ข้อมูลผู้คลอดและครอบครัวถึงปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด | มดลูกขยายมากเนื่องจากทารกโต<br>1. ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือด เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง<br>2. เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะตกเลือด เช่นเปิดเส้นเลือดด้วยเข็มเบอร์ 18ให้สารละลายไว้ก่อนคลอด ประสานงานเตรียมทีมที่ดูแล<br>3. ใช้กราฟดูแลการคลอดป้องกันการคลอดยาวนาน<br>4. ประเมินสัญญาณชีพทุก 2ชั่วโมง<br>5. ให้ข้อมูลผู้คลอดและครอบครัวถึงปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด |
| 3. มีภาวะตกเลือดหลังคลอด | 1. คลึงมดลูกจนหดรัดตัวกลมแข็งและกดไล่ก้อนเลือดที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี และคลึงต่อไปอีกทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก<br>2. สังเกตลักษณะและจำนวนเลือดที่ออก เพื่อประเมินความรุนแรงของการตกเลือด<br>3. ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา ดังนี้<br>3.1 ให้ Methergin 0.2 mg vein ให้ได้ทุก 15 นาที จำนวน 3 ครั้ง<br>3.2 ให้ 5%DN/2 1000 c.c. + oxytocin 40 unit ให้ 120 cc./hr<br>3.3 ให้Transamine 1 gms.+NSS 100 c.c. vein drip in 30 min<br>3.4 Retained foley's catheter<br>3.5 เตรียมเลือด (PRC 1 unit)<br>4. ตรวจติดตามสัญญาณชีพ ทุก15 นาที จนปกติต่อมาทุก 30 นาที และทุก 1 ชั่วโมง ตามลำดับภายใน 2 ชั่วโมงและทุก 4 ชั่วโมง | 1. คลึงมดลูกจนหดรัดตัวกลมแข็งและกดไล่ก้อนเลือดที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี และคลึงต่อไปอีกทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก<br>2. สังเกตลักษณะและจำนวนเลือดที่ออก เพื่อประเมินความรุนแรงของการตกเลือด<br>3. ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา ดังนี้<br>3.1 ให้ Methergin 0.2 mg vein ให้ได้ทุก 15 นาที จำนวน 3 ครั้ง<br>3.2 ให้ 5%DN/2 1000 c.c. + oxytocin 40 unit ให้ 120 cc./hr<br>3.3 Retained foley's catheter<br>3.4 เตรียมเลือด (PRC 1 unit)<br>3.5 ให้เลือด (PRC 1 unit) ตามแผนการรักษา<br>4. ตรวจติดตามสัญญาณชีพ ทุก15 นาที จนปกติต่อมาทุก 30 นาที และทุก 1 ชั่วโมง ตามลำดับภายใน 2 ชั่วโมงและทุก 4 ชั่วโมง<br>5. ตรวจติดตามความเข้มข้นของเลือด ทุก 2 ชั่วโมง |

**ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล | |
|---|---|---|
| | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
| | 5. ตรวจติดตามความเข้มข้นของเลือด ทุก 2 ชั่วโมง<br>6. บันทึกและติดตามปริมาณน้ำเข้าออก ทุก 8 ชั่วโมง | 6. บันทึกและติดตามปริมาณน้ำเข้าออก ทุก 8 ชั่วโมง |
| 4.เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อหลังคลอด | มีแผลในโพรงมดลูกจากการลอกตัวของรกและมีการเสียเลือดมาก<br>1. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด<br>2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลฝีเย็บมากขึ้น แผลมีหนองมีกลิ่นเหม็น<br>3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อหลังคลอด ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธีโดยการล้างจากข้างหน้าไปข้างหลัง ไม่เช็ด ย้อนไปมา<br>4.เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3 - 4 ชั่วโมง หรือเมื่อผ้าอนามัยเปียกชุ่ม เพื่อลดสิ่งหมักหมม และขจัดน้ำคาวปลา<br>5. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะจะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น<br>6.แนะนำมารดาสังเกตน้ำคาวปลา หาก 3 วันหลังคลอดไปแล้วยังมีสีแดงสด หรือน้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น กดเจ็บ ปวดท้อง และมีไข้ ถ้ามีอาการเหล่านี้ต้องรีบมาพบแพทย์ | มีแผลในโพรงมดลูกจากการลอกตัวของรก,มีการเสียเลือดมากและมีเศษรกค้าง<br>1. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด<br>2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลฝีเย็บมากขึ้น แผลมีหนองมีกลิ่นเหม็น<br>3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อหลังคลอด ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธีโดยการล้างจากข้างหน้าไปข้างหลัง ไม่เช็ด ย้อนไปมา<br>4.เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3 - 4 ชั่วโมง หรือเมื่อผ้าอนามัยเปียกชุ่ม เพื่อลดสิ่งหมักหมม และขจัดน้ำคาวปลา<br>5. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อนมไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะจะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น<br>6.ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ Ceftriaxone 2 gms. OD metronidazone 500 mg vein q 8 hrs. และเมื่อกลับบ้านให้ Amoxycillin (500mg) 2x2 Oral PC<br>7.แนะนำมารดาสังเกตน้ำคาวปลา หาก 3 วันหลังคลอดไปแล้วยังมีสีแดงสด หรือน้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น กดเจ็บ ปวดท้อง และมีไข้ ถ้ามีอาการเหล่านี้ต้องรีบมาพบแพทย์ |
| 5. วิตกกังวลว่าตนเองจะได้รับอันตรายเนื่องจากมีภาวะตกเลือดหลังคลอด | 1. สร้างสัมพันธภาพพูดและซักถามมารดาเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกและความวิตกกังวล<br>2. ให้ข้อมูลเรื่องการตกเลือดหลังคลอดและสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้เข้าใจการดำเนินโรคและเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง รวมทั้งข้อร้องเรียน<br>3. อธิบายเหตุผล และให้ข้อมูลทุกครั้งเมื่อให้การพยาบาลเพื่อให้มารดาเข้าใจแผนการรักษา และคลายความวิตก<br>4. เปิดโอกาส ให้ญาติ ได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยหลังตกเลือด เพื่อคลายความวิตก<br>5. ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของมารดาหลังคลอด<br>6. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลแสดงท่าทีที่เป็นมิตรกับมารดาหลังคลอดและญาติ | 1. สร้างสัมพันธภาพพูดและซักถามมารดาเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกและความวิตกกังวล<br>2. ให้ข้อมูลเรื่องการตกเลือดหลังคลอดและสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้เข้าใจการดำเนินโรคและเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง รวมทั้งข้อร้องเรียน<br>3. อธิบายเหตุผล และให้ข้อมูลทุกครั้งเมื่อให้การพยาบาลเพื่อให้มารดาเข้าใจแผนการรักษา และคลายความวิตก<br>4. เปิดโอกาส ให้ญาติ ได้เข้ามามีบทบาทในการ ดูแลผู้ป่วยหลังตกเลือด เพื่อคลายความวิตก<br>5. ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของมารดาหลังคลอด<br>6. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลแสดงท่าทีที่เป็นมิตรกับมารดาหลังคลอดและญาติ |

**อภิปรายผล**

ในการศึกษาครั้งนี้ กรณีศึกษาทั้งสองราย มีลักษณะข้อมูลที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา เชื้อชาติ สัญชาติ การศึกษา ข้อมูลเหล่านี้มีผลต่อภาวะสุขภาพ เนื่องจากการตั้งครรภ์อยู่ในช่วงอายุที่เหมาะสมในการมีบุตร คือ 18-35 ปี การได้รับการศึกษามีผลต่อความคิด ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทำให้มีการปฏิบัติตัวที่ดี และการมีบุตรครั้งนี้เป็นความคาดหวัง ทั้งคู่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ และการคลอดในกรณีศึกษาผู้คลอดทั้ง 2 ราย พบว่า รายที่ 1 พบสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี เนื่องจากมีระยะเวลาการคลอดยาวนานเกิน 16 ชั่วโมง ในครรภ์หลังและทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี เป็นสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดได้[3] รายที่ 2 มีสาเหตุการตกเลือดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี เนื่องจากมีพบเศษรกค้าง[4] มีเลือดออกทางช่องคลอด รวม 917 c.c. ทั้ง2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกันทั้งและได้รับการดูแลและการรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากภาวะตกเลือดอย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยปลอดภัย

**ข้อเสนอแนะ**

ในการดูแลมารดาหลังคลอด พยาบาลควรนำความรู้ และหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาล หรือสร้างแนวปฏิบัติในการพยาบาลมารดาในระยะหลัง คลอดให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อให้การ พยาบาลมารดาหลังคลอดมีคุณภาพและเป็นมาตรฐานที่ ดีต่อไป รวมถึงให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลที่ ถูกต้องเหมาะสมทันท่วงทีเตรียมความพร้อมมารดา หลังคลอดและญาติในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่ บ้านได้อย่างถูกต้อง เพื่อไม่ให้เกิดตกเลือดหลังคลอด หรือหากเกิดขึ้นก็ช่วยลดความรุนแรงไม่ให้มารดามีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดที่รุนแรงหรือมีอันตราย แก่ชีวิตได้

**เอกสารอ้างอิง**

1. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. Italy: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2012.
2. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557. นนทบุรี: นโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558. นนทบุรี: นโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
4. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2563).เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564
5. ปิยะรัตน์ นิลอัยยกา. (2546).“การดูแลมารดาที่มีภาวะผิดปกติเกี่ยวกับการตกเลือดและการติดเชื้อในระยะหลังคลอด” ในการผดุงครรภ์ 2. มณีรัตน์ ภัทรจินดา, บรรณาธิการ. ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
6. พิรุฬห์ สิทธิพล. (2020). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด: กรณีศึกษา. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office, 277-292.
7. ศิริวรรณ วิเลิศ. (2559). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด.
8. ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารวิชาการ สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 6(2): 146-57.

# ปัญหาสุขภาพคนทำงานสูงวัยกับมาตรฐาน กฎหมายและการตรวจประเมินที่ทำงานที่เหมาะสม

# Health Issues of Elderly Workforce to Laws, Standards, and Workplace Assessments

(Received: January 20,2024 ; Revised: February 13,2024 ; Accepted: February 17,2024)

**สุพัฒท์ มณีโชติ[1] เสรีย์ ตู้ประกาย[2] ,มงคล รัชชะ[3] ,ชัยวัฒน์ ภู่วรกุลชัย[4]**

**Supat maneechote[1] Seree Tuprakay[2] ,Mongkol Ratcha[3] ,Chaiwat Pooworakulchai[4]**

**บทคัดย่อ**

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจใช้ปรัชญานิรนัยความรู้ความชุกและสาเหตุโรค อนุมานสาเหตุหลักของความชุกโรค เพื่อศึกษาสาเหตุของปัญหาสุขภาพคนทำงานสูงวัยที่สถิติความชุกโรคสูงของไทยและบูรณาการมาตรฐานสุขภาวะ และกฎหมายสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เสนอแนวทางการตรวจประเมินที่ทำงานที่เหมาะสม งานวิจัยสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสาธารณสุขที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 5 ท่าน ใช้แบบสอบถาม Likert scale 5 ระดับ ความสอดคล้องเที่ยงตรงของแบบสอบถามร้อยละ 0.95 ใช้การวิเคราะห์เชิงลำดับชั้นดูการเชื่อมโยงโรคหนึ่ง ๆต่ออิทธิพลให้เกิดโรคอื่น พบว่าการเชื่อมโยงโรคระดับสูงในทิศทางเดียวกับสถิติความชุกโรคปี 2563 ได้แก่ โรคมะเร็งและเนื้องอก ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ สาเหตุหลักคือสภาพแวดล้อมอากาศ เช่นอุณหภูมิ ความชื้น สารอินทรีย์ระเหยง่าย ฝุ่นละออง ทั้งนี้มีกฎหมายบางฉบับกำกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพในที่ทำงาน ความร้อน แสงสว่าง และเสียง แต่ไม่ครอบคลุมสาเหตุหลักนี้ ดังนั้นแนวปฏิบัติตามมาตฐานสากล fitwel หรือ WELL ควรเลือกควบคุมสาเหตุโรคหลัก ๆก่อน และติดตั้งระบบตรวจวัด อินเตอร์เน็ตทุกสรรพสิ่ง ที่สามารถเฝ้าดูได้ตรวจประเมินแบบเรียลไทม์ ร่วมกับการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมทางกายภาพแบบประจำปี

**คำสำคัญ:** ความชุกโรค มาตรฐานสภาพแวดล้อมในอาคาร กฎหมายสิ่งแวดล้อมในอาคาร ผู้สูงวัย

**Abstract**

Thailand is entering an aging society, and there is a trend towards extending the working age. Therefore, it is necessary to prepare a suitable working environment. Although there are well-being building standards and building regulations, the statistics for disease prevalence still remain high. This is qualitative research aims to investigate the causes of health problems among elderly workers, considering Thailand's high disease prevalence statistics and the integration of health standards and environmental laws in the workplace, and proposes an assessment approach for suitable workplaces. The study involved interviews with qualified individuals and experts in public health, selecting five participants with specific expertise. A Likert scale questionnaire with a 95% reliability was utilized, and ordinal ranking analysis was performed to explore disease interconnections. The findings revealed a high level of disease correlation in alignment with the disease prevalence statistics for 2020. Major diseases identified included cancer, tumors, cardiovascular, nervous, and respiratory systems. The primary environmental causes were air quality factors such as temperature, humidity, organic compounds, and particulate matter. Although some workplace environmental standards are regulated by laws, such as heat, light, and sound, they do not comprehensively cover the main causes. Therefore, it is recommended to follow international standards like Fitwel or WELL, focusing on controlling primary disease causes. Additionally, the installation of Internet of Things (IoT) monitoring systems for real-time assessments, along with annual or five-yearly evaluations of physical environments, is suggested.

**Keyword:** Disease prevalence, indoor environment standards, indoor environmental law, elderly

[1] นักศึกษาปริญญาเอก คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[2] รองศาสตราจารย์, คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[4] อาจารย์ประจำ, คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

**บทนำ**

สุขภาพทั้งร่างกายและ จิตใจคนทำงานสูงวัยเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะในสังคมที่มีประชากรวัยทำงานที่อายุน้อยกว่า 60 ปีมีน้อยลง[1] ทำให้ต้องมีการขยายอายุแรงงานให้นานขึ้น ซึ่งพนักงานจะต้องมีสุขภาพแข็งแรงเพียงพอ ถึงจะสามารถขยายอายุการทำงานต่อได้ แต่ปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุมีสถิติความชุกโรค[2] เจ็บป่วยหลายโรคในระดับสูง หรือการเกิดอาการป่วยเพราะเหตุอาคาร (Sick Building Syndrome)[16] เช่น โรคมะเร็งที่มีสาเหตุจากสารก่อมะเร็ง หรือฟอร์มาลดีไฮด์ ที่มักพบในเฟอร์นิเจอร์หรือวัสดุที่ทำจากหนัง รวมถึงไม้สังเคราะห์ต่าง ๆและสีบางชนิด ฝุ่นจิ๋วขนาดเล็ก (PM2.5) และรวมถึงการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และมีโรคอื่นได้แก่โรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิต โรคเกี่ยวกับระบบประสาทที่เกิดจากสารทำลายระบบประสาทในอาคาร หรือสภาพอาคารทางกายภาพ สิ่งกีดขวาง ความลาดชันของทางเดิน แสงสว่าง ที่เป็นต้นเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุ หรือโรคที่เกี่ยวกับระบบหายใจ เช่นโรคภูมิแพ้ โรคเยื่อจมูกอักเสบ เยื่อบุตาอักเสบ โรคผิวหนังที่เกิดจากสภาพอุณหภูมิ และความชื้นไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีโรคติดเชื้อที่ผ่านทางอากาศ[14] เช่น ลีจิเนลลา (Legionella) เป็นแบคทีเลียที่เติบโตได้ที่อุณหภูมิ 25-42 องศาเซลเซียส โรคเหล่านี้พบมากในผู้สูงวัย ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการทำงานได้อย่างมีประสิทธิผล โดยที่ปัจจุบันประเทศไทยมีทั้งมาตรฐาน และกฎหมายการตรวจสอบ การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมภายในอาคาร ที่คอยกำกับดูแลสถานที่ทำงานอาคารให้มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และปลอดภัยอยู่แล้ว แต่ก็ยังมีความชุกของโรคเหล่านี้สูงในระดับต้น ๆ ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพของคนทำงานสูงวัย มาตรฐาน และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยควรจะต้องครอบคลุมสาเหตุปัจจัยหลัก ๆที่เป็นต้นเหตุเป็นอันดับแรก ๆที่ทำให้เกิดความชุกโรคที่มีสถิติสูง และมีระบบการตรวจประเมินภายในอาคารที่ตรวจประเมินได้ง่าย สามารถกระทำโดยเจ้าหน้าที่ประจำอาคารโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เพื่อจ้างผู้ตรวจสอบอาคารรับรองมาตรวจ ทั้งนี้เพื่อเป็นการเฝ้าระวังด้วยตนเอง และปรับปรุงสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานที่เหมาะสมกับคนทำงานสูงวัยที่จะมีมากขึ้น โดยการวิจัยด้วยการนิรนัยความรู้เกี่ยวกับความชุกของโรคและสาเหตุของโรค นำไปสู่ข้อสรุป อนุมานปัจจัยต่อความชุกของโรค และหาความสัมพันธ์การเชื่อมโยงระหว่างโรค ต่อโอกาสที่เป็นโรคหนึ่งแล้วจะทำให้เป็นโรคชนิดอื่น ๆได้โดยการสอบถามระดับความเห็น จากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านสาธารณสุข และใช้สถิติวิเคราะห์เชิงลำดับชั้นแสดงระดับความสัมพันธ์ เพื่อสรุปเฉพาะสาเหตุหลัก ๆที่ทำให้เกิดโรคหรือการเกิดอาการป่วยเพราะเหตุอาคาร ทำการบริหารจัดการให้เหมาะสมก่อนสาเหตุส่วนน้อยอื่นๆ โดยการบูรณาการ กฎหมาย มาตรฐานต่างๆ และเสนอแนวทางการตรวจสอบควบคุมที่สาเหตุหลัก

**วัตถุประสงค์การศึกษา**

ศึกษาสาเหตุของปัญหาสุขภาพคนทำงานสูงวัยที่เป็นโรคที่มีสถิติความชุกสูงของประเทศไทย และบูรณาการ มาตรฐานที่สนับสนุนสุขภาวะที่ดี และกฎหมายที่เกี่ยวกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมสาเหตุของโรคหลัก และเสนอแนะแนวทางในการตรวจประเมินสถานที่ทำงานที่เหมาะสม

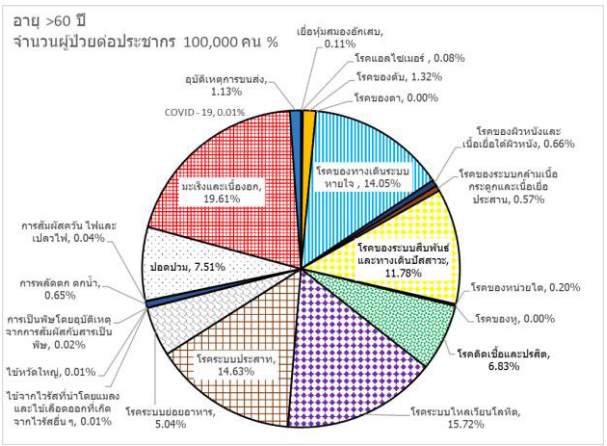
**วิธีดำเนินการวิจัย**

ทำการวิเคราะห์สรุปข้อมูลจากสถิติความชุกโรคตามช่วงอายุของกองยุทธศาสตร์ และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และดำเนินการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวกับสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม มาตรฐานอาคารทั้งที่มีใช้ในประเทศที่สนับสนุนสุขภาวะที่ดี ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ ศึกษาสาเหตุของโรคชนิดต่าง และใช้หลักปรัชญานิรนัย

ความรู้เกี่ยวกับความชุกของโรค จากสาเหตุของโรค นำไปสู่ข้อสรุป อนุมานปัจจัยที่มีต่อความชุกของโรคเหล่านั้น โดยการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในอาคาร และใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยอุปนัยปัจจัยเหล่านั้นนำมาออกแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง และใช้มาตราส่วน Likert scale 0 ถึง 5 ระบุระดับความสัมพันธ์ของการเป็นโรคชนิดหนึ่งกับโอกาสมากน้อยระดับใด ที่จะเป็นโรคชนิดอื่นตามมา โดยระดับ 0 หมายถึงไม่มีความสัมพันธ์ และ 5 หมายถึงมีโอกาสเป็นโรคชนิดอื่น ๆตามมามากที่สุด สอบถามผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านสาธารณสุข โดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 5 ท่าน ความสอดคล้องเที่ยงตรงของแบบสอบถามอยู่ที่ร้อยละ 0.95 นำผลการตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์เชิงลำดับชั้น (Analytic Hierarchy Process) หรือ AHP หาความสัมพันธ์ของโรคหนึ่ง ๆว่ามีอิทธิพลให้เกิดโรคอื่น ๆได้มากน้อยอย่างไร ซึ่งโรคที่มีสถิติความชุกของโรคมากและมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคชนิดอื่น ๆได้ในระดับสูงจะต้องมีมาตรการการตรวจสอบควบคุม โดยทำการศึกษากฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง และเสนอแนวแนะทางการตรวจประเมินภายในอาคารที่เหมาะสม

## ผลการวิจัย

ปัจจุบันมีการควบคุมสภาพแวดล้อมในการทำงานด้วยกฎหมายเกี่ยวกับอาคาร และมาตรฐานการออกแบบอาคาร แต่ทุกประเทศมีเป้าหมาย GDP ที่สูงขึ้นทุก ๆปี (PWC, 2017)[1] ทำให้คนย้ายเข้ามาทำงานในเมืองมากขึ้นและคนใช้เวลามากกว่า 90% ในอาคารในแต่ละวัน (Our World in Data, 2018)[2] ซึ่งจากสถิติเมื่ออายุคนทำงานสูงขึ้น พบว่าจำนวนการเจ็บป่วยและอัตราการตายยังคงสูง และสูงมากขึ้นในคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มากกว่าช่วงอายุอื่น ๆ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563)[3] ทั้งนี้สาเหตุการเจ็บป่วยมีทั้งจากปัจจัยส่วนตัวเอง และสิ่งแวดล้อมภายนอก พบว่ามี 10 กลุ่มโรคที่ที่เป็นมากที่สุดเรียงตามลำดับได้แก่ โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคระบบไหลเวียนโลหิต โรคระบบประสาท โรคของทางเดินระบบหายใจ และโรคที่ความชุกสัดส่วนน้อย เช่น การพลัดตกและตกน้ำ โรคของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและเนื้อเยื่อประสาน ตามภาพประกอบที่ 1 ความชุกโรคที่อยู่ในระดับที่สูงเหล่านี้ ทำให้ยังมีอัตราการเสียชีวิตอย่างต่อเนื่องสูงมากในแต่ละกลุ่มโรค ดังนั้นการเตรียมสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานสำหรับคนสูงวัยจึงควรจัดเตรียมเพื่อป้องกัน และลดความชุกของโรคดังกล่าว ตั้งแต่การก่อสร้าง การตรวจวัดเฝ้าระวังในขณะอาคารเปิดใช้งาน กำหนดมาตรการป้องกัน และทั้งนี้มีกฎหมาย และวิธีปฏิบัติต่าง ๆที่แนะนำกำหนดในมาตรฐานอาคาร เพื่อให้คนทำงานสูงวัยสามารถทำงานร่วมกับคนอื่น ๆได้อย่างมีสุขภาวะ




ภาพประกอบ 1 สถิติความชุกของโรค ผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี

ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563).

ประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ส่งเสริมผู้สูงอายุขยายเวลาและมีโอกาสทำงานให้ยาวนานขึ้น เพื่อรองรับกับสภาวะการขาดแคลนแรงงานในช่วงเวลาของสังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ ทั้งนี้มีทั้งกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงวัย การออกแบบอาคาร และดูแลการใช้งานอาคารและมาตรฐานอาคารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และการมีสุขภาวะที่ดีหลายฉบับที่ใช้บังคับ เช่น

1. กฎกระทรวง กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการ หรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2564[4] กำหนดลักษณะของป้ายระบุ หรือนำทางไปสู่สิ่งอำนวยความสะดวก ระบุลักษณะ ขนาดทางลาดและลิฟท์ที่เหมาะสม มีราวจับเพื่อให้ผู้สูงอายุใช้งานได้สะดวก และกำหนดให้มีการติดตั้งลิฟท์สำหรับอาคารตั้งแต่ 2 ชั้นขึ้นไป กฎกระทรวงฉบับนี้ยังกำหนดลักษณะของบันได ที่ต้องทำราวจับหากพื้นมีระดับต่างกันมากกว่า 60 เซนติเมตร และลูกตั้งต้องสูงพอเหมาะไม่เกิน 18 เซนติเมตร พร้อมจัดให้มีที่จอดรถตามอัตราส่วนที่เหมาะสม มีขนาดช่องจอด กว้าง 2.4 เมตร ยาว 6 เมตร พร้อมทางเดินด้านข้างช่องจอดที่กว้างอย่างน้อย 1 เมตร และต้องจัดให้ใกล้ทางเข้าออกอาคารมากที่สุดซึ่งต้องทำประตูกว้างไม่น้อยกว่า 0.86 เมตร พร้อมขนาดอื่น ๆที่เหมาะสม ห้องส้วมสำหรับผู้สูงอายุต้องมีอย่างน้อย 1 ห้องต่อ 1 จุดบริการห้องส้วมโดยต้องมีรัศมีภายในกว่า 1.5 เมตรเพื่อให้รถเข็นสามารถหมุนกลับตัวด้านในได้โดยประตูควรเป็นแบบบานเลื่อน หรือบานผลักออกที่ต้องเปิดได้มากกว่า 90 องศา นอกจากนั้นยังระบุขนาดโถ และตำแหน่งของโถที่เหมาะสม พร้อมทั้งติดตั้งระบบสัญญาณแสง และเสียงให้คนภายนอกแจ้งเตือนภัยแก่ผู้ใช้ห้องน้ำ

2. กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2559[5] กำหนดลักษณะการทำงานเบา ที่ต้องมีระดับความร้อนไม่เกินค่าเฉลี่ยอุณหภูมิเวตบัลบ์โกลบ 34 องศาเซลเซียส หรือ 32 องศาเซลเซียส สำหรับงานหนักปานกลาง แต่สำหรับงานหนัก ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิเวตบัลบ์โกลบต้องไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส และแสงสว่างต้องเหมาะสมสำหรับกิจกรรมแต่ละประเภทโดยที่ต้องไม่มีแสงจ้าจากดวงอาทิตย์ส่องเข้าตาโดยตรง และระดับเสียงสูงสุด (peak sound pressure level) ของเสียงกระทบหรือเสียงกระแทก (impact or impulse noise) ต้องไม่เกิน 140 เดซิเบล หรือได้รับสัมผัสเสียงดังต่อเนื่องแบบคงที่ (continuous steady noise) เกินกว่า 115 เดซิเบลเอ และได้รับเฉลี่ยตลอดเวลาการทำงานในแต่ละวัน (Time Weighted Average-TWA) ต้องไม่ให้เกินมาตรฐาน

3. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ปรับปรุงฉบับที่ 2 พ.ศ. 2553 และฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560[6] ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องต่อผู้สูงอายุ และตามมาตรา 11 ให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนการบริการต่างๆ เช่น การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม รวมถึงการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุภายในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือการบริการสาธารณะอื่น ๆ

มาตรฐานอาคารเพื่อการมีสุขภาวะที่ดี (Well-Being Building) การออกแบบเพื่อทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ร่วมกันได้

สำหรับอารยะสถาปัตย์ (Universal Design) ที่มีใช้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ได้แก่

1. Fitwel[7] เป็นมาตรฐานของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยศูนย์ควบคุมโรค (CDC) มุ่งเน้นสุขภาวะอาคารสำหรับทุกคน โดยผ่านการวิเคราะห์ของผู้เชี่ยวชาญ การศึกษาวิจัยเชิงวิชาการ เพื่อการปรับปรุง เสริมสร้างสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ของผู้ใช้อาคารและชุมชนโดยรอบ ซึ่งมีมาตรฐานย่อยที่เหมาะสำหรับประเภทการใช้อาคาร เช่น บ้านผู้สูงอายุของฟิตเวล (Fitwel Senior Housing) หรือ อาคารหลายผู้เช่า (Multi-Tenant Base Building) ข้อกำหนดให้ความสำคัญด้านสถานที่ตั้ง รวมถึงการเชื่อมต่อกับระบบขนส่งมวลชน และรวมถึง ระบบปฏิบัติการของอาคารนอกพื้นที่เสี่ยงภัย การเข้าถึงอาคารด้วยหลักการของการออกแบบเพื่อทุกคน มีช่องจอดจักรยาน ทางเดินพนักงานที่ปลอดภัย จุดจอดรถรับส่งคน จัดลานจอดรถที่มีประสิทธิภาพ จัดเตรียมที่อาบน้ำให้พนักงาน มีพื้นที่ว่างภายนอกอาคาร จัดสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่ส่วนกลางนอกอาคาร เช่น ทำทางเดิน ป้ายบอกทาง จัดให้เข้าถึงสวนหย่อม สวนผักผลไม้ จัดทำระบบแสงสว่างพื้นที่ภายนอกและทางเข้าออกอาคาร ส่งเสริมการไม่สูบบุหรี่ จัดทำการลดผลกระทบจากความร้อนสะสม เช่นปลูกต้นไม้ ปลูกสนามหญ้า ลดพื้นที่ดาดแข็ง การจัดทำทางเดินเข้า

อาคารและพื้นที่ชั้นล่าง ทำป้ายห้ามสูบบุหรี่บริเวณทางเข้าอาคาร และพื้นที่ภายนอกอาคาร และการจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกบริเวณทางเข้าของทุกอาคาร จัดทำพื้นที่เข้าถึงพื้นที่สาธารณะจากบริเวณชั้นล่างของอาคาร จัดสภาพแวดล้อมภายในอาคาร ต้องไม่ให้มีการใช้สิ่งของที่มีส่วนประกอบของแร่ใยหิน (asbestos) หรือมีส่วนผสมของตะกั่ว จัดทำการทดสอบคุณภาพอากาศภายในอาคาร และแชร์ข้อมูลให้พนักงานทราบ รวมทั้งแยกระบบการระบายอากาศทั่วไปกับห้องจัดเก็บสารเคมี บริหารจัดการแมลงรบกวนและศัตรูพืชแบบองค์รวม นโยบายจัดหาและใช้สิ่งของที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม จัดการกับเสียงรบกวนทั้งแหล่งกำเนิดภายใน และภายนอกอาคาร พื้นที่ทำงานต่าง ๆ ของพนักงาน เช่น บันได ห้องทำงานที่ใช้สมาธิ ห้องให้นมบุตร พื้นที่พักผ่อนหน้าต่างที่สามารถปรับได้ และมีม่านบังแสง บริเวณทำงานสามารถมองเห็นวิวธรรมชาติได้ โดยควรจัดให้มีแสงธรรมชาติเข้าถึงบริเวณที่ทำงาน และพื้นที่ทำงานมีการทำความสะอาดถูกสุขลักษณะ พื้นที่ใช้งานร่วมกันโดยต้องมองเห็นวิวธรรมชาติ มีการข้าถึงแสงธรรมชาติได้ และสามารถปรับด้วยการปิด เปิดหน้าต่างได้ด้วยตัวเอง รวมถึงมีการจัดเตรียมม่านบังแดด ออกแบบห้องน้ำให้สามารถใช้ได้กับทุกคน มีพื้นที่รับประทานอาหาร และห้องหรือทรัพยากรที่ใช้งานร่วมกัน รวมถึงมีการจัดทำห้องออกกำลังกาย ทำทางเดินภายในอาคาร และติดตั้งระบบแสงสว่างและป้ายให้เหมาะสมสำหรับพื้นที่ส่วนกลาง การดำเนินงานและการจัดการจัดให้พนักงานสามารถเข้าถึงโปรแกรมสนับสนุนด้านสุขภาพต่าง ๆ จัดโปรแกรมส่งเสริมให้พนักงานทำงานกับบริษัทนานๆ เช่นนโยบายจ่ายค่าตอบแทนในการลาป่วย หรือช่วยเหลือครอบครัว มีการจัดทำการประเมินความพึงพอใจเป็นประจำ สร้างกระบวนการมีส่วนร่วม แผนการสื่อสาร และการทำความสะอาดเป็นพิเศษในพื้นที่ส่วนกลาง จัดหาน้ำ และการเข้าถึงอาหาร พร้อมเตรียมแผนฉุกฉิน จัดเตรียมบุคคลกรที่ผ่านการอบรมการรับมือกับภาวะฉุกเฉิน

2. WELL Building Standard[8] มาตรฐานของประเทศสหรัฐอเมริกา สำหรับอาคาร ทั้งพื้นที่ในอาคารและชุมชนรอบ ๆ โดยกำหนดมาตรฐาน แนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด การตรวจสอบและการวัด เพื่อสนับสนุนและพัฒนาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ โดยใช้ 4 หลักการด้านความเท่าเทียมกัน เพื่อประโยชน์ต่อผู้คนที่หลากหลายและรวมถึงคนที่ด้อยโอกาสหรือเปราะบาง อิงตามหลักฐาน มาตรฐานที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว ผ่านการตรวจสอบวรรณกรรมการวิจัยเชิงวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ และมาตรฐานการออกแบบ กฎหมาย และแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด มีการปรับปรุงข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบได้ ด้วยการตรวจสอบโดยบุคคลที่สาม ผ่านการตรวจเอกสารร่วมกับการทดสอบประสิทธิภาพจริงในพื้นที่ทำงาน และ แนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ผ่านการใช้งานทั่วโลก และแนวทางมาตรการ ได้นำข้อแนะนำที่ดีจากผู้เคยปฏิบัติ และผู้เชี่ยวชาญ บุคคลภายนอกมาพัฒนาโดยให้ความสำคัญถึง 11 ด้าน ได้แก่ คุณภาพอากาศ น้ำ อาหาร แสงสว่าง การเคลื่อนไหว อุณหภูมิน่าสบาย เสียงรบกวน วัสดุ จิตใจ สังคมชุมชน และนวัตกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อม

3. มาตรฐาน LEED[9] ของประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มุ่งเน้นเรื่องประสิทธิภาพด้านการใช้พลังงาน และมีกำหนดมาตรฐานสำหรับวัสดุ และคุณภาพอากาศภายในอาคาร

4. มาตรฐาน CASBEE[10] เป็นมาตรฐานอาคารของประเทศญี่ปุ่นที่มีวัตถุประสงค์ครอบคลุมด้านประสิทธิภาพพลังงาน รวมถึงการใช้ทรัพยากรสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ และสิ่งแวดล้อมในอาคาร ซึ่งมีการกำหนดสมการใช้คำนวณดัชนี BEE (Building Environment Efficiency)

5. มาตรฐาน BREEAM[11] (Building Research Establishment's Environmental Assessment Method) โดยมี BREEAM In-Use International SD6063 – V6.0.0 (2020) เป็นมาตรฐานของประเทศอังกฤษ ซึ่งได้เขียนมาเพื่อใช้สำหรับประเทศต่าง ๆโดยเฉพาะที่ประเมิน ส่งเสริมความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อม พลังงาน เศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมสรรสร้าง โดยส่งเสริมปรับปรุงประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง มีนวัตกรรมข้อกำหนดการปฏิบัติที่ดี

6. มาตรฐาน DGNB[12] เป็นมาตรฐานประเทศเยอรมัน ที่เน้นด้านสิ่งแวดล้อม เศรฐกิจ สังคมและการใช้งาน ความรู้สึกสบายภายในอาคาร ความพึงพอใจ และความคล่องตัว เคลื่อนไหวง่ายของผู้ใช้อาคาร

7. มาตรฐานอาคารเป็นสุข[13] (The Sook Building Standard) เป็นมาตรฐานของประเทศไทย เน้นแนวคิด ธรรมชาติสัมพันธ์ และชุมชนแวดล้อม (Biophilia & Neighborhood) การออกแบบทางสถาปัตยกรรม (Architectural Design) การออกแบบภายใน เพื่อคนทั้งมวลและการใช้วัสดุ (Interior Design & Materials) เพื่อป้องการมลพิษต่าง ๆเช่นสารระเหยง่าย VOC ระบบสิ่งแวดล้อม และวิศวกรรม (Environmental System & Engineering) เพื่อให้คุณภาพอากาศ (IAQ) ที่ดี และส่งเสริมนวัตกรรมสุขภาวะ

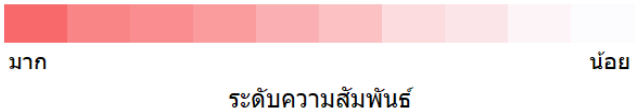
จะเห็นว่ามีทั้งกฎหมายและมาตรฐานจากทั้งในประเทศไทย และประเทศชั้นนำ ที่มีข้อกำหนดสาระสำคัญที่มีทั้งที่คล้ายกัน และแตกต่างกันไป โดยให้น้ำหนักความสำคัญหรือจำนวนข้อกำหนดที่ต้องทำไม่เท่ากัน เฉพาะมาตรฐาน fitwel และ WELL ที่เน้นความสำคัญมากกว่าร้อยละ 60-70 ด้านสิ่งแวดล้อมในอาคาร การจัดการทรัพยากรอาคาร การเข้าถึงอาหาร พื้นที่ใช้สอยร่วมกันทั้งภายในและภายนอกอาคาร รวมถึงการเข้าถึงตัวอาคาร สำหรับกฎหมายที่บังคับใช้ในอาคารจะเน้นที่แสง เสียง อุณหภูมิในการทำงานและสภาพทางกายภาพอาคารเป็นหลักเช่นทางลาด บันได ราวจับ ถึงมีทั้งกฎหมายและมาตรฐาน แต่ความชุกของโรคในผู้ใช้แรงงานก็ยังคงมีอยู่ ควรมีการปรับใช้เน้นข้อกำหนดให้เหมาะสมอย่างสอดคล้องกับสถิติความชุกของโรคที่เกิดขึ้น สมชัย บวรกิตติ (2539)[14] พบว่าความชื้น อุณหภูมิมีอิทธิพลต่อคุณภาพอากาศภายในอาคาร โดยความชื้นสัมพันธ์ที่สูงกว่า ร้อยละ70 มีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของสิ่งมีชีวิตขนาดเล็กและสารปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมที่มีความชื้นสัมพัทธ์ในช่วงที่ต่ำกว่าร้อยละ 20 จะทำให้เกิดอาการทางผิวหนังและเยื่อบุแห้ง และระคายเคืองได้ ส่วนอุณหภูมิ ที่ทำให้คนรู้สึกสบายนั้น คือ อุณหภูมิระหว่าง 20-26 องศาเซลเซียส ซึ่งอุณหภูมิยังมีผลต่อการรับรู้ถึงคุณภาพอากาศภายในอาคาร อนุสสรา ฤทธิ์วิชัย (2557)[15] กล่าวถึงหลายปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการทำงานโดยปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ คือ ปริมาณแสงสว่าง มากเกินไปหรือน้อยเกินไปในงานที่ใช้ความละเอียด ทำให้เกิดการปวดสายตา หรือเสียงที่ดังรบกวนการทำงานจะทำให้เกิดการสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ ขาดสมาธิ อากาศเย็นหรือร้อนเกินไปทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง Tähtinen K et al. (2020)[16] สรุปยังคงมีปัญหาสุขภาพของคนทำงาน อันเนื่องมาจากภาพอากาศภายในอาคาร และสภาพแวดล้อมการในทำงาน เช่นการป่วยเป็นหวัด รู้สึกไม่สบายจากอุณหภูมิ ฝุ่นในอาคาร หรือกลิ่นไม่พึงประสงค์ อากาศแห้งหรืออับ มีอาการคอแห้ง มึนศีรษะ ระคายเคียงตาและจมูก เมื่อยล้า ไอ ระคายผิวหนัง นอกจากนี้ วิทยา อยู่สุข (2552)[17] ได้สรุปความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางเคมี พวกฝุ่นฝุ่นละอองขนาดเล็ก เช่นฝุ่นที่เล็กกว่า PM2.5 ทำให้เกิดพังผืดที่ปอด ทำให้ปอดพิการกลายเป็นมะเร็งได้ หรืออาจทำให้เกิดโรคภูมิแพ้ VOC เป็น สารอินทรีย์ระเหยง่าย (Volatile organic compounds) ก่อให้เกิดพิษต่อระบบประสาทส่วนกลางและอาจทำให้เสียชีวิต สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ (2565)[18] ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกาย ได้แก่ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนสารก่อมะเร็ง การได้รับรังสีอุลตราไวโอเลตจากแสงแดด เชื้อไวรัส รวมทั้งการสัมผัสสารเคมีจากการประกอบอาชีพและสภาพสิ่งแวดล้อม การได้รับสารพิษจากเชื้อรา การสัมผัสสารก่อมะเร็ง พวกแร่ใยหิน รวมถังรังสีหรือฝุ่นควันต่าง ๆ และ ปราณี ทู้ไพเราะ (2558)[19] สรุปรายละเอียดเกี่ยวกับความชุกโรค เกี่ยวกับโรคระบบไหลเวียนโลหิต ความดันเลือดสูง เกิดจากไขมันในเลือดสูง ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเบาหวาน น้ำตาลในเลือดสูง จะทำให้หลอดเลือดเปราะบาง แตกง่าย โรคประสาทสาเหตุ เกิดจากยุงที่มีเชื้อไวรัส หรือ เกิดจากเชื้อรา อุบัติเหตุหกล้ม การติดเชื้อไวรัสจากสิ่งแวดล้อม การรับประทานอาหารที่มีไขมันมากไป หรือมีการสะสมสารอนุมูลอิสระของออกซิเจน หรือสารพิษ โรคของทางเดินระบบหายใจ สาเหตุหนึ่งเกิดจาก การแพ้

สารบางอย่าง เช่น ไรฝุ่น แมลงสาบ เชื้อรา ฝุ่นละออง การติดเชื้อไวรัส หวัด หรือการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิแวดล้อม ควันบุหรี่ สารพิษในอากาศ โรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย โรคระบบย่อยอาหาร เกิดจากการระคายเคืองเรื้อรังในบริเวณหลอดอาหารสาเหตุจากการดื่มของร้อน หรือการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารรสจัดหรืออาหารเป็นพิษ ความเครียดทางร่างกายและจิตใจ โรคตับ สาเหตุจากการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารไขมัน หรือ อาหารหรือน้ำที่มีเชื้อไวรัส โรคของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง สาเหตุเกิดจากได้รับความร้อนหรือความชื้นมากเกินไป โรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและเนื้อเยื่อประสาน สาเหตุเกิดจากทำท่าซ้ำ ๆ นั่งหรือยืนที่เดิมนานไป ท่าฝืนธรรมชาติ หรือออกแรงเกินไป เกิดอุบัติเหตุ และแผลเปิดต่าง ๆหรืออาจเกิดจากการรับประทานอาหารไม่เพียงพอ โปรตีน วิตามิน แคลเซียมสูง หรืออาจเกิดจากการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย หรือภาวะเครียด สารพิษ สารเคมี สิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสาเหตุจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพอาคาร คุณภาพอากาศภายในอาคารมีผลต่อการเกิดโรคได้ และหากเกิดโรคชนิดหนึ่ง ๆ แล้วอาจทำให้มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคชนิดอื่นตามมาได้ ซึ่งการศึกษานี้ได้ทำแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านทางสาธารณสุข มีการสัมภาษณ์จัดทำเป็นรูปแบบการสนธนา online ร่วมกับการตอบแบบสอบถามที่เตรียมคำถามไว้ล่วงหน้า และใช้เทคนิคการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรหลาย ๆตัวแปรด้วยกระบวนการลำดับขั้นเชิงวิเคราะห์ AHP (Analytic Hierarchy Process) ทำการวิเคราะห์การเชื่อมโยงของโรคเพื่อหาความสัมพันธ์ของโรคหนึ่ง ๆว่ามีอิทธิพลให้เกิดโรคอื่น ๆได้มากน้อยอย่างไร คล้ายกับงานวิจัยของ พรวศิน ศิริสวัสดิ์ (2562)[20] ได้ใช้เทคนิค AHP มาวิเคราะห์หาลำดับความสำคัญ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาของกระบวนการวิเคราะห์เชิงลำดับชั้นที่มีความถูกต้อง และมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น มีการสร้างแผนภูมิลำดับขั้นเพื่อการตัดสินใจ สามารถมองภาพรวมของปัญหาและใช้วิธีการเปรียบเทียบปัญหาแบบเมทริกซ์

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของการเป็นโรคชนิดหนึ่งกับระดับโอกาสมากน้อยที่จะเกิดโรคชนิดอื่น ๆ

| น้ำหนักคะแนนเป็นร้อยละ ความชุกโรคของผู้สูงวัย กับการเกิดโรคข้างเคียง | มะเร็งและเนื้องอก | ระบบไหลเวียนโลหิต | ระบบประสาททุกประเภท | ทางเดินระบบหายใจ | ระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ | ปอดบวม | ติดเชื้อและปรสิต | ระบบย่อยอาหาร | โรคตับ | อุบัติเหตุจากการขนส่ง การเดินทาง | ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง | การพลัดตกตกน้ำ | กล้ามเนื้อกระดูกและเนื้อเยื่อประสาน |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| มะเร็งและเนื้องอก | | | | | | | | | | | | | |
| ระบบไหลเวียนโลหิต | | | | | | | | | | | | | |
| ระบบประสาท ทุกประเภท | | | | | | | | | | | | | |
| ทางเดินระบบหายใจ | | | | | | | | | | | | | |
| ระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ | | | | | | | | | | | | | |
| ปอดบวม | | | | | | | | | | | | | |
| ติดเชื้อและปรสิต | | | | | | | | | | | | | |
| ระบบย่อยอาหาร | | | | | | | | | | | | | |
| โรคตับ | | | | | | | | | | | | | |
| อุบัติเหตุจากการขนส่ง การเดินทางมาทำงาน | | | | | | | | | | | | | |
| ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง | | | | | | | | | | | | | |
| การพลัดตก ตกน้ำ | | | | | | | | | | | | | |
| กล้ามเนื้อกระดูกและเนื้อเยื่อประสาน | | | | | | | | | | | | | |



ในงานวิจัยนี้ ได้ผลระดับความสัมพันธ์ของการเป็นโรคชนิดหนึ่ง กับระดับโอกาสมากน้อยที่จะเกิดโรคชนิดอื่น ๆตามมา ดังแสดงใน ตารางที่ 1 โดยแถบสีแดงเข้มมาก มีแนวโน้มอิทธิพลทำให้เกิดโรคอีกชนิดตามมาสูงกว่าแถบสีแดงที่สีจางกว่า สรุปว่า

1. หากเป็นมะเร็ง และเนื้องอกแล้ว ย่อมจะมีโอกาสสูงที่จะเป็นโรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิต และมีโอกาสในระดับต่ำรองลงมาที่จะเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคระบบประสาท หรือระบบย่อยอาหาร แต่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับอุบัติเหตุจากการเดินทางและการพลัดตกหรือตกน้ำ

1. หากเป็นโรคระบบไหลเวียนโลหิตแล้วย่อมมีโอกาสสูงที่จะเป็นโรคระบบประสาททุกประเภท และพบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากที่จะทำให้คน พลัดตก ตกน้ำได้

2. หากเป็นโรคระบบประสาททุกประเภทแล้วย่อมมีโอกาสสูงที่จะเกิดอุบัติเหตุในระหว่างการสัญจรเดินทาง การหกล้มพลัดตก ตกน้ำ หรือโรคระบบทางเดินปัสสาวะ

3. หากเป็นโรคปอดบวม แล้วย่อมมีโอกาสสูงที่จะเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

4. หากเป็นโรคติดเชื้อหรือปรสิต แล้วย่อมมีโอกาสสูงที่จะเป็นโรคระบบทางเดินอาหารหรือโรคตับได้ รวมถึงโรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง

5. หากเป็นโรคเกี่ยวกับระบบย่อยอาหาร แล้วย่อมมีโอกาสสูงที่จะเป็นโรคตับตามมาได้

6. หากเกิดอุบัติเหตุระหว่างการเดินทางมาทำงาน แล้วจะมีโอกาสให้เกิดการติดเชื้อใต้ผิวหนัง

จากสถิติการเจ็บป่วยปี 2563 โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท โรคทางเดินระบบหายใจ ซึ่งมีสัดส่วนรวมกันสูงถึง 63.99% ซึ่งเมื่อพิจารณาร่วมกับระดับความสัมพันธ์ของการเป็นโรคชนิดหนึ่ง กับระดับโอกาสมากน้อยที่จะเกิดโรคชนิดอื่น ๆตามมา ดังแสดงใน ตารางที่ 1 พบว่าโรคที่เป็นมากสอดคล้องกับสถิติการเจ็บป่วยปี 2563 ได้แก่โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท โรคทางเดินระบบหายใจ และสาเหตุของโรคมาจาก สภาพแวดล้อมทางอากาศ เช่น อุณหภูมิ ความชื้น สารอินทรีย์ระเหยง่าย ฝุ่นละออง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมาจากสถานที่ทำงานหรือการเดินทางมาทำงาน ยังรวมถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่นทางเดินสัญจรทั้งภายในอาคาร และภายนอกอาคารที่ต้องมีลักษณะที่เมาะสม เช่นความชัน ลักษณะบันได ราวจับ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงวัย รวมถึงคุณภาพของอาหารโภชนาการ ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดความชุกโรคที่มีประสิทธิภาพจะต้องทำตาม กฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ. 2564 และเน้นดำเนินการตามข้อกำหนดในมาตรฐานอาคารโดยเฉพาะที่ส่งผลโดยตรงกับความชุกโรค เช่น การควบคุมคุณภาพอากาศภายในอาคาร ความชื้นให้อยู่ในช่วงระหว่าง 30-60%Rh อุณหภูมิน่าสบาย 21-25 องศาซี และมีความเร็วลมที่สัมผัสผิวไม่เกิน 0.2 เมตรต่อวินาที ความเข้มแสงเหมาะสมตามลักษณะกิจกรรมในแต่ละพื้นที่ สารพิษฟอร์มัลดีไฮด์ที่เกิดจากอุปกรณ์ในอาคารไม่เกิน 50 μg/m³ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ไม่เกิน 900 ppm ฝุ่นขนาดเล็กในอาคาร PM2.5 ไม่เกิน 15 μg/m³ และปรับพื้นที่ทางกายภาพให้เหมาะสม จุดจอดรถ ทางลาด บันได ราวจับ ห้องน้ำ หรือสถานที่ทำงานใช้การออกแบบเพื่อคนทั้งมวล (universal design) รวมถึงมีการสนับสนุนให้มีน้ำสะอาดและอาหารที่มีประโยชน์ในที่ทำงาน และจัดทำระบบเฝ้าติดตามสภาพแวดล้อมในอาคาร มีการตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง สำหรับสภาพแวดล้อมทางอากาศในอาคารสามารถติดตั้งอุปกรณ์ตรวจวัดได้แก่ Sensor วัด CO2, PM2.5, Temperature, Humidity, Formaldehyde ตรวจวัดอากาศแบบต่อเนื่อง และสำหรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เปลี่ยนแปลง ก็ต่อเมื่อมีการปรับปรุงอาคาร หรือส่วนควบอาคารชำรุดเสียหาย เช่นบันได ราวจับ ลิฟท์โดยสาร ทางลาด ซึ่งทั่วไปถือว่าจะไม่เปลี่ยนแปลงหลังจากการก่อสร้างอาคาร ซึ่งสามารถรอการตรวจสอบย่อยประจำปี หรือการตรวจสอบใหญ่ทุก ๆ 5 ปีตามกฎหมายควบคุมอาคารได้

**อภิปรายผล**

ความชุกโรคตามสถิติของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2563 มีสถิติโรค[4] ที่เป็นมากที่สุด 4 กลุ่มโรค ตามลำดับได้แก่ โรคมะเร็งและเนื้องอก ร้อยละ 19.61 โรคระบบไหลเวียนโลหิตร้อยละ 15.72 โรคระบบประสาทร้อยละ 14.63 โรคทางเดินระบบหายใจร้อยละ 14.03 และโรคที่ความชุกในสัดส่วนที่น้อย เช่น การพลัดตกและตกน้ำ หรือหกล้ม โดยที่ความชุกกลุ่มโรคที่มีสถิติสูงนี้ จะมีความสอดคล้องที่สัมพันธ์แบบเสริมระหว่างกันเช่นเมื่อเป็นโรคมะเร็งและเนื้องอกแล้วก็มีโอกาสเป็นโรคระบบไหลเวียนโลหิต โรคระบบประสาท หรือโรคทางเดินระบบหายใจได้ ซึ่ง ในปัจจุบันการควบคุมสภาพแวดล้อมในการทำงานมีเกณฑ์กฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการ หรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2564[5] ที่มีข้อกำหนดหลักควบคุมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่นทางลาด บันได ราวจับ ราวกันตก ป้าย แสงสว่าง ลักษณะห้องน้ำ ที่มีผลต่อการป้องกันผู้สูงอายุจากโรคที่มีความชุกที่เป็นสัดส่วนน้อย นอกจากนี้มีกฎหมายฉบับที่กำกับดูแลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน ได้แก่กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการและดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง[6] พบว่ากฎหมายทั้ง 2 ฉบับนี้ยังไม่ครอบคลุมที่จะควบคุมปัจจัยที่เป็นต้นเหตุหลัก ๆของความชุกโรคในผู้สูงอายุ และมีมาตรฐานอาคารเช่น fitwel[8], WELL[9], LEED[10], CASBEE[11], BREEAM[12], DGNB[13], มาตรฐานอาคารเป็นสุข[14] ที่เป็นมาตรฐานอาคารระดับชาติและนานาชาติที่ช่วยทำให้การใช้อาคารมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนและเป็นอาคารที่มีสุขภาวะดี แต่มาตรฐานที่กล่าวมามีเพียง fitwel WELL และมาตรฐานอาคารเป็นสุข ที่มีข้อกำหนดที่ช่วยทำให้อาคารมีสุขภาวะดีครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพคนทำงาน แต่มีข้อกำหนดหลายประการ การนำไปปฏิบัติทั้งหมดเป็นสิ่งที่ดี แต่จะมีค่าใช้จ่ายที่สูงและหากไม่ต้องการวัตถุประสงค์มุ่งทำเพื่อขอใบรับรองมาตรฐานอาคารเป็นหลัก ควรเลือกปฏิบัติตามมาตรการที่ส่งผลต่อความชุกของโรคในลำดับสูง ๆ ก่อน ได้แก่การควบคุมคุณภาพอากาศภายในอาคารให้มีความชื้นให้อยู่ในช่วง 30-60%Rh เพราะหากความชื้นต่ำเกินไป ผิวจะแห้งมีโอกาสที่เชื้อโรคจะเข้าทางผิวหนังได้ง่าย หรือหากอากาศชื้นไปจะทำให้มีโอกาสเกิดเชื้อราที่ผิวหนัง หรือโรคทางเดินหายใจ อุณหภูมิที่น่าสบายควรอยู่ในช่วง 21-25 องศาซี สารพิษพวกฟอร์มัลดิไฮด์ที่เกิดจากอุปกรณ์เฟอร์นิเจอร์ในอาคารไม่เกิน 50 µg/m³ เพื่อลดโอกาสเกิดโรคมะเร็งและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ที่เกิดจากการหายใจของผู้ใช้อาคารหรือการเผาไหม้ ไม่ควรเกิน 900 ppm ซึ่งมีผลทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ฝุ่นขนาดเล็กในอาคาร PM2.5 ไม่เกิน 15 µg/m³ ที่เป็นสาเหตุของโรคระบบไหลเวียนโลหิตและโรคมะเร็ง นอกจากนี้การออกแบบสถานที่ทำงานใช้การออกแบบเพื่อคนทั้งมวล (universal design) โดยปรับพื้นที่ทางกายภาพให้เหมาะสม ความเข้มแสงเหมาะสมตามลักษณะกิจกรรมในแต่ละพื้นที่ จุดจอดรถ ทางลาด บันได ราวจับ ห้องน้ำ รวมถึงมีการสนับสนุนให้มีน้ำสะอาดและอาหารที่มีประโยชน์ในที่ทำงาน และจัดทำการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมในอาคารที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเฝ้าระวังให้มีการคงสภาพเดิม หรือปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถพัฒนาระบบ IoT ที่รวมเทคโนโลยีเซนเซอร์ และโครงข่ายไร้สาย ที่ช่วยในการตรวจวัดการเก็บข้อมูลแบบ Real time ร่วมกับการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมทางกายภาพแบบประจำปีหรือทุก 5 ปี ในอนาคตการวิจัยต่อสามารถนำปัญญาประดิษฐ์ มาช่วยในการวิเคราะห์ตัดสินใจปัญหาและแนะนำปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในอาคารได้

## เอกสารอ้างอิง

1.PWC. 2017. The Long View How will the global economic order change by 2050. [Internet]. 2023 [Cites in 15 October 2023]. Available from: www.pwc.com.

2.Our World in Data. 2018. By 2050 more than two-thirds of the world will live in urban areas. [Internet]. 2023 [Cites in 15 October 2023]: https://ourworldindata.org/urbanization#what-share-of-people-will-live-in-urban-areas-in-the-future.

3.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. Official statistics: Public Health Statistics. [Internet]. 2020 [Cited in 15 January, 2022]. Available from: http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistic2563.pdf.

4.Ministry of Interior. Ministerial Regulations: Specification of the facility of building for disable or deformed person and aged person B.E. 2564. [Internet]. 2021 [Cites in 12 February, 2022]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th. (In Thai)

5.Ministry of Labor. Ministerial Regulations: The standard of management and operation on safety, occupation, and workplace environment regarding to heat light and noise, B.E.2559. [Internet]. 2015 [Cites in 12 February, 2022]. Available from: http://osh.labour.go.th/index.php?option=com_phocadownload&view=categorx&id=57%3A-m---m-s&Itemid=186. (In Thai)

6.Ministry of Social Development and Human Security Acts: The Act on the Elderly. [Internet]. 2017 [Cites in 11 February 2022]. Available from: https://www.dop.go.th/download/laws/th1616728272-832_0.pdf. (In Thai)

7.fitwel. Standard: fitwel building standard. [Internet]. 2022 [Cites in 18 Feb, 2022]. Available from: www.fitwel.org.

8.International WELL Building Institute. Standard: WELL Building standard v2. [Internet]. 2022 [Cites in 30 June, 2022]. Available from: https://v2.wellcertified.com/en/wellv2/overview

9.U.S. Green Building Council. Standard: LEED standard v4.1. [Internet]. 2022 [Cites in 10 December, 2022]. Available from: https://www.usgbc.org/leed.

10.Japan Sustainable Building Consortium (JSBC) and the Institute for Building Environment and Energy Conservation (IBEC). Standard: CASBEE Technical Manual. [Internet]. 2014 [Cites in 30 March, 2022]. Available from https://www.ibec.or.jp/CASBEE/english/downloadE.htm.

11.BRE. Standard: BREEAM In-Use International SD6063 – V6.0.0. [Internet]. 2022 [Cites in 30 March, 2022]. Available from: https://bregroup.com/products/breeam/breeam-technical-standards.

12.German Sustainable Building Council. Standard: DGNB System Building in use. [Internet]. 2022 [Cites in 30 April, 2022]. Available from: https://www.dgnb-system.de/en/system/.

13.Thailand Green Building Institute. The SOOK Building Standard. [Internet]. 2021 [Cites in 30 April, 2022]. Available from: https://tgbi.or.th/wp-content/uploads/2021/09/3.-SOOK-Standard-for-Publish-TGBI-07-9-21-Linked.pdf.

14.Somchai Bowornkitti, Loftus John P. Environmental Medicine. Rueankaew Printing Press; 1996.

15.อนุสสรา ฤทธิ์วิชัย. ภาวะกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคาร และความเครียดของพนักงานที่ปฏิบัติงานในอาคารสำนักงาน [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพ ฯ: สาขาสุขภาพจิต คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.

16.TÄHtinen, K., Remes, J., Karvala, K., Salmi, K., Lahtinen, M., Reijula, K., & Tähtinen, K. (2020). Perceived indoor air quality and psychosocial work environment in office, school and health care environments in Finland. International Journal of Occupational Medicine & Environmental Health, 33(4), 479-495. Available from: https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01565.

17.วิทยา อยู่สุข. อาชีวอนามัยและความปลอดภัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพ ฯ: โรงพิมพ์ หจก เบสท์ กราฟฟิค เพลส; 2552.

18.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. Fact sheets: รู้สู้มะเร็ง. [Internet]. 2021 [Cites in 30 April, 2022]. Available from: https://thaicancernews.nci.go.th/_v2/index.php/2021/12/16/e-book/. (In Thai)

19.ปราณี ทู้ไพเราะ. คู่มือโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพ ฯ: โรงพิมพ์ NP Press.2558

20.พรวศิน ศิริสวัสดิ์. การเรียงลำดับความสำคัญของวิธีการแก้ไขปัญหาสำหรับอุปสรรคโลจิสติกส์แบบย้อนกลับ โดยวิธีฟัซซี่เอเอชพี-ทอปสิส กรณีศึกษาอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ไทย. [วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพ ฯ: สาขาวิศวกรรมอุตสาหการ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง. 2562.

# การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ : กรณีศึกษา 2 ราย

# Nursing care of patients with seizures resulting from alcohol withdrawal : two case studies.

(Received: January 21,2024 ; Revised: February 13,2024 ; Accepted: February 17,2024)

**ระเบียบ วัฒนตรีภพ**[1]
**Rabiab Wattanatreepope**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ที่เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลบรบือ ตั้งแต่ระยะผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์แบบฉุกเฉิน (Acute care) ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟูและการวางแผนจำหน่าย โดยการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน การประเมินอาการ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย นำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา : ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์กรณีศึกษา 2 ราย ที่ได้รับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลบรบือ ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 25 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จากกรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 34 ปี ดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน มีอาการเกร็งตาลอยหลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์ 1 วันขณะเข้ารับการรักษามีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ อาการมือสั่น วุ่นวาย กะสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง ความรุนแรงระดับปานกลาง ได้รับการรักษาด้วยยาคลายกังวล ยาบำรุงสมองและการบำบัดด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยอาการสงบ สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 34 ปี ดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน มีอาการชักเกร็งที่บ้าน 4 ครั้ง หลังหลุดดื่มแอลกอฮอล์ 1 วัน มีโพแทสเซี่ยมในเลือดต่ำร่วมกับแมกนีเซี่ยมในเลือดต่ำ ผู้ป่วยมีอาการอาละวาด เอะอะโวยวาย ผุดลุกผุดนั่ง มีอาการหูแว่วเห็นภาพหลอน อยู่ไม่นิ่ง เดินไปเดินมา พูดบ่นอยู่คนเดียว ความรุนแรงระดับรุนแรง ได้รับการรักษาด้วยยาคลายกังวลยาบำรุงสมองและการบำบัดด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจ บำบัดรักษาด้วยยาต้านโรคจิตชนิดยาฉีด ยาควบคุมอารมณ์ ยาคลายกังวล ยาบำรุงสมองและการบำบัดด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยอาการสงบ สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมได้แต่ยังควบคุมอารมณ์ได้น้อยกว่ากรณีศึกษาที่ 1 เข้ารับการรักษานานกว่าจนควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้เหมาะสมและกลับไปอยู่กับครอบครัวได้

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์, ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

**Abstract**

This study aims to compare and analyze two case studies regarding the nursing care of patients experiencing seizures due to alcohol withdrawal admitted to the male ward of Borabue Hospital. The study covers the entire process, starting from the emergency withdrawal phase, continuous patient care, recovery phase, and discharge planning. Data is collected from patients, their relatives, and medical records. The assessment includes symptom evaluation, medical history review, and physical examination. This information is used to formulate nursing diagnoses, plan nursing care, and continuously assess the nursing outcomes.

Study Results: Comparative Nursing Care of Patients with Alcohol Withdrawal-Related Seizures - Two case studies In the study comparing the nursing care of patients experiencing seizures due to alcohol withdrawal, two cases were examined. The study was conducted at the male patient ward of Borabue Hospital between June 1 and December 25, 2023.

Case study 1 involved a 34-year-old Thai male with a daily alcohol consumption habit. After one day of alcohol cessation, the patient presented with withdrawal symptoms such as hand tremors, confusion, and

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

restlessness, classified as moderate severity. Treatment included anxiolytic medication, brain-nourishing drugs, and rehabilitation involving empowerment strategies. The patient responded well, achieving emotional and behavioral control, and successfully reintegrating with the family.

Case study 2 featured a 34-year-old Thai male who consumed alcohol daily, experiencing four seizures at home after one day of abstinence. The patient exhibited low blood levels of potassium and magnesium, alongside symptoms of delirium, restlessness, hallucinations, and constant movement. The severity was classified as severe. Treatment involved anxiolytics, brain-nourishing drugs, and psychiatric medications administered through injections. While the patient achieved emotional and behavioral control, it took longer to stabilize, necessitating a prolonged hospital stay.

**Keyword:** Nursing care for patients experiencing seizures due to alcohol withdrawal, Mental health patients at high risk of violence.

**บทนำ**

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดผลกระทบทั้งตัวผู้ดื่ม บุคคล ชุมชนและสังคมรอบข้าง สำหรับผลกระทบต่อตัวผู้ดื่มพบว่า จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยล่าสุด ปีพ.ศ. 2556 พบว่าการเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ประชากรชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพนับรวมเป็น 496,000 ปีของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Year Lost due to Disability; YLD) เมื่อเปรียบเทียบกับสาเหตุอื่นๆแล้ว การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะในประชากรชาย โดยสูงถึง 537,000 ปีหรือร้อยละ 8.8 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดและเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับหนึ่งในประชากรชายกลุ่มอายุ30-59 ปีและอันดับสามในประชากรชายกลุ่มอายุ15-29 ปี นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบในด้านอื่นๆที่สำคัญ คือ ปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเทศไทยได้ดำเนินการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยต่อเนื่องทุก 5 ปีโดยในการสำรวจครั้งที่ 4 ในปีพ.ศ.2556ตามหลักเกณฑ์การจำแนกโรคสากลฉบับที่ 10 (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders) ของประชากรไทยที่มีอายุ18 ปีขึ้นไป พบว่า ความชุกของภาวะความผิดปกติจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในภาพรวมของประเทศไทยจากการสำรวจในปี2556 พบว่าประชากรไทยร้อยละ 18 หรือคิดเป็นประมาณ 9.3 ล้านคนมีภาวะความผิดปกติจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อยหนึ่งครั้งในตลอดช่วงชีวิต โดยประชากรไทยร้อยละ 4.1 (2.1 ล้านคน) เป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence)[2]

นอกจากผลกระทบดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว การที่บุคคลเมื่อดื่มแอลกอฮอล์มานานและหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่ม จะทำให้เกิดปัญหาที่สำคัญตามมา ที่เรียกว่า ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) หรือรุนแรงจนถึงเพ้อคลั่งได้ (alcohol withdrawal delirium)ซึ่งอาการเหล่านี้ถือได้ว่า เป็นภาวะฉุกเฉินหากไม่ได้รับการดูแลหรือให้การดูแลที่ไม่ถูกต้องครอบคลุมแล้ว ส่งผลทำให้บุคคลที่มีอาการดังกล่าวข้างต้นนั้นเสียชีวิตได้อาการถอนพิษแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) เป็นความผิดปกติที่เกิดจากผู้ป่วยหยุดดื่มหรือลดปริมาณของแอลกอฮอล์และทำให้เกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ซึ่งความรุนแรงของอาการขาดแอลกอฮอล์ มีหลายระดับตั้งแต่ เล็กน้อย ปานกลาง ถึงรุนแรง และรุนแรงเพ้อคลั่ง รวมถึงอาการชักจากการขาดแอลกอฮอล์โดยจะปรากฏอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน เหงื่อออกมาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้ง/นาที ท้องเสีย วิตกกังวล สับสน หงุดหงิดง่าย ในขั้นรุนแรงเพ้อคลั่ง จะมีอาการกระสับกระส่ายมาก ภาวะสับสน ไม่รับรู้วันเวลา สถานที่ อยู่นิ่งไม่ได้ เดิน

ไปมา ไข้สูง มักพบอาการทางจิตร่วมด้วย ได้แก่ เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง[9]

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ในการดูแลเนื่องจากเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีโอกาสเผชิญกับอาการเปลี่ยนแปลงในทุกระยะของผู้ป่วย ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพและการให้การดูแลที่เหมาะสมจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะ คือ Acute Phase ,Sub acute และ ระยะ Rehabilitation ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพการซักประวัติ การตรวจร่างกายการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การติดตามสัญญาณชีพ และการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทการบริหารยาตามคำสั่งของแพทย์ การดูแลความสุขสบายด้านร่างกายการจัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบและปลอดภัยการบำบัดทางจิตสังคมการพัฒนาคุณภาพการดูแล การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ให้ครอบคลุมตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู[8]

โรงพยาบาลบรบือ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตมีหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อนจำหน่าย กลับชุมชนร่วมกับแผนกผู้ป่วยใน รวมทั้งประสานงาน ศูนย์คัดกรอง สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดแอลกอฮอล์ และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในชุมชน รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยจิตเวชและผู้ติดแอลกอฮอล์ สภาพการณ์ต่างๆ และวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้เพื่อการส่งต่อ ติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ร่วมประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ติดแอลกอฮอล์ กับ ทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลและปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการกับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ติดแอลกอฮอล์แต่ละราย และให้มีความเหมาะสม ก่อนส่งผู้ป่วยจิตเวชและผู้ติดแอลกอฮอล์ กลับไปอยู่ในชุมชน

จากเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย ที่มีผลกระทบหลายๆ ด้านดังที่กล่าวมา จึงได้เลือกทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์แบบชักเกร็ง ซึ่งจิตแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากแอลกอฮอล์ ชนิดกลุ่มอาการชักเกร็งจากการขาดแอลกอฮอล์ โดยใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นเครื่องมือหลักในการติดต่อสื่อสาร ทำความเข้าใจผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาทางจิตสังคม รวมทั้งกระบวนการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงการมีคุณค่าของความเป็นมนุษย์และสิทธิของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย เกิดความเข้าใจตนเอง ยอมรับ และสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้ตามศักยภาพ ครอบครัว และชุมชน มีความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกและพฤติกรรมของผู้ป่วย สามารถดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขตามศักยภาพแห่งตนได้

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อประเมินปัญหา สาเหตุ และวางแผนให้การพยาบาล เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถึงอาการของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์
3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแบบแผนในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดการกลับมาดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ

**ขอบเขตการศึกษากรณีศึกษา**

ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ เดือน 1 มิถุนายน – 25 ธันวาคม พ.ศ. 2566

**ผลการศึกษา**

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์กรณีศึกษา 2 ราย ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษารายที่ 1 เพศชาย อายุ 34 ปี สถานภาพสมรส โสด อาชีพ รับจ้าง การศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2566 จำหน่ายวันที่ 29 มิถุนายน 2566 รวมระยะวันนอนโรงพยาบาล 2 วัน การวินิจฉัย Alcohol withdrawal seizure

กรณีศึกษารายที่ 2 เพศชาย อายุ 34 ปี สถานภาพสมรส หย่าร้าง อาชีพ รับจ้าง การศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2566 วันที่จำหน่าย 29 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะวันนอนโรงพยาบาล 4 วัน การวินิจฉัย Alcohol induce seizure

**ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

| ข้อมูล | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| ข้อมูลส่วนบุคคล | ผู้ชายวัย 34 ปี รูปร่างสันทัด น้ำหนัก 66 Kgs. ส่วนสูง155 cms | ผู้ชายวัย 34 ปี รูปร่าง ผอม น้ำหนัก 55 Kgs.ส่วนสูง165 cms. |
| ระยะเวลาเข้ารับการรักษา | 2 วัน (27-29 มิถุนายน 2566) | 4 วัน (25-29 พฤศจิกายน 2566) |
| อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล | เจ็บตาลอย เกร็งที่คอเป็นก่อนมา 30 นาที | ชักเกร็งทั้งตัว จำเหตุการณ์ไม่ได้เป็นก่อนมา 5 ชั่วโมง |
| ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน | 30 นาทีก่อนมา มีอาการตาลอยเกร็ง ที่คอ ไม่มีปัสสาวะราด จำเหตุการณ์ได้ ไม่มีปากเบี้ยวลิ้นแข็ง ไม่มีพูดไม่ชัด ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน ญาติเห็นอาการจึงนำส่งโรงพยาบาล | 5 ชั่วโมงก่อนมา ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งทั้งตัว จำเหตุการณ์ไม่ได้ ไม่มีคนเห็นขณะชัก หลังชักตื่นรู้ตัว มีรอยคาบเลือดที่ลิ้น ผู้ป่วยเคยมีอาการชักมาก่อน ครั้งนี้เป็นการชักครั้งที่ 4 ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน ญาติแจ้งให้กู้ชีพกำพี้นำส่งโรงพยาบาล |

**ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความเหมือนและแตกต่างกัน กรณีศึกษา 2 ราย**

| ประเด็น | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 | การวิเคราะห์ |
|---|---|---|---|
| 1.ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค | ผู้ป่วยชายไทย อายุ 34 ปี ดื่มสุราทุกวันตั้งแต่เรียนอายุ16 ปี ช่วงวัยรุ่นติดเพื่อน เพื่อนชวนดื่มทุกวันปริมาณการดื่มแล้วแต่สถานการณ์และช่วงเทศกาลจะดื่มจนเมา ปัจจุบันดื่มวันละ ½-1 ขวดใหญ่ เป็นแอลกอฮอล์ขนาด 40 ดีกรี สูบบุหรี่วันละ10มวน ผู้ป่วยเป็นคนอารมณ์ร้อนเวลามีความเครียดไม่สบายใจแก้ปัญหาด้วยการดื่มแอลกอฮอล์ 5 ปีก่อนผู้ป่วยเลิกกับแฟนทำให้เครียดและดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ปัจจุบันสถานะโสด 1วันก่อนมาไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์เลยมีอาการชัก | ผู้ป่วยชายไทย อายุ 34 ปี ดื่มสุราทุกวันตั้งแต่เรียนอายุ16 ปี ช่วงวัยรุ่นติดเพื่อนๆชวนดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณการดื่มแล้วแต่สถานการณ์และช่วงเทศกาลจะดื่มจนเมา ปัจจุบันดื่มวันละ 1 ขวดเล็ก เป็นแอลกอฮอล์ขนาด 40 ดีกรี สูบบุหรี่ยาเส้นวันละ 10 มวน อายุ 25ปี ป่วยเป็นโรคจิตและโรคความดันโลหิตสูง2ปีก่อนภรรยาขอแยกทางเพราะผู้ป่วยดื่มสุราเยอะไม่สนใจครอบครัว ปัจจุบันสถานะหย่าร้าง 1วันก่อนมาไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์และทำให้ผู้ป่วยมีอาการชัก 4 ครั้ง | กรณีศึกษาทั้ง2รายมีแบบแผนการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเมื่อมีความเครียด จะใช้วิธีดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย ผู้ป่วยทั้ง2รายเป็นเพื่อนกันสมัยเรียนมัธยมเคยดื่มแอลกอฮอล์ด้วยกันบ่อยครั้งและเลิกกับแฟนเพราะดื่มแอลกอฮอล์จนไม่สนใจครอบครัวเหมือนกัน โดยกรณีศึกษารายที่ 2 มีโรคประจำตัวเป็นโรคจิตเภทและโรคความดันโลหิตตั้งแต่อายุ25ปีรับประทานยาจิตเวชทุกวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการชักที่รุนแรงกว่า |
| 2.พยาธิสภาพของโรคอาการและอาการแสดง | ผู้ป่วยมาด้วยอาการ ตาลอย เกร็งที่คอเป็นก่อนมา 30 นาทีแรกรับรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง หลังจากผู้ป่วย Admit ได้ | ชักเกร็งทั้งตัว จำเหตุการณ์ไม่ได้ เป็นก่อนมา 5 ชั่วโมงแรกรับผู้ป่วย ขณะลง | กรณีศึกษาทั้ง2 รายมีระดับการถอนพิษแอลกอฮอล์ต่างกันโดยกรณีศึกษาที่1 มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์คัด |

**ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความเหมือนและแตกต่างกัน กรณีศึกษา 2 ราย**

| ประเด็น | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 | การวิเคราะห์ |
|---|---|---|---|
| | ประมาณ 2 ชั่วโมงเริ่มมีอาการสั่น วุ่นวาย ผุดลุกผุดนั่ง โดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar = 15 คะแนน สัญญาณชีพ BT = 36.5 องศาเซลเซียส ,PR=72/min,RR=20/min ,BP = 120/80 mmHg | เตียง มีอาการชักเกร็ง ตาค้างประมาณ 1 นาที 30 วินาที<br>วันที่ 3 ของการ Admitผู้ป่วยมีอาการเอะอะโวยวาย ผุดลุกผุดนั่ง มีอาการหูแว่วเห็นภาพหลอน อยู่ไม่นิ่ง เดินไปเดินมา พูดบ่นอยู่คนเดียวประเมิน CIWA-Ar = 60 คะแนน สัญญาณชีพ BT = 36.7 องศาเซลเซียส, PR = 78 /min , RR = 20 /min ,BP = 160/80 mmHg | กรองด้วยแบบประเมินพบว่าผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุราระดับปานกลาง ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีโรคประจำตัวและเข้ารับการรักษาครั้งนี้เป็นครั้งแรก เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีศึกษารายที่2มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับรุนแรงร่วมกับมีเอะอะโวยวายอาการหูแว่ว หวาดระแวงกลัวเห็นภาพหลอนเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองและผู้อื่น |
| 3.แผนการรักษาระยะ Acute care | CBC , BUN , Cr , E'lyte , LFT, EKG,CXR,DTX stat<br>Med<br>- Diazepam 10 mg Ⓥ prn for agitation q 4 hr. ĉ stat | CBC, BUN, Cr, E'lyte ,LFT,Calcium, Phosphorus,<br>Magnesium, EKG,<br>Film skull AP,Lateral,<br>CT brain Non Contrast Emergency<br>Med<br>-Phenytoin 1,000 mg + NSS 100 ml Ⓥ load<br>-Potassium Chloride Elixir 30 ml po q 3 hr. x III 3 dose<br>-0.9% NSS 1,000 ml+KCL 40 mEq Ⓥ drip 80 ml/hr. x I ขวด<br>-E'lyte หลังแก้<br>-Diazepam10mg Ⓥ prn for agitation , Seizure | แผนการรักษากรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการตรวจวินิจฉัยร่วมกับอาการแสดงโดยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายแพทย์วินิจฉัยโรคผู้ป่วยมีภาวะชักจากการถอนพิษแอลกอฮอล์เหมือนกันและหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนมีอาการมา 1วันเหมือนกัน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงกว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางกาย คือภาวะ Hypomagnesemia, Hypokalemia, ผู้ป่วยมีอาการชักที่บ้าน 4 ครั้ง ให้การรักษาทางกายและอาการทางจิตด้วยยาต้านโรคจิตยา กันชัก ยาลดความดันโลหิตและปรับสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย |
| 3.แผนการรักษาระยะ Acute care (ต่อ) | | -Haloperidol 5 mg IM stat<br>-Lorazepam(2)2 tab po q 6 hr. | |
| 4.ระยะดูแลต่อเนื่อง | - Thiamine 100 mg Ⓥ OD x 3 Day<br>- Para (500) 1 tab po prn q 4-6 hr.<br>- Mydocalm 1x3 po pc<br>- Analgesic balm นวด | - Phenytoin 100 mg Ⓥ q 8 hr.<br>- 50% $MgSO_4$ 4 ml + 5% DW 100 ml Ⓥ drip q 4 hr. x 3 วัน<br>Thiamine 500 mg + NSS 100 ml Ⓥ Drip in 2 hr. then Thiamine 100 mg Ⓥ OD x 3 Day | กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับยา Thiamine เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ เวอร์นิคเค -คอร์ซาคอฟ Wernicke – Korsakoff Syndrome) เหมือนกัน แต่กรณีศึกษารายที่ 2 มี CIWA-Ar = 60 คะแนนมากกว่ากรณีศึกษาที่ 1 จึงได้รับยา Thiamine ที่มีปริมาณมากกว่า |
| 5.ระยะเตรียมจำหน่าย | -Lorazepam(2) 1tab po q 6 hr. (12 tab)<br>Then lorazepam (2) 1 tab po q 8 hr. (9 tab)<br>Then lorazepam (2) 1 tab po q 12 hr. (6 tab) | -Lorazepam(2) 2tab po q 8 hr. (10 tab)<br>-VitaminB Complex 1x3 po pc (60 tab)<br>-Folic acid 1x1 po pc (20 tab) | กรณีศึกษาทั้ง2รายอาการไม่มีอาการขาดแอลกอฮอล์ผู้ศึกษาได้วางแผนการติดตามผลและการส่งต่อไปยัง รพสต.ใกล้บ้านประสานเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทั้ง 2 รายอยู่ รพสต.เดียวกัน และนัดผู้ป่วยมา |

**ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความเหมือนและแตกต่างกัน กรณีศึกษา 2 ราย**

| ประเด็น | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 | การวิเคราะห์ |
|---|---|---|---|
| | Then lorazepam(2) 1 tab po q 24 hr.(3 tab) —<br>-VitaminB Complex 1x3 po pc ( 20 tab)<br>-Folic acid 1x1 po pc (10 tab) | -Multivitamin(MTV) 1x3 po pc ( 60 tab)<br>-Phenytoin (100)3x1 po hs (60 tab)<br>-Amlodipine 1x1 po pc (20 tab) | คลินิกเลิกแอลกอฮอล์เพื่อเข้าโปรแกรมบำบัดเลิกแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ |

**สรุปผลการศึกษา**

**กรณีศึกษาที่ 1** ชายไทย อายุ 34 ปี รูปร่างสันทัด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2566 เวลา 20.00 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการตาลอย เกร็งที่คอเป็นก่อนมา 30 นาที 30 นาทีก่อนมา มีอาการตาลอย เกร็งที่คอ ไม่มีปากเบี้ยวลิ้นแข็ง ไม่มีพูดไม่ชัด ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน ญาติเห็นอาการจึงนำส่งโรงพยาบาลแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้ออักเสบร่วมกับสงสัยว่ามีอาการชัก และ โรคติดสุรา (Muscle strain Ĉ R/O Seizure Ĉ Alcohol dependent) ได้แพทย์จึงพิจารณาให้ Admit เพื่อสังเกตอาการชัก หลัง Admit 2 ชั่วโมงเริ่มมีอาการสั่น วุ่นวาย ผุดลุกผุดนั่ง รายงานแพทย์เวร แพทย์ให้ Diazepam 10 mg ⓥ stat at 22.20 น. และยา Thiamine 100 mg ⓥ OD x 3 Day หลังได้รับยาผู้ป่วยอาการสงบลงไม่มีอาการชักซ้ำ สามารถพักผ่อนนอนหลับได้ พูดคุยรู้เรื่อง Consult คลินิกให้คำปรึกษา เรื่อง Alcohol withdrawal เพื่อเข้ารับการบำบัดเลิกแอลกอฮอล์ ขณะ ผู้ป่วยยอมรับและยินยอมเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดเลิกแอลกอฮอล์ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวโรงพยาบาลบรบือ 2 วัน ขณะนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยให้ยามารับประทานที่บ้านและนัดนัดคลินิกให้คำปรึกษา 2 สัปดาห์ (12 ก.ค.66) ได้ส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านให้ รพสต.ที่รับผิดชอบและติดตามอาการผู้ป่วย 30 วันจนจำหน่ายออกจากการดูแล

**กรณีศึกษาที่ 2** ชายไทย อายุ 34 ปี รูปร่างผอม เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2566 เวลา 22.59 น. มาด้วยอาการ ชักเกร็งทั้งตัว จำเหตุการณ์ไม่ได้ เป็นก่อนมา 5 ชั่วโมง 5 ชั่วโมงก่อนมา ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งทั้งตัว จำเหตุการณ์ไม่ได้ ไม่มีคนเห็นขณะชัก หลังชักตื่นรู้ตัว มีรอยคาบเลือดที่ลิ้น ผู้ป่วยเคยมีอาการชักมาก่อนครั้งนี้เป็นการชักครั้งที่ 4 ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว มีแขนขาอ่อนแรง ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน ญาติแจ้งให้กู้ชีพกำพี้นำส่งโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมีอาการชักร่วมกับโพแทสเซี่ยมในเลือดต่ำร่วมกับแมกนีเซี่ยมในเลือดต่ำและดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง (Seizure Ĉ Hypokalemia Ĉ Hypo Magnesium Ĉ Chronic alcohol drinking) แพทย์จึงพิจารณาให้ Admit เพื่อสังเกตอาการชัก ได้ทำ CT brain Emergency ผล CT No acute intracranial hemorrhage or acute large territorial infarction ขณะลงเตียง มีอาการชักเกร็งตาค้างประมาณ 1 นาที 30 วินาที รายงานแพทย์เวรดูแลให้ได้รับยา Diazepam 10 mg ⓥ stat at 22.59 น.และยา Phenytoin 100 mg ⓥ q 8 hr. ตามแผนการรักษา หลังได้รับยาหยุดชักและมีภาวะโพแทสเซี่ยมและแมกนีเซี่ยม ต่ำ ดูแลให้ได้รับยา 0.9% NSS 1,000 ml + KCL 40 mEq ⓥdrip 80 ml/hr. x I ขวด 50% $MgSO_4$ 4 ml+5% DW 100 ml ⓥ drip q 4 hr. หลังได้รับยาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำปกติไม่มีแขนขาอ่อนแรง รู้สึกตัวนอนได้ 1 วันต่อมาผู้ป่วยมีอาการอาละวาด เอะอะโวยวาย ผุดลุกผุดนั่ง มีอาการหูแว่วเห็นภาพหลอนอยู่ไม่นิ่ง เดินไปเดินมา พูดบ่นอยู่คนเดียวประเมิน CIWA-Ar = 60 คะแนน รายงานแพทย์ทราบ ดูแลให้

ได้รับยา Diazepam 10 mg ⓥ stat , Haloperidol 5 mg IM stat, Lorazepam (2) 2 tab po q 6 hr. Thiamine 500 mg +NSS 100 ml ⓥ Drip in 2 hr. then Thiamine 100 mg ⓥ OD x 3 Day และดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา หลังได้รับยาผู้ป่วยอาการสงบลง Consult คลินิกให้คำปรึกษาประเมินผู้ป่วย แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพิจารณาให้สังเกตอาการชักต่อ Plan D/C ถ้าไม่มีอาการชัก ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวโรงพยาบาลบรบือ 4 วัน ขณะนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยให้ยามารับประทานที่บ้านและนัดมาคลินิกให้คำปรึกษา 2 สัปดาห์ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านพร้อมส่งต่อข้อมูลให้ รพสต.ใกล้บ้านเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านและติดตามอาการผู้ป่วย 30 วันจนจำหน่ายออกจากการดูแล

**อภิปรายผล**

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามี ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์โดยกรณีศึกษาที่ 1 เข้ารับการรักษาด้วยอาการตาลอย เกร็งที่คอ หลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์ 1 วัน ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์คัดกรองด้วยแบบประเมินพบว่าผู้ป่วยมีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง (แบบประเมิน CIWA-Ar = 15 คะแนน)[6] ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีโรคประจำตัวและเข้ารับการรักษาครั้งนี้เป็นครั้งแรก กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัวจากการดื่มแอลกอฮอล์ คือ โรคจิตเภทและความดันโลหิตสูงเมื่อ 9 ปี ที่แล้ว ผู้ป่วยมีอาการชักที่บ้าน 4 ครั้ง ขณะรับเข้ารักษามีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์คัดกรองด้วยแบบประเมินพบว่าผู้ป่วยมีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับรุนแรง (แบบประเมิน CIWA-Ar = 60 คะแนน) มีอาการเอะอะโวยวาย อาละวาด หูแว่ว เห็นภาพหลอน มีภาวะแทรกซ้อน คือ Hypokalemia , hypomagnesemia ให้การรักษาทางกายและอาการทางจิตด้วยยาต้านโรคจิตยา กันชัก ยาลดความดันโลหิตและให้ยาปรับสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย[1] กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการชักหลังจากหยุดดื่มแอลกอฮอล์ 1 วัน ซึ่งอาการผู้ป่วยสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม คือ Alcohol withdrawal seizure[3] พบว่า ร้อยละ 90 เกิดอาการชักในช่วง 7 – 48 ชั่วโมงหลังจากหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะการชักโดยมากจะเป็น Generalized seizure เกิด 2 – 6 ครั้ง Status epilepticus พบได้น้อยประมาณหนึ่งในสามของผู้ที่มีการชักจะเกิด Alcohol withdrawal delirium ต่อไปและเมื่อเกิดอาการ Delirium แล้วพบน้อย มากกว่าจะเกิดการชักขึ้นอีกอาการชักหลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์นี้ไม่ได้เป็นตัวบ่งถึงความรุนแรงของการเป็นโรคพิษแอลกอฮอล์ Alcohol withdrawal delirium (Delirium Tremens) อาการมักเกิดขึ้นหลังจากหยุดแอลกอฮอล์ได้ 2 – 3 วันและจะรุนแรงมากที่สุดในวัน 4 – 5 เกิดในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์หนักมา 5 – 15 ปี และมีความเจ็บป่วยทางกายร่วม เช่น อุบัติเหตุ โรคตับ โรคติดเชื้อ[8,9]

**ข้อเสนอแนะ**

1. ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์นั้น ควรมีการเสริมสร้างพลังใจญาติด้วย โดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทและใกล้ชิดทั้งผู้ป่วยและญาติ เช่น มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดรักษา มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการจากการดื่มแอลกอฮอล์ แผนการรักษา และการดูแลต่อเนื่อง มีความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย เข้าใจบทบาทของครอบครัวในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังผู้ป่วยให้สามารถเลิกดื่มได้อย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแล ตลอดจนการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชน และแหล่งบริการสาธารณะสุข ในการป้องกัน รักษา และการฟื้นฟู ตามศักยภาพของชุมชนในการดูแลประชากรในทุกกลุ่มวัย

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความ รุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. พรอสเพอรัสพลัส.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). หลักสูตรการให้การดูแลผู้ป่วยสุราและแอมเฟตามีนที่มีปัญหาด้าน จิตเวช สำหรับพยาบาล.
3. กฤตยา แสวงทรัพย์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และ สุนิศา สุขตระกูล. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(2), 122-136.
4. นิติยา ตากวิริยะนันท์.(2559). พยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ท่าพระจันทร์.
5. ผ่องศรี งามดี. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง : กรณีศึกษา. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2(2), 265 – 279.
6. รุ่งทิวา พลอยสุวรรณ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา : กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 7(4), 176 – 188.
7. พรศิริ พันธศรี. (2560). กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก.(พิมพ์ครั้งที่19) กรุงเทพฯ.ห้างหุ่นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร.
8. เพียรดี เปี่ยมมงคง. (2553). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร จำกัด.
9. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. (2554). การส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขไทยธรรมาธิราช.
10. เอกอุมา อิ่มคำ. (2551). การพยาบาสุขภาพจิตและจิตเวชการประยุกต์ใช้กรณีเลือกสรร. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ท่าพระจันทร์.
11. Andreasen NC ,Flaum M. Schizophrenia : the characteristic symptoms. Schizophr bull 1991;17:27-49
12. Black DW, Yates WR, Adreasen NC. Schizophrenia, schizophreniaform disorder, and delusional disorder. In: Talbott JA, Hales RE, Yudofsky Sc, eds,American Psychiatric Press,1994:411-61.
13. Kane JM, Marder Sr. Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. Schizophr Bull 1993; 19: 287-302
14. Mellor CS. First rank symptoms of schizophrenia, Br J Psychiatry 1970;117:15-23
15. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder. Geneva: World Health Organization, 1992: 86-95.

# การพยาบาลมารดาครรภ์แฝดหลังผ่าตัดคลอดที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง: กรณีศึกษา

# Nursing Care for Mothers after Caesarean Section due to Pregnant with Preeclampsia with Severe Feature and Twins Pregnancy.

(Received: January 22,2024 ; Revised: February 13,2024 ; Accepted: February 17,2024)

**อรพิน ตันมงคล**[1]
**Oraphin Tanmongkol**[1]

**บทคัดย่อ**

กรณีศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลของมารดาที่มีความเสี่ยง และความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง โดยผ่านกรณีศึกษา 1 รายที่เข้ารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ 5ก โรงพยาบาลราชวิถี วิธีการศึกษา: ศึกษามารดาหลังคลอดที่มีครรภ์แฝด และมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง จำนวน 1 ราย เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็นเวชระเบียนมารดาหลังคลอด คือ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ การพยาบาล ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

จากการศึกษามารดาหลังคลอดครรภ์แรก ตั้งครรภ์แฝด อายุครรภ์ $37^{+3}$ สัปดาห์ มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ภายหลังผ่าตัดคลอดมี ปัญหาเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี และมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด และขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และทักษะในการเลี้ยงดูบุตรเนื่องจากตั้งครรภ์ครั้งแรก บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง พยาบาลผู้ดูแลมารดาระยะหลังคลอดจะต้องใช้ความรู้ความสามารถ ทักษะความชำนาญ ด้วยการประเมินที่รวดเร็วนำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลที่ครบถ้วน มีการประเมินซ้ำ และพบว่ากรณีศึกษานี้ มารดาหลังคลอดให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และดูแลตนเองเป็นอย่างดี จึงทำให้ผ่านภาวะวิกฤติได้อย่างปลอดภัย สามารถจำหน่ายมารดากลับบ้านพร้อมบุตรได้ภายใน 4 วันของการคลอด

**คำสำคัญ:** ความดันโลหิตสูงรุนแรงขณะตั้งครรภ์, ครรภ์แฝด, ผ่าตัดคลอด

**Abstract**

The case study here aimed to investigated the nursing care for pregnant women who had a high risk and preeclampsia with severe features, through a case mother with twins pregnancy who was admitted to the inpatient department at the Rajvithi Hospital, Bangkok. The medical records including the health plan, pathology, nursing care, and health-risk factors were used as analysis tools.

The postpartum study on a $37^{+3}$ weeks twins pregnant mother revealed that she had severe preeclampsia. There is a risk of postpartum hemorrhage after having a cesarean section, due to poor uterine contractions and low platelets, a chance for secondary infections, uncomfortable pain from the surgical wound, and a lack the knowledge for self-care and raising children because of her first pregnancy. Professional nurses play a role in caring for the twins pregnant mother with severe preeclampsia by using the knowledge and skills in the rapid evaluation, which leads to the fast diagnosis, action plan, and comprehensive treatment. The case study was re-evaluated and noticed that the case mother well-cooperate in postpartum treatments and take a good care of herself. Therefore, she safely went through the crisis and be able to return home with the babies within 4 days after giving birth.

**Keywords:** Pregnant with preeclampsia, Twins pregnancy, Caesarean section

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี

**บทนำ**

การตั้งครรภ์แฝด (multiple or multifetal pregnancy) เป็นการตั้งครรภ์ที่มีจำนวนทำรกในครรภ์มากกว่าหนึ่งคนขึ้นไป มีการเรียกชื่อแตกต่างกันออกไปตามจำนวนของทำรก ได้แก่ แฝดคู่ (twins) แฝดสาม (triplets) แฝดสี่ (quadruplets) อุบัติการณ์ ครรภ์แฝดพบได้ประมาณ 1 ต่อ 90 ของการตั้งครรภ์ [1]ในประเทศที่พัฒนาแล้ว อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์แฝดเพิ่มขึ้นประมาณ ร้อยละ 50 ในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา โดยมีสาเหตุหลักจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ [2] สาเหตุของการตั้งครรภ์แฝด ได้แก่ พันธุกรรม ส่วนใหญ่จะพบว่าบุคคลในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์มีการตั้งครรภ์แฝด ประวัติได้รับการรักษาภาวะ การมีบุตรยาก โดยได้รับยากระตุ้น เร่งการตกไข่ อายุและจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ พบว่าสตรีที่มีอำยุเกิน 40 ปี และตั้งครรภ์ตั้งแต่ 4 คนขึ้น ไป มีโอกาสตั้งครรภ์แฝดสูงกว่าสตรีอายุน้อย หรือไม่เคยมีบุตรมาก่อน [1] ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตั้งครรภ์แฝด ในมารดามีอาการแพ้ท้องมากกว่าปกติ โลหิตจาง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน คลอดก่อนกำหนด และตกเลือดหลังคลอด[1] ส่วนภาวะแทรกซ้อนในทารก คือ การแท้ง พบได้บ่อยกว่าครรภ์เดี่ยวถึง 3 เท่า น้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 50 ของทำรกแฝดจะพบว่าโตช้าในครรภ์ ร้อยละ 60 ในครรภ์แฝดคู่คลอดก่อนกำหนด[1]

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรงส่งผลต่ออัตราการเจ็บป่วย และเสียชีวิตของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของมารดาและทารกทั่วโลกร้อยละ 14[1] รองลงมาจากสาเหตุการตกเลือดที่พบร้อยละ 27.1[2] มีรายงานพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด[3] จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขในปี 2564 พบว่าประเทศไทยมีมารดาเสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดคิดเป็น 26.6รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งเป็นการเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเท่ากับ 3.2 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน

ผลกระทบจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงมีผลต่อร่างกายหลายระบบและอาจนำไปสู่ภาวะชัก (eclampsia) หรือเกิดภาวะ HELLP syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยเม็ดเลือดแดงแตก (Hemolysis) เอนไซม์ตับสูงผิดปกติ (Elevated liver enzyme) และมีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซล/ไมโครลิตร ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด หรือในระยะหลังคลอด ทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย ร้อยละ 25 ของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จะส่งผลทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการชักได้ซึ่งภาวะชักนี้สามารถพบได้ถึง 48 ชั่วโมง หลังคลอด[3] ทำให้มารดาหลังคลอดเสียชีวิตเนื่องมาจากมีเลือดออกในสมอง และการสำลักเศษอาหารขณะชัก[4]นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อระบบอื่นๆที่สำคัญ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอดและปอดคั่งน้ำจากการที่หลอดเลือดของปอดตีบ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากการที่มีปริมาณเลือดดำที่ไหลกลับเข้าหัวใจห้องขวาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว[5] ภายหลังคลอดมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอาจมีภาวะน้ำท่วมปอดได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากยาที่ใช้บ่อยทำให้เกิดการคั่งของน้ำในร่างกาย ปฏิกิริยาของระบบประสาทซิมพาเทติต และการหดรัดของหลอดเลือด[7] ดังนั้นในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด พยาบาลควร เฝ้าระวัง และติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันโรคที่รุนแรงขึ้นและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที โดยพบว่าระดับความดันโลหิตจะกลับเป็นปกติภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด[6] แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงโดยทั่วไปจะมีการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่เมื่อแรกรับ และประเมินเป็นระยะในช่วงหลังคลอด ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ ที่สำคัญคือ ความดันโลหิต systolic ที่สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิต diastolic มากกว่าหรือ

เท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท อาการนำก่อนการชัก เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว (cerebral or visual disturbance) จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หรือปวดใต้ชายโครงขวา เป็นต้น รวมทั้งการประเมินอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เป็นภาวะวิกฤตที่สำคัญ ได้แก่ น้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ชัก (Eclampsia) ภาวะเลือดออกในสมอง (cerebral hemorrhage) ภาวะ HELLP syndrome เป็นต้น[5] การดูแลเพื่อป้องกันภาวะชักที่สำคัญคือ การดูแลให้ยา MgSO4 และมีการเฝ้าระวังระดับของ MgSO4 ในเลือด โดยการเจาะเลือดติดตามระดับของ MgSO4 ในซีรั่มทุก 4 ชั่วโมง ซึ่งระดับของ MgSO4 ในซีรั่มที่ต้องการ คืออยู่ในช่วง 4-8 mg/dL รวมทั้งการเฝ้าดูอาการทางคลินิกเช่น การตรวจไม่พบปฏิกิริยาสะท้อน (reflex เป็น 0) อัตราการหายใจช้ากว่า 12-14 ครั้งต่อนาที หรือปัสสาวะออกน้อยกว่า 25 - 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือ 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง ในกรณีเช่นนี้ระดับของ MgSO4 ในซีรั่มอาจจะมากเกินไป ดังนั้นจึงควรเตรียม antidote คือ ร้อยละ 10 calcium gluconate ขนาด 10 มิลลิลิตรไว้ให้พร้อมใช้ได้เสมอ ซึ่งการให้ยา MgSO4 นี้ต้องระมัดระวัง และดูแลใกล้ชิด เนื่องจากมีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกร้อนวูบวาบ มีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว ซึ่งจะมีผลให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ตกเลือดได้ง่ายในระยะหลังคลอด ระดับยาในกระแสเลือดสูงเกินระดับการรักษาจะไปกดการหายใจ และถ้าสูงมาก (10- 13 mEq.) จะกดการทำงานของหัวใจจึงนับว่าเป็นยาอันตราย ต้องเฝ้าระวังภาวะยาเกินขนาดโดยการบันทึกชีพจร อัตราหายใจ ความดันโลหิต ปัสสาวะทุกชั่วโมง และ Deep tendon reflex (DTR) ทุก 4 ชั่วโมง[7]

จากสถิติของโรงพยาบาลราชวิถี ปี พ.ศ. 2563 -2565 พบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ เช่น Eclampsia, Chronic hypertension, Gestation hypertension, GDM, และPIH โดยพบ Mind PIH และSevere PIH ในปี 2563 -2565 จำนวน 136, 117 และ 79 ราย ตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็น Severe PIH จำนวน 103, 87 และ58 ราย ตามลำดับ คิดเป็น ร้อยละ 74.70 ของมารดาตั้งครรภ์ที่เกิด PIH ทั้งหมดในช่วงเวลาดังกล่าวเมื่อจำแนกรายปีจะพบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 75.74, 74.36และ 73.42 ตามลำดับ และโรงพยาบาลราชวิถี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีศักยภาพในการรับการส่งต่อรักษา เนื่องจากมีแพทย์และสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญ ซึ่งภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์อาจครอบคลุมไปจนถึงหลังคลอด ก่อให้เกิดทุพพลภาพทั้งต่อมารดา และทารกได้ เพื่อเป็นตัวอย่าง และประโยชน์ต่อการเฝ้าระวัง ป้องกันติดตาม และดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตินี้ไปได้ เพื่อการบรรลุเป้าหมายของการสาธารณสุขให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย และเป็นการเรียนรู้ ทบทวนการปฏิบัติงาน ผู้ศึกษาจึงใช้กรณีศึกษาที่พบในการปฏิบัติงาน จำนวน 1 ราย มานำเสนอข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลเพื่อใช้เป็นตัวอย่างในการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงในระยะต่างๆ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอด ขณะคลอด หลังคลอด และมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงร่วมด้วยให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาครรภ์แฝดหลังผ่าตัดคลอดที่มีความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

**วิธีดำเนินการศึกษา**

1. เลือกกรณีศึกษาที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่ยุ่งยาก และซับซ้อน เนื่องจากมารดาหลังคลอดรายนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และได้รับการผ่าตัดคลอด ถ้าไม่ได้รับการค้นหาปัญหา การประเมินซ้ำ และการแก้ไขดูแลให้การพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว การดำเนินของโรคจะรุนแรงมากเกิดภาวะชักเกร็ง เกิดกลุ่มอาการที่มีการทำงานของตับผิดปกติ และเสียเลือดมาก อาจทำให้ต้องตัดมดลูกได้ รวบรวมข้อมูลตามมาตรฐานการให้การพยาบาลมารดาหลังคลอด ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งต้องใช้การประเมินที่ถูกต้องแม่นยำ ครอบคลุม และรวดเร็ว เนื่องจากเป็นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และเสี่ยงสูง เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาตั้งข้อวินิจฉัย วางแผน และปฏิบัติการพยาบาล ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด มีการประเมินซ้ำให้ได้ข้อมูลที่ต้องมาวางแผนกับทีมแพทย์และครอบครัว ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่ดูแลรักษา พยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญในการดูแลมารดาหลังคลอด วิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

จัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา ซึ่งดำเนินการในช่วงเวลา 13 กันยายน – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 และ จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่

**ผลการศึกษา:**

**ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย**

หญิงไทย อายุ 31 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ(ปวช.) สถานภาพสมรส คู่ อาชีพรับจ้าง มีภูมิลำเนา ตำบลบางนา อำเภอบางนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร

อาการสำคัญ: มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน: ได้รับการวินิจฉัยโรค $G_1P_0$,GA $37^{+3}$ wk. c Twins MCDA c HELLP (EDC 2 มี.ค. 64) วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 64 มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน 2 ชั่วโมง สามีนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการตั้งครรภ์การฝากครรภ์ และการคลอด: ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ $9^{+3}$wk.ที่โรงพยาบาลบางนา ตามสิทธิ์ประกันสังคม

- อายุครรภ์ $14^{+1}$wk. ตรวจ U/S พบ Twin MCDA

- อายุครรภ์ $16^{+2}$ wk. มีปัญหา High risk GDM

- ตั้งครรภ์ $27^{+4}$ wk.ทำ U/S ซ้ำพบ Twin MCDA with Twin A IUGR stage I ได้รับยาเพิ่ม คือ Dexamethasone 6mg IM ทุก12 ช.ม.X 4 dose ที่โรงพยาบาลบางนา FU 1 wk. High risk ระหว่างตั้งครรภ์ มีน้ำหนักขึ้น 99 กิโลกรัม BMI 36.4 มี high risk GDM จึงส่งต่อเข้ารับการฝากครรภ์ (ANC) ที่โรงพยาบาล ราชวิถีในคลินิกเสี่ยงสูง ได้รับการรักษาด้วยยา ASA (81) 1x1opc

- อายุครรภ์ $37^{+3}$ wk. มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน Admitted LR โรงพยาบาลราชวิถี BMI ก่อนตั้งครรภ์ 27.54 High risk GDM น้ำหนักปัจจุบัน 99 กิโลกรัม ส่วนสู. 165 เซนติเมตร BMI 36.4 ผลการตรวจครรภ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130-150/80-90 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ผลการตรวจปัสสาวะปกติ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 เข็ม วัคซีนป้องกับโควิด – 19 จำนวน 3 เข็ม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะมาฝากครรภ์ครั้งแรก ผลการตรวจ VDRL, HIV และ HbsAg negative ความเข้มข้นของเลือด 34.3% หมู่เลือดกรุ๊ปโอ Rh+

- การประเมินสภาพมารดาแรกรับที่ห้องคลอด: วันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 เวลา 05.54 น. มารดาครรภ์ครั้งแรก ตั้งครรภ์แฝด อายุครรภ์ $37^{+3}$ สัปดาห์ (นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย) รู้สึกตัวดี มีเจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ไม่มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ รอคลอดใน LR ตรวจโปรตีนในปัสสาวะให้ผลลบ น้ำตาลในปัสสาวะให้ผลลบ มีอาการบวมที่ขา 2 ข้าง การตรวจหน้าท้อง พบ ระดับ HF 45 เซนติเมตร เหนือสะดือแฝดพี่ มีศีรษะเป็นส่วนนำอัตราการเต้นของหัวใจ 158 ครั้ง/นาที และแฝดน้อง มีศีรษะเป็นส่วนนำอัตราการเต้นของหัวใจ 152 ครั้ง/นาที ตรวจทางช่องคลอด พบปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร Efface. 50% membrane Intact, station -2, อุณหภูมิกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 139/96 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ CBC พบ PLT 41,000- 63,000

cell/mm$^3$ Drip 10%$MgSO_4$ 4 gm. Loading in 15 min then 50% $MgSO_4$ 40 ml+5%DW 460 ml v drip 50 ml/hr., 0.9% NaCl 500 ml+Synto.20 u v drip 40 ml/hr. พบว่า มารดามีความเสี่ยงจากภาวะ HELLP syndrome, NPO Plan ส่ง C/S ด่วน ก่อนเข้าห้องผ่าตัด จองเลือด 2 ยูนิต Plat. Cog. 10 ยูนิต ความดันโลหิตก่อนเข้าห้องผ่าตัด 141/96-153/100 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เนื่องจากมารดามีการสูญเสียเลือด 500 มิลลิลิตร และมีเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ (54,000 Cell/mm$^3$) แม้ว่า จะได้รับเลือด และผลิตภัณฑ์ของเลือด (LPRC 2 ยูนิต LPPC 1 ยูนิต) ความเข้มข้นของเลือด ในเม็ดเลือดแดงเพียง (Hb=11.7.g/dl, Hct=35%) และมีเกล็ดเลือดเพิ่มเป็น 76,000 Cell/mm$^3$ ร่างกายตอบสนองโดยการรวมกลุ่มกันของเกล็ดเลือด ร่วมกับโปรตีนไฟบริน เพื่อปิดรูเปิดของหลอดเลือดที่ถูกทำลาย ทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะต่างๆ ลดลง รวมทั้งตับ ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของตับ พบว่า เอ็นไซม์ของตับในเลือดสูงกว่าปกติ ความผิดปกติของปริมาณ และการทำหน้าที่ของเกล็ดเลือด อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก และอาจรุนแรงจนกระทั่งมีภาวะเลือดออกในสมองได้[5]

การวินิจฉัยโรคแรกรับ: $G_1P_0$,GA $37^{+3}$ wk. c Twins MCDA c HELLP

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย: $G_1P_0$ GA $37^{+3}$ wk. with. c Twins MCDA c Partial HELLP S/P Caesarean section (Blood loss 500 มิลลิลิตร)

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนทางการพยาบาล**

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนทางการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนชัก และได้รับอันตรายจากการชักเนื่องจากมารดามีภาวะความ**<br>**ดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง**<br>ข้อมูลสนับสนุน: ความดันโลหิต 135/95-171/118 มิลลิเมตรปรอท<br>วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะชัก<br>เกณฑ์การประเมิน: ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ไม่เกิน หรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท หรือไม่เกิน 15 มิลลิเมตรปรอท ของความดันโลหิตเดิม ไม่มีอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ ปวดศีรษะตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ และกล้ามเนื้อเข่ากระตุก ไม่เกิดภาวะชัก | กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล:<br>1. อธิบายให้มารดาหลังคลอดทราบถึงพยาธิสภาพของโรค อาการนำสู่ภาวะชัก อันตราย ที่จะเกิดขึ้นจากการชักที่จะส่งผลแก่มารดา ตลอดจนความจำเป็นในการให้ยา MgSO4 และอาการข้างเคียงของการได้รับยา MgSO4 ซึ่งอาจพบได้ เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว<br>2. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณ ใต้ลิ้นปี่ หรือ อาการเจ็บชายโครงขวา Deep tendon reflex เร็วเกินไป 3+ ขึ้นไป ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์<br>3. ให้สารน้ำชนิด 10%$MgSO_4$ 4 gm. Loading in 15 min then 50% $MgSO_4$ 40 ml+5%DW 460 ml v drip 50 ml/hr. เพื่อป้องกันการชัก และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิเมตร/ชั่วโมง Deep tendon reflex น้อยกว่า 2+ ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์หยุดการให้ยา<br>4. ให้ยา Hydralazine 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตทุก 5 นาที ถ้าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) มากกว่า หรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) มากกว่า หรือ เท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์<br>5. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ อาการปวดศีรษะ ทุก 1 ชั่วโมง และรายงานแพทย์เมื่ออาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงกว่าเดิม<br>6. ตรวจ และบันทึกการได้รับสารน้ำ และปริมาณปัสสาวะ โดยเฉพาะตรวจสอบปริมาณ น้ำปัสสาวะ ทุกชั่วโมง เพราะยาจะถูกขับออกจากร่างกายทางไต ถ้าไตทำงานผิดปกติ จะทำให้มีการคั่งของ ยาในร่างกาย<br>7. เตรียมยา 10% Calcium gluconate 10 กรัม ไว้ให้พร้อมโดยฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ ถ้าพบมีอาการผิดปกติ เช่น การหยุดหายใจ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เพราะเป็นอาการแสดงของภาวะหัวใจถูกกดจากยา MgSO4 ที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท และกล้ามเนื้อลาย |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนทางการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | 8. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อน ทำกิจกรรมต่างๆ บนเตียง เพื่อให้มารดาสามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ ช่วยลดความดันโลหิต และป้องกันการเกิดอาการชัก ไม่ปล่อยให้อยู่ตามลำพัง ขณะอยู่บนเตียงต้องยกไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้างขึ้น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง<br>9. เตรียมอุปกรณ์ และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก ได้แก่ ไม้กดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น<br>10. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ HELLP Syndrome ได้แก่เม็ดเลือดแดงแตกง่ายทำให้เกิดภาวะซีด ระดับเอนไซม์ตับในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ตัวเหลือง และเลือดออกง่ายจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ<br>การประเมินผล: หลังจากได้รับยา MgSO4 และยาลดความดันโลหิต Hydralazine ตามแผนการรักษา ความดันโลหิต 110/70 – 130/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการนำก่อนชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ กล้ามเนื้อเข่ากระตุก และไม่เกิดภาวะชัก |
| **มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในสมองเนื่องจากความดันโลหิตสูงและมีเกล็ดเลือดต่ำ**<br>ข้อมูลสนับสนุน: ความดันโลหิตสูง 156/100 – 171/118 มิลลิเมตรปรอท เกล็ดเลือด (Platelet) ต่ำ 54,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร<br>วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง<br>เกณฑ์การประเมิน: ระดับความรู้สึกตัวดีไม่มีอาการง่วงซึมหรือปลุกไม่ตื่น หรือเชื่องช้าผิดไปจากภาวะปกติ พูดไม่ชัด ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/70 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท ระดับเกล็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 140,000-400,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร | **กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล**<br>1. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการปวดศีรษะ ความดันโลหิต อัตราการหายใจและชีพจร ทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลงกว่าเดิม เพื่อวางแผนในการรักษา และให้ได้รับการแก้ไขทันเวลา<br>2. ให้ได้รับยา Hydralazine 5 มิลลิกรัม, Transamine ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ให้ LPPC และ LPRC ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันเลือดออก ชดเชยเพิ่มจำนวนของเลือดและเกล็ดเลือด สังเกตอาการแพ้ผลิตภัณฑ์ของเลือด เช่น อาการคัน ผื่นแพ้ต่างๆ เป็นต้น<br>3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับการพักผ่อน เตรียมอุปกรณ์ การช่วยเหลือได้ทันทีที่มีอาการชัก ได้แก่ ไม้กดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ (Suction) เตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพ รวมทั้งป้องกันการ ตกเตียง เมื่อเกิดภาวะชัก หรือไม่รู้สึกตัว<br>4. ติดตามผลการตรวจ Platelet, PT, PTT เพื่อประเมินการแข็งตัวของเลือด<br>การประเมินผล: มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี GCS=15 คะแนน ($E_4V_5M_6$) ไม่มีปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียนพุ่ง ไม่มีอาการง่วงซึมหรือปลุกไม่ตื่น หรือเชื่องช้า และไม่เกิดภาวะชัก สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อยู่ระหว่าง BP=114/80-123/85 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง มดลูกหดรัดตัวดี ก่อน D/C HCT=32.7% PLT=232,000 cell/$mm^3$ |
| **มารดามีโอกาสเกิด Hypomagnesaemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา แมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO4 toxicity)**<br>ข้อมูลสนับสนุน: มารดาหลังคลอดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิด รุนแรง (Severe preeclampsia) และได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO4 ) เพื่อป้องกันการชัก<br>วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้มารดาหลังคลอดปลอดภัย ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO4<br>เกณฑ์การประเมิน: อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง Deep tendon reflex หายไป ระดับ MgSO4 ในเลือดไม่เกิน 7 mEq/L (8.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) | กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล:<br>1. อธิบายให้มารดาหลังคลอด และญาติเข้าใจถึงความจำเป็นในการให้ยา และอาการข้างเคียงขณะให้ยา ได้แก่ ร้อนตามตัว มีเหงื่อออกมาก อาการร้อนตามปลายมือปลายเท้า และหน้าแดง เนื่องจากยานี้มีฤทธิ์ยาขยายหลอดเลือด ในขณะที่ได้รับยา MgSO4 พยาบาลควรนำผ้าชุบน้ำวางบริเวณข้อ พับ ลำคอ เพื่อให้มารดารู้สึกดีขึ้นจากอาการร้อน[9] รวมทั้งอาจมีอาการ คลื่นไส้อาเจียน<br>2. ควบคุมให้ได้รับปริมาณยา 50% $MgSO_4$ 40 กรัม ผสมใน 5%D/W 460 มิลลิลิตร ควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion pump ในอัตรา 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เพื่อให้ได้ปริมาณยาตามแผนการรักษา และเนื่องจากเป็นยาในกลุ่มมีความเสี่ยงสูงในการใช้ (High alert drug)<br>3. ปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา คือ ภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ (Magnesium toxicity) ดังนี้<br>- นับอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ต้องไม่น้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ต้องหยุดให้ยา และรายงานแพทย์ทันที<br>- ตวงและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือภายใน 4 ชั่วโมงออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร รายงานแพทย์<br>- ประเมิน Deep tendon reflex ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 2+ ต้องรายงาน แพทย์ทันที หรือเท่ากับ 0 ต้องหยุดยาทันที เนื่องจาก ยาจะออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง กดกล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อลาย และกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งอาจกดศูนย์การหายใจ และทำให้เสียชีวิตได้ และเนื่องจากยา MgSO4 เกือบทั้งหมดขับออกทางไต ถ้าปัสสาวะออกน้อยลง ระดับยาจะยังคงสูงอยู่ |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนทางการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | ในเลือดโอกาสเกิดภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ (Magnesium toxicity) จะเพิ่มมากขึ้น<br>4. สังเกตอาการของการได้รับยา MgSO4 ในเลือดสูงมากเกินไป ได้แก่อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออก ความดันโลหิตลดลง การหายใจช้าลง ซึม ไม่มีแรง อ่อนปวกเปียก Deep tendon reflex ลดลง ต้องรีบรายงานแพทย์ มีการตรวจเลือดเพื่อประเมินระดับแมกนีเซียมเป็นระยะ ระดับแมกนีเซียมในเลือดไม่ควรเกิน 7 Eq/L (8.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) หากสูงกว่านี้จะทำให้ Deep tendon reflex หายไป รวมทั้งจะทำให้หยุดการหายใจได้ การประเมินระดับแมกนีเซียมในน้ำเลือดควรทำภายหลังให้ยา แมกนีเซียม ไปแล้ว 1-2 ชั่วโมง และประเมิน ซ้ำเมื่อมีอาการบ่งชี้ [9]<br>5. เตรียมออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพไว้ให้พร้อม หากมารดาหยุดหายใจ หรือ หัวใจหยุดเต้น ต้องให้การช่วยชีวิตเบื้องต้น เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ[10] |
| **วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง การผ่าตัด และผลกระทบต่อทารกในครรภ์**<br>ข้อมูลสนับสนุน: สีหน้ามารดาวิตกกังวล สอบถามพยาบาลบ่อยครั้ง “ลูกจะอันตรายอย่างไรบ้าง”<br>วัตถุประสงค์การพยาบาล: ลดความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับอาการของบุตร<br>เกณฑ์การประเมิน: มารดาคลายความวิตกกังวล เข้าใจในอาการของทารกในครรภ์ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล | กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล:<br>1. สร้างสัมพันธภาพให้มารดารู้สึกผ่อนคลายพูดคุยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถาม และให้ความสนใจคำถาม<br>2. จัดสิ่งแวดล้อมให้มารดาได้พักผ่อน และรู้สึกผ่อนคลาย ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของมารดาและญาติ<br>การประเมินผล: มารดามีสีหน้าผ่อนคลาย มีความเข้าใจในอาการของทารกในครรภ์ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ดี |
| **มารดาวิตกกังวลต่อการผ่าตัดคลอด**<br>ข้อมูลสนับสนุน: มารดาไม่มีประวัติผ่าตัดใดๆ มาก่อน และมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามเรื่องเกี่ยวอันตรายที่จะเกิดจากการผ่าตัดคลอด<br>วัตถุประสงค์การพยาบาล: ลดความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับผ่าตัดคลอด<br>เกณฑ์การประเมิน: มารดาคลายความวิตกกังวล เข้าใจความจำเป็นของการผ่าตัดคลอด ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล | กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล:<br>1. เตรียมมารดาด้านจิตใจ แนะนำตนเองพูดคุยด้วยท่าทีเป็นมิตร เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและรับฟังด้วยความตั้งใจ อธิบายให้เข้าใจถึงความจำเป็นของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษากับมารดา และครอบครัว<br>2. เตรียมมารดาด้านร่างกายให้ Oxygen mask with bag 10 ลิตรต่อนาที จัดท่านอนตะแคงซ้าย ศีรษะสูง 15 องศา เพื่อช่วยลดการกดของมดลูกต่อเส้นเลือดดำใหญ่ที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ ส่งเสริมการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงมดลูก รก และทารกในครรภ์ได้ดีขึ้น<br>3. อธิบายถึงขั้นตอนต่าง ๆ ในการเตรียมผ่าตัดคลอด<br>4. ให้มารดา และสามีลงชื่อยินยอมรับการผ่าตัดคลอด<br>5.ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1000 ml v loading 300 ml then 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยา Cefazolin 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา<br>6.ทำความความสะอาดร่างกาย และบริเวณผ่าตัด ตรวจสอบฟันปลอม และเตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ<br>7.ติดเครื่องติดตามสุขภาพทารกใน ครรภ์ EFM จนเวลาพร้อมส่งมารดาไปห้องผ่าตัด<br>8.ประสานทีมกุมารแพทย์ ประสานหอผู้ป่วยเด็กป่วย ประสานหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมสำหรับมารดาในกรณีเกิดภาวะวิกฤตกับมารดา<br>การประเมินผล: มารดาได้รับการเตรียมผ่าตัดคลอดครบถ้วน และได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องใช้เวลา 1 ชั่วโมง 5 นาที หลังผ่าตัดมีการสูญเสียเลือด 500 มิลลิลิตร และมีเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ (54,000 Cell/$mm^3$) ได้รับเลือดผลิตภัณฑ์ของเลือด (LPRC 2 ยูนิต LPPC 1 ยูนิต) ได้รับยา Transamine ทางหลอดเลือดดำ และCytotec 4 tabs Rectal Suppo. ย้ายไปสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง และส่งกลับไปสังเกตอาการที่ LR อีกครั้งเพื่อให้ยา $MgSO_4$ให้ครบตามแผนการรักษา ความดันโลหิต 140/80 – 150/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 - 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที หลังถอดท่อช่วยหายใจมารดาเริ่มตื่นเรียกรู้สึกตัวดี ชีพจร 86 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/64 มิลลิเมตรปรอท On $O_2$ Mask c bag 10 LPM $SpO_2$ =99% ปริมาณการเสียเลือด 500 มิลลิลิตร ทารกแฝดพี่ APGAR Score 6-8-9 คะแนน ทารกแฝดน้อง APGAR Score 8-9-10 ทารกทั้งสองมีปัญหาน้ำหนักน้อย ทารกแฝดพี่มีการหายใจไม่สม่ำเสมอ จึง |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนทางการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | ย้ายไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยเด็กป่วย On HHHFNC 6 ลิตรต่อนาที วันที่ 2 หลังคลอด นำทารกย้ายมาอยู่กับมารดาที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม (หอผู้ป่วยพิเศษ 5ก) วันที่ 4 หลังคลอด ทารกแฝดทั้งสองคนแข็งแรงดี ดูดนมจากเต้ามารดาได้ดี จำหน่ายกลับบ้านพร้อมมารดา และกุมารแพทย์นัด FU 1 สัปดาห์หลังคลอด |
| **เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้ยาระงับความรู้สึก จากการผ่าคลอดทางหน้าท้อง**<br>ข้อมูลสนับสนุน: มารดาได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องด้วยวิธีการวางยาสลบ โดยมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและตั้งครรภ์แฝดร่วมด้วย<br>วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้มารดาและทารกแฝดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีการวางยาสลบ<br>เกณฑ์การประเมิน: ไม่มีความดันโลหิตต่ำ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรไม่เกิน 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่ปวดศีรษะ ผิวไม่ซีด เล็บมือเล็บเท้าไม่เขียว | กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล:<br>1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของมารดาแรกรับ และประเมินทุกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนปกติ<br>2. จัดท่านอน ไม่หนุนหมอน ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกันลิ้นตก หรือ ป้องกันการสำลัก<br>3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลความปลอดภัยโดยยกราวกั้นเตียงขึ้น 2 ข้าง<br>4. ให้ Oxygen mask with bag 10 ลิตรต่อนาที ในระยะแรกหลังถอดท่อช่วยหายใจ สังเกต และบันทึก อาการขาดออกซิเจน เช่น กระสับกระส่ายเล็บมือ และ เล็บเท้าเขียว หายใจลำบาก เมื่อมารดารู้สึกตัวดีแล้วกระตุ้นให้หายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ ไอเอาเสมหะออก อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง<br>5. ถ้ามีคลื่นไส้อาเจียน ให้ยา Plasil 10 mg ทางหลอดเลือดดำได้เมื่อจำเป็นทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา<br>การประเมินผล: มารดารู้สึกตัวดี ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 115/64 –130/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86- 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที oxygen saturation เท่ากับ 99 เปอร์เซ็นต์ |
| **มารดาไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าคลอด และปวดมดลูกจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากผ่าตัดคลอด และได้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก**<br>ข้อมูลสนับสนุน: มารดาบอกปวดแผลผ่าตัด ประเมินความปวดเท่ากับ 8 คะแนน ขยับตัวลำบาก สีหน้าไม่สุขสบาย และได้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก 0.9% NaCl 500 ml+Synto.20 u v drip 40 ml/hr.<br>วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อบรรเทาอาการปวดให้มารดาสุขสบายขึ้น และปวดแผลลดลง<br>เกณฑ์การประเมิน: มารดาปวดแผลลดลง หรือคะแนนความปวด (Pain score) ≤ 3 คะแนน มารดา มีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และนอนพักผ่อนได้ | กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล:<br>1. อธิบายให้มารดาหลังคลอดเข้าใจถึงกลไกของการเจ็บปวดภายหลังคลอดบริเวณแผลผ่าตัดคลอด<br>เนื้อเยื่อบริเวณนั้นชอกช้ำ และการให้ยาเพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกทำให้ปวดมดลูกมากขึ้นได้<br>2. ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัด ด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้า ท่าทาง และใช้การประเมินจากตัวเลขบอกระดับความปวด (Pain score) เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือและเลือกวิธีบรรเทาอาการปวด<br>3. จัดท่านอน แนะนำให้นอนในท่าที่สบาย เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด แนะนำให้ใช้มือ หรือหมอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอ หรือมีการเคลื่อนไหว เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด เมื่อมารดารู้สึกตัวดี<br>จัดให้นอนท่าศีรษะสูง ชันเข่า เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวลดการดึงรั้งของแผลช่วยให้อาการปวดทุเลา[15]<br>4. สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก เพราะการหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจมาที่การควบคุมหายใจเข้า และการหายใจออก<br>5. ให้การพยาบาล ด้วยความนุ่มนวล เป็นมิตร ให้ยาบรรเทาอาการปวดแผลตามแผนการรักษา คือ MO 3 mg dilute v prn ทุก 4 ช.ม. เมื่อปวดแผลมาก หรือ Pain score มากกว่า 5 คะแนน<br>6. ในระยะที่มารดาเริ่มอาหารได้ และมีอาการปวดแผลมาก ให้ยาแก้ปวดรับประทานตามแผนการรักษา คือ Paracetamol 500 มิลลิกรัม เมื่อมีอาการปวดได้ทุก 4 ชั่วโมง ซึ่งจะช่วยทำให้อาการปวดแผลลดลง<br>7. พูดคุยให้กำลังใจ เพื่อลดความวิตกกังวล มารดาผ่อนคลายจะช่วยให้บรรเทาความเจ็บปวดลดลงได้ |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนทางการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | การประเมินผล: มารดาสีหน้าสดชื่นขึ้น แจ่มใส และไม่บ่นเจ็บปวดแผลผ่าตัด หลังได้ยาแก้ปวด ประเมินความปวด Pain score เท่ากับ 2-3 คะแนน เคลื่อนไหว และนอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น |
| **เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ในโพรงมดลูก และใส่สายสวนปัสสาวะเมื่อต้องเข้าห้องผ่าตัด**<br>ข้อมูลสนับสนุน: มีแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แผลมีเลือดปนน้ำเหลืองซึม มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์เนื่องจาก น้ำหนักตัว 99 กิโลกรัม BMI=36.4 ผลการตรวจ CBC พบ มีไข้ 38.2 องศาเซลเซียส และมีการเสียเลือดหลังคลอด 500 มิลลิลิตร ความเข้มข้นเลือด 32.7 %<br>วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด แผลในโพรงมดลูก และระบบทางเดินปัสสาวะ<br>เกณฑ์การประเมิน: สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติความดันโลหิต 90/60 - 130-80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมาก แผลมีหนอง มีสารคัดหลั่ง (Discharge) ซึม น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น ปัสสาวะสีเหลืองขุ่นมีตะกอน | กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล:<br>1. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลัง คลอด โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย หากผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์<br>2. ประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมาก แผลมีหนองมี discharge ซึม น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น<br>3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลแผลผ่าตัดคลอด การสังเกตลักษณะผิดปกติของน้ำคาวปลา ทั้งสี กลิ่น ปริมาณ เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อหลังคลอด<br>4. ถอดสายสวนปัสสาวะเมื่อหมดข้อบ่งชี้ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี ล้างจากด้านหน้าไปด้านหลัง ไม่เช็ด ย้อนไปมา เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3 - 4 ชั่วโมง หรือเมื่อผ้าอนามัยเปียกชุ่ม เพื่อลดสิ่งหมักหมม และขจัดน้ำคาวปลา<br>5. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น<br>6. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หนาวสั่น ปวดแผลผ่าตัดมาก น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น ควรแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที<br>7. แนะนำมารดาให้ดูแลแผลผ่าตัด[15]<br>8. ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา Cefazolin 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์<br>การประเมินผล: มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะได้เองสีเหลืองใส แผลไม่บวมแดง ไม่มี dischargeซึม น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ ไม่มีไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.8 - 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 80-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/80 - 130/90 มิลลิเมตรปรอท |
| **อาจเกิดเต้านมอักเสบจากการมีภาวะเต้านมคัด**<br>ข้อมูลสนับสนุน: ทารกแฝดพี่ถูกแยกจากมารดาไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยกุมารเวช มารดามีปัญหาหัวนมบุ๋ม และบอกปวดตึงเต้านม เต้านมคัดตึงระดับความปวด Pain score เท่ากับ 4 คะแนน มีไข้ 37.8 องศาเซลเซียส<br>วัตถุประสงค์การพยาบาล: มารดาได้รับการแก้ไขเรื่องหัวนมบุ๋ม ไม่มีภาวะเต้านมคัด<br>เกณฑ์การประเมิน: มารดาไม่มีอาการคัดตึงเต้านม น้ำนมเริ่มไหลตามปกติ | กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล:<br>1.อธิบายถึงสาเหตุเต้านมคัดตึงหลังคลอด<br>2.ส่งมารดาแก้ไขหัวนมบุ๋มที่คลินิกนมแม่<br>3. ช่วยนวดเต้านม สอนการวิธีการนวดด้วยมือ ประคบด้วยความร้อน และความเย็น สลับกัน ดูแลให้ใส่เสื้อชั้นในที่เหมาะสม สอนวิธีการบีบนม และเก็บน้ำนม ไป feed ทาง OG ให้ทารกตามเวลามื้อนม<br>4. ให้มารดารับประทานยา Paracetamol 500 กรัม ทุก 4 – 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวดมากขึ้น<br>การประเมินผล: มารดาสีหน้าสดชื่นขึ้น อาการคัดตึงเต้านมลดลง เต้านมนิ่มขึ้น น้ำนมเริ่มไหล สามารถบีบน้ำนมไปให้ทารกได้ ประเมินความปวด Pain score เท่ากับ 2 คะแนน |
| **มารดามีความกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของบุตร**<br>ข้อมูลสนับสนุน: มารดามีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามอาการทารก เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนด | กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล:<br>1. แสดงความเป็นมิตร ปลอบโยนมารดาให้รู้สึกอบอุ่น เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวล และความกลัว<br>สร้างความมั่นใจว่ามีผู้ดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มใจ ซักถาม และเปิดโอกาสให้มารดาได้เล่าถึงสาเหตุของความวิตกกังวล และความกลัว เพื่อให้ได้ระบายความรู้สึก |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนทางการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| เป็นทารกแฝด แฝดพี่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ และต้องถูกแยกจากมารดาไปดูแลที่หอผู้ป่วยกุมารเวช<br>วัตถุประสงค์การพยาบาล: ลดความกลัวและความวิตกกังวลของมารดา<br>เกณฑ์การประเมิน: มารดาคลายความกลัวและวิตกกังวล เข้าใจความเจ็บป่วยของทารกที่คลอดก่อนกำหนด และมีน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งจะพบอาการผิดปกติได้ใน 1-3 วันหลังคลอด | 2. ร่วมแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และความกลัว โดยการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของทารกอธิบายให้ทราบอาการของบุตรในแต่ละวัน และแนวทางการรักษาของแพทย์<br>การประเมินผล: มารดามีรอยยิ้มเวลาพูดคุยด้วยบอกว่ารู้สึกดีขึ้น เมื่อเห็นรูปบุตรจากเจ้าหน้าที่ให้ดู<br>มารดาสีหน้าสดชื่นขึ้น และความวิตกกังวลลดลง |
| **ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และทักษะในการเลี้ยงดูบุตร**<br>ข้อมูลสนับสนุน: มารดาครรภ์แรก และคลอดทารกแฝด<br>วัตถุประสงค์การพยาบาล: มารดาสามารถดูแลตนเองหลังคลอดได้ถูกต้อง<br>เกณฑ์การประเมิน: มารดาปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด มาตรวจตามนัดปกติ | กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล:<br>1. แนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกาย การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน และการเริ่มทำงาน หลัง 6 สัปดาห์จึงจะทำงานได้ตามปกติ<br>2. การดูแลเต้านม การบีบเก็บน้ำนม และการให้นมทารก ทาง OG Feed ตามแผนการรักษาในวันแรก<br>3. การมีประจำเดือนจะมีในสัปดาห์ที่ 7-9 หลังคลอด และจะมาช้ากว่าปกติในรายที่เลี้ยงลูกด้วยนมมารดา เนื่องจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ฮอร์โมนเพศจะมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งบางคนอาจไม่มีประจำเดือนได้ในช่วงที่ให้นมบุตร<br>4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การดูแลแผลผ่าตัดคลอด ให้ข้อมูลการนัดมาดูแผล และตัดไหม การสังเกตอาการผิดปกติของแผล ที่ควรรีบมาพบแพทย์ และงดทำงานหนัก 12 สัปดาห์ แต่สามารถทำงานบ้านได้ตามปกติ<br>5. การบริหารร่างกายหลังคลอด ที่เหมาะสม เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง การตรวจร่างกายหลังคลอด 6 สัปดาห์ สังเกตอาการผิดปกติที่ควรไปตรวจก่อนนัด<br>6. การเลือกรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม<br>7. การสังเกตอาการผิดปกติของทารก การนำทารกไปตรวจสุขภาพ และการรับวัคซีนตามนัดทุกครั้ง<br>การประเมินผล: มารดาตอบคำถาม และสามารถอธิบายการดูแลตนเองได้ถูกต้อง |

## อภิปรายผล

จากการศึกษามารดาหลังคลอดรายนี้พบว่าภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์คือ เป็นครรภ์แฝด[2] อายุครรภ์ $37^{+3}$ wk. มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง เจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ไม่คลอด และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ HELLP syndrome แพทย์จึงพิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และทารกแฝดพี่มีปัญหาเรื่องการหายใจไม่สม่ำเสมอ ย้ายไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยเด็กป่วย On HHHFNC ซึ่งหากพยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังคลอดไม่มีทักษะความชำนาญในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดอาจทำให้ประเมินอาการได้ไม่รวดเร็ว ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายคุกคามต่อชีวิตมารดา และทารกได้[4,5,6] การทำงานเป็นทีมของแพทย์พยาบาลเจ้าหน้าที่ ระดับต่างๆ ให้การดูแลรักษาผู้คลอดอย่างรวดเร็วใกล้ชิด และมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงตัวผู้คลอด และญาติ ได้ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและดูแลตัวเองเป็นอย่างดี จึงทำให้ผ่านภาวะวิกฤติหลังคลอดมาได้อย่างปลอดภัย[8,9,10,11]

## ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ต้องใช้ความรู้ความสามารถ และทักษะความชำนาญ ด้วยการประเมินที่รวดเร็ว จะนำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลที่ครบถ้วน มีการประเมินซ้ำ จะทำให้สามารถควบคุมสถานการณ์ ไม่ให้มารดาเกิดอันตรายจากภาวะชัก

มดลูกหดรัดตัวดี ไม่มีภาวะช็อก จึงทำให้ผ่านภาวะวิกฤติได้อย่างปลอดภัยทั้งมารดา และทารก

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทีมอยู่เสมอ รวมทั้งพัฒนาความรู้ความสามารถอยู่ตลอดเวลา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานที่รวดเร็ว จะสามารถจะช่วยเหลือมารดาหลังคลอดและบุตรได้ทันท่วงที

## เอกสารอ้างอิง

1. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ และธีระ ทองสง. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: บริษัทลักษมีรุ่ง จำกัด: 2555; 309-320.
2. สมชาย ธนวัฒน์นำเจริญ. การตั้งครรภ์แฝด ใน: เยื้อน ตันนิรันดร, วรพงศ์ ภู่พงศ์, เอกชัย โควาวิสารัช, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด; 2555. หน้า 75-87.
3. Pillitteri A, Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family (7thed.): China: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
4. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.พิมพ์ครั้งที่ 12. นนทบุรี: 2555.
5. นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง. การพยาบาล และการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: บริษัทสมาร์ทโคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จ้ากัด; 2561.
6. รังสรรค์ เดชนันทพิพัฒน์ และสุชยา ลือวรรณ. ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in pregnancy). คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563.
7. ปัญญา สนั่นพานิชกุล. ความเข้าใจและแนวคิดเกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษในปัจจุบัน. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า; 2558
8. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 22. กรุงเทพ: พิมพ์อักษร; 2562.
9. สายลม เกิดประเสริฐ. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์. ใน: เพิ่มศักดิ์ สุเมฆศรี, นาเรศ วงศ์ไพฑูรย์, พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา, และณัฐฐิณี ศรีสันติโรจน์, บรรณาธิการ, ก้าวหน้าไปด้วยกันเพื่อการบริบาลปริกำเนิด 4.0. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น; 2560. หน้า 129-134.
10. ภัทรวรรณ หลิ่มศิริ. โรคพิษแห่งครรภ์ระยะชัก. ใน: วิทยา ถิฐาพันธ์, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, และกนกวรุณ วัฒนนิรันตร์, บรรณาธิการ, ภาวะวิกฤติทางสูติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. (ฉบับแก้ไขปรับปรุง). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2562. หน้า 161-171.
11. ดวงกมล ปิ่นเฉลียว. การพยาบาลมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: เอส.พี.เอส.พริ้นติ้ง; 2552.

# การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

# Perception of health and behaviors to prevent high blood pressure. of health check service recipients Health Center 10, Ubon Ratchathani.

(Received: January 22,2024 ; Revised: February 13,2024 ; Accepted: February 17,2024)

**ปิยะรัตน์ จันทร์ส่อง**[1]
**Piyarat Chansong**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ โดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 90 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเก็บแบบสอบถามกับผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ ระหว่างเดือน 15 ธันวาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson) ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.8 และ ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.7 รับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ มีเพียงร้อยละ 15.6 เท่านั้น เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.4 และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 42.2 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.144, p-value = 0.175)

**คำสำคัญ:** รับรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกัน, โรคความดันโลหิตสูง

**Abstract**

This research was survey research by cross sectional study aimed to study was health perception level and the level of Hypertensive prevention behavior a between health perception and to study the relationship between health perception and hypertension preventive behaviors of health checkup recipients Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani. The sample group is those who health checkup recipients. A simple random sampling of 90 people. The research instrument was a Questionnaire during December 2020-March 2021, the data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation and inference statistics, including Pearson Correlation

The results of the study were that the sample group had a high level of health perception 47.8%, moderate level 36.7% and low level .only 15.6% When considering preventive behaviors for hypertention,54.4% had moderate behaviors and 42.2% had a bad behaviors. Knowledge of health and hypertension preventive behaviors of health checkup recipients Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani found that health perception was not related to preventive behavior of hypertension of health checkup recipients. Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani had a statistically significant (r=0.144,p-value=0.175)

**Keyword:** health perception , hypertension

[1] ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี Corresponding author

**บทนำ**

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ติดต่อชนิดเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากการคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาจสูงถึง 1,560 ล้านคนทั่วโลกในปีพ.ศ. 2568 โดยที่ 2 ใน 3 เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา ส่งผลให้มีผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล สำหรับไทยข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2555 มีรายงานผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ ในปี พ.ศ.2551 อัตราป่วยเท่ากับ 500.65 ต่อประชากรแสนคน โดยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 50-59 ปี , 40-49 ปี และ 15-39 ปี ตามลำดับ และพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยในปี พ.ศ 2555 มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 8,567 ราย ร้อยละ 1.42 ภาวะแทรกซ้อนที่พบสูงสุดคือ ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ 6,557 ราย (ร้อยละ 76.54) รองลงมาภาวะแทรกซ้อนทางไต 1,289 ราย (ร้อยละ 15.05) และภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง 721ราย (ร้อยละ 8.42)[4] รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยจากข้อมูลสถิติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2556 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูงเป็นจำนวน 5,165 คน ซึ่งสูงกว่าข้อมูลการตายปี 2555 ที่มีจำนวน 3,684 คน สถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อปี พ.ศ. 2556 พบว่า อัตราผู้ป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มจากปี พ.ศ. 2546 มีอัตราเพิ่มขึ้นกว่า 4 เท่า[3]

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2559 จำนวน 35,684 ราย พ.ศ. 2560 จำนวน 40,114 ราย พ.ศ. 2561 จำนวน 43,366 ราย ซึ่งจากข้อมูลจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตเพิ่มขึ้นทุกปี[1]

ศูนย์อนามัยที่10อุบลราชธานี กรมอนามัยได้ให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกตั้งแต่ ปี พ.ศ.2557-2559 จากการตรวจคัดกรองสุขภาพเชิงรุกมีจำนวนหน่วยงานที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุก 46 , 30 และ 36 หน่วยงาน โดยมีจำนวนผู้รับบริการ 3,884 , 2,289 และ 3,094 รายตามลำดับ ปัญหาสุขภาพที่พบ คือ ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.62,28.74,27.00 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2560-2561 มีมารับบริการทั้งหมด 4,810 คน และ 4,695 คน พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 474,497 ตามลำดับ จะเห็นว่าแนวโน้มผู้รับบริการตรวจสุขภาพมีผลการตรวจสุขภาพผิดปกติโดยเฉพาะค่าความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้นซึ่งสอดคล้องกับผลการตรวจสุขภาพประชาชนวัยทำงานของประเทศ

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี มีภารกิจหลักด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อประชาชนในเขตรับผิดชอบมีสุขภาพดี เป็นการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15 ปีขึ้นไป ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งให้เกิดความครอบคลุมการตรวจสุขภาพประชาชนในกลุ่มวัยทำงานในเขตรับผิดชอบให้มากขึ้น เพื่อให้การตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกเกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ลดอัตราความพิการ โดยเฉพาะในโรคเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยมักมีอาการป่วยแบบค่อยเป็นค่อยไป ดังนั้น การค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกจึงช่วยให้การรักษามีโอกาสหายมากขึ้น ตลอดจนได้ประเมินพฤติกรรมว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง นำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งควรทำควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนประชาชนสร้างสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง อันจะนำไปสู่การลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคต่างๆ

และเพิ่มคุณภาพชีวิต เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนและระบบสุขภาพ จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าผลการวิจัยนี้ที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการที่จะวางแผนการดูแล รวมทั้งส่งเสริมผู้รับบริการตรวจสุขภาพที่มีโรคความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1.เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

2.เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

3.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

**วิธีการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร คือ** ผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ศูนย์อนามัยที่ 10 ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 2,276 คน

**กลุ่มตัวอย่าง คือ** ผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จำนวน 90 คน ที่มารับบริการตรวจสุขภาพ ช่วงเดือน ธันวาคม 2563 ถึง เดือนมีนาคม 2564 ซึ่งคำนวณโดยใช้การหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของของ Thorndike (1978)[7]

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง N= 10 k+50

k คือ จำนวนตัวแปรต้น

ดังนั้น จะได้กลุ่มตัวอย่าง = 10 x 4+50 = 90 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล**

ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 1ชุดแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามปลายปิด จำนวน 8 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบวัดการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต(Likert scale)โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ แต่ละค่ามีความหมายดังนี้

การรับรู้ด้านสุขภาพทางบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 0 คะแนน

การรับรู้ด้านสุขภาพทางลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง 0 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน

3.การแบ่งคะแนนระดับการรับรู้ ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986:42)[6] คิดจากร้อยละของคะแนนเต็ม (คะแนนรวม) จัดคะแนนได้ภาพรวมเป็น 3 ระดับดังนี้คือ

| คะแนน | การรับรู้ด้านสุขภาพ |
|---|---|
| ร้อยละ 0-23 | ระดับต่ำ |
| ร้อยละ 24-31 | ระดับปานกลาง |
| ร้อยละ 32 ขึ้นไป | ระดับสูง |

**ส่วนที่ 3** พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10อุบลราชธานี จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ แต่ละค่ามีความหมายดังนี้

การปฏิบัติในทางบวก

ปฏิบัติเป็นประจำ 2 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน
การปฏิบัติในทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ 0 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ 2 คะแนน

นำคะแนนระดับการปฏิบัติ ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986:42)[10] คิดจากร้อยละของคะแนนเต็ม(คะแนนรวม) จัดคะแนนได้ภาพรวมเป็น 3 ระดับ ดังนี้คือ

| คะแนน | พฤติกรรม |
|---|---|
| ร้อยละ 0-29 | ระดับไม่ดี |
| ร้อยละ 30-39 | ระดับปานกลาง |
| ร้อยละ40ขึ้น | ระดับดี |

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.73 และ 0.72 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเก็บแบบสอบถามกับผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2563- 30 มีนาคม 2564

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยการแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน Pearson)

**ผลการศึกษา**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่มารับบริการตรวจสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ข้อมูลและสามารถสื่อสารได้ดี ใช้บริการช่วงเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564 จำนวน 90 คน ผลการวิจัยได้นำเสนอในตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้รับบริการตรวจสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.9,มีอายุระหว่าง 40-49 ปีร้อยละ 38.9,มีสถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 74.4, มีระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 82.2 , ประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 84.4, มีประวัติเคยเข้ารับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ83.3, ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.3 , มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 30,000บาทต่อเดือน ร้อยละ 38.9

2. การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง 2 อันดับแรก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน เรื่อง ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆอาจทำให้เกิดหลอดเลือดสมอง ตีบ อุดตัน หรือแตกได้ ร้อยละ 85.4 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตรายต่อสุขภาพ ร้อยละ 82.0

ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ผิด (ต่ำ) 2 อันดับแรก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน เรื่อง การหยุดรับประทานยาเองหรือไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ง่าย ร้อยละ 76.4 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ส่งผล กระทบใดๆต่อสุขภาพ ร้อยละ 66.7 และการตรวจร่างกายประจำปีไม่มีความจำเป็นถ้าไม่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ร้อยละ 66.7 เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงและปานกลาง ร้อยละ 47.8 และ ร้อยละ 36.7 ตามลำดับ

**3. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ** ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ มีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้อง 2 อันดับ

แรก คือ พักผ่อน นอนหลับอย่างน้อย วันละ 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 54.4 รองลงมาคือ หยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อมีอาการดังนี้ คือ มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออกมากผิดปกติ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ตาพร่า หิว เจ็บแน่นหน้าอก ร้อยละ 52.2ผู้รับบริการตรวจสุขภาพมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง (ทางลบ)2 อันดับแรก ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ทุกวัน ร้อยละ 42.2 รองลงมาคือ ไม่จำกัดเกลือในอาหารไม่เกินวันละ2ช้อนชา ร้อยละ 31.1

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ พบว่า มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง และระดับไม่ดี ร้อยละ 54.4 และร้อยละ 42.2 ตามลำดับ

**4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ($r = 0.144$, p-value = 0.175) ดังตาราง 1

**ตารางที่ 1** สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ($n = 90$)

| ตัวแปร | r | p-value |
|---|---|---|
| การรับรู้ด้านสุขภาพ | .144 | .175 |

**สรุปและอภิปรายผล**

1.การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.8 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพ ที่ถูกต้อง มากที่สุด เรื่อง ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆอาจทำให้เกิดหลอดเลือดสมอง ตีบ อุดตัน หรือแตกได้ ร้อยละ 85.4 และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง มากที่สุด เรื่อง การหยุดรับประทานยาเองหรือไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ง่าย ร้อยละ 76.4 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งอธิบายได้ว่าสติปัญญาและความสามารถส่วนตัว (Intelligence and capacity) คนที่ฉลาดหรือมีการศึกษาสูงย่อมเข้าใจสิ่งต่างๆได้ง่ายกว่าผู้มีการศึกษาน้อย การได้รับการศึกษาสูงทำให้มีโอกาสเรียนรู้ตลอดจนแสวงหาข้อมูลและการใช้แหล่งบริการให้เกิดประโยชน์มากขึ้น การรู้จักใช้ไหวพริบในการปรับตัวหรือการแสดงออก เพื่อทำความรู้จักบุคคลอื่นได้ง่าย อีกทั้งยังใช้ ความฉลาดในการพิจารณา และวิเคราะห์บุคคลได้ดีกว่า นอกจากนั้นยังสามารถดึงประสบการณ์ การเรียนรู้ในอดีตมาช่วยในการตีความสิ่งที่สัมผัสได้ดีกว่าคนโง่ ดังนั้น คนฉลาดจึงมีโอกาสรับรู้ บุคคลได้แม่นยำชัดเจนกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของหนึ่งนุช บุญเรืองและสายสุนีย์ สีก๊ะ (2556:บทคัดย่อ) [2] ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสองแควจังหวัดน่าน พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับดี ( $\mu = 3.21$ ,$\sigma = .40$ )

2.พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.4 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้องมากที่สุด คือ พักผ่อน นอนหลับอย่างน้อย วันละ 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 54.4 ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) เป็นพฤติกรรมที่คนปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในที่นี้คำว่าสุขภาพรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งตัวอย่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ พฤติกรรมการผ่อนคลาย หรือ พฤติกรรมการพักผ่อน เป็นต้น ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ด้านพักผ่อน นอนหลับ ถูกต้องแต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ หนึ่งนุช บุญเรืองและสายสุนีย์ สีก๊ะ (2556:บทคัดย่อ)[2] ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสองแคว จังหวัดน่านพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับดี ( $\mu$ = 2.80 , $\sigma$ = .26 )

3.ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.144, p-value = 0.175) ทั้งนี้อาจไม่ได้ศึกษาปัจจัยรายด้านหรือตัวแปรอื่นที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ ซึ่งไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ และจากการศึกษางานวิจัยและกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในระหว่างปี ค.ศ.1974-1984 พบว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีที่สุด (Janz,N.K.&Becker,M.H.,1984) ซึ่งอธิบายได้ว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเป็นการรับรู้ของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับปัจจัย เช่น กิจกรรมหรือเหตุการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันที่จะขัดขวางการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ทำให้เกิดผลกระทบต่อการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงหรือผู้ที่เสี่ยงต่อการมีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนถูกต้องจะให้ความร่วมมือในการรักษาดีโดยจัดการกับอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทอง ในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี (อุมาพร ปุญญูโส พรรณ , ผดุงศิลป์ เพิงมาก และ จุฑามาศ ทองตำลึง ,2554:54)[5] การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านการควบคุมน้ำหนักในระดับต่ำ (r=.23, p<.05)

## เอกสารอ้างอิง

1.อมรา ทองหงษ์,กมลชนก เทพสิทธา,และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์.[อินเตอร์เนต].2555. [เข้าถึงเมื่อ20ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก :http://apheit.bu.ac.th.บทความวิจัย_3_paper198.pdf

2.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.โรคความดันโลหิตสูง. [อินเตอร์เนต]. 2558.[เข้าถึงเมื่อ20ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาก :http:/thaihypertention.org.information.html

3.สาธารณสุข.กระทรวง กรมควบคุมโรค กองไม่ติดต่อ.ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ.[อินเตอร์เนต]. 2558.[เข้าถึงเมื่อ20 ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จากhttp://thaincd.com/document/file/download/leaflet/pdf

4. Benjamin,S Bloom.1986.'Learning for mastery'.Evaluation comment.Center for the study of instruction program.University og California at Los Angeles.Vol2:47-62.

5.Becker.H.M.(1974). The Health belief Model and Preventive Health Behavior.Health Education Monographs.2,4 winter:354-385.

6.Thorndike.R.M.1978.Correlational procedure for research.New York:Gardner Press.

7.สมชาย รัตนทองคำ.การวัดและประเมินผลทางการศึกษา.[อินเตอร์เนต]. 2556.[เข้าถึงเมื่อ21ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จากhttp://ams.kku.ac.th/aalearn/resource/edoc/tech/56web/13eva56.pdf

8.หนึ่งนุช บุญเรืองและสายสุนีย์ สีก๊ะ. การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ปุวยความดันโลหิตสูงชนิด ไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสองแคว จังหวัดน่าน.[อินเตอร์เนต]. 2556.[เข้าถึงเมื่อ20ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาhttps://wwwnno.moph.go.th/research/index.php/2556/item/72-2556-72.

9.อุมาพร ปุญญโสพรรณ ,ผดุงศิลป์ เพิงมาก และ จุฑามาศ ทองตำลึง. (2554). การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทอง ในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. [อินเตอร์เนต]. 2554.[เข้าถึงเมื่อ20ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้ http://thaidj.thaidj.org/index.php/PHCD/article/view/2695.

# การพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

# Development of a service management model for patients with sepsis

(Received: January 26,2024 ; Revised: February 14,2024 ; Accepted: February 17,2024)

**เกษา นาสวน[1],สมปอง ใจกล้า[1],กันตินันท์ สอดสุข[2]**
**Kesa Nasuan[1], Sompong Jaigla[1], Kuntinun Sodsuk[2]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และ ศึกษาประสิทธิผลจากการใช้รูปแบบ โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 65 คน ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้พยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบบประเมินการรับรู้ของพยาบาลต่อประโยชน์ของรูปแบบ และแบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด วิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Simple pair t-test

ผลการศึกษา พบว่า 1.รูปแบบการจัดบริการพยาบาลแบบช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย แผนผังและแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และคู่มือพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับสอนงานพยาบาลน้องเลี้ยงในการดูแลผู้ป่วยฯ มีค่า IOC เท่ากับ 0.85 และ 0.88 ตามลำดับ 2. ผลของรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่พัฒนาขึ้นพบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลมุ่งเป้าใน 1 ชั่วโมง ได้รวดเร็วขึ้น และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการรับรู้ของพยาบาลต่อประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังการทดลองใช้รูปแบบ ฯ สูงกว่าก่อนการทดลองใช้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

**คำสำคัญ :** การพัฒนารูปแบบ การจัดบริการพยาบาล ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

**Abstract**

This research aimed to develop a model for organizing nursing services for patients with sepsis and to study the effectiveness of this model. The study employed a research and development process involving a sample group consisting of 65 patients receiving services at the accident and emergency department during the study period. Tools for data collection, namely : a professional nursing knowledge test in caring for patients with sepsis, a form assessing nurses' perception of the benefits of the model, and 2.3) a form recording the outcomes of patient care. Analyze data By means of content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation and simple pair t-test.

The study results indicated that 1) the developed fast-track service model for nursing care of patients with sepsis, consisting of practical guidelines and a mentor nursing manual, effectively enhanced nursing competencies and improved the quality of patient care. Junior nurses reported increased confidence in patient assessment and screening; 2) The implementation of this model facilitated the provision of targeted nursing care to patients within one hour, representing a notable enhancement in the speed of care delivery. Moreover, a comparison of average scores for knowledge and perception among nurses regarding the benefits of patient care for sepsis post-experiment showed a significant increase over pre-experiment scores at the .05 level.

**Keywords:** Model development, Nursing service organization, Patients with sepsis

[1] Professional Nurse Specialist, Nakhon Pathom Hospital, Nakhon Pathom Province.

[2] Advanced Practice Professional Nurse, Nakhon Pathom Hospital, Nakhon Pathom Province.

**บทนำ**

การดูแลผู้ป่วยแบบฉุกเฉินหรือ Fast track เป็นการจัดบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน/ความพิการ[1] ซึ่งภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตจัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์เช่นกัน เนื่องจากภาวะดังกล่าวคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต 1 ใน 5 ของโลก[2] ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิต (mortality) เกิดกลุ่มอาการ post sepsis syndrome อวัยวะต่าง ๆ รวมถึงสมองมีความบกพร่องในการทำงาน (cognitive impairment) ต้องได้รับการฟื้นฟูเป็นเวลานาน และนำมาซึ่งการสูญเสียค่าใช้จ่าย (cost) เพิ่มมากขึ้น จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (length of stay) โดยพบว่านานกว่ากลุ่มโรคอื่นร้อยละ 75 และการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (readmissions) เพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 26-48[2] ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการวินิจฉัยทำได้ยากเพราะ ผู้ป่วยมักมีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อที่แตกต่างกัน บางรายมีอาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ส่งผลทำให้การเข้ารับการรักษาล่าช้า[3] จากสถิติรายงานตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ยังสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ โดยปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต คือ การได้รับการวินิจฉัยล่าช้า การได้รับการรักษานอกหอผู้ป่วยวิกฤต การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้ากว่า 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย[4,5,6] ผู้ที่มีความเสี่ยงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี เนื่องจากมีระบบภูมิคุ้มกันต่ำ เด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่ ผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ที่พึ่งผ่านการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือผู้ที่พึ่งรอดชีวิตจากภาวะติดเชื้อ และผู้ที่มีโรคร่วมหลายโรค หรือมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคตับ โรคปอดเรื้อรัง มะเร็ง[7,8]

หลักการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ จำเป็นต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนตั้งแต่ในห้องฉุกเฉิน การประเมิน จำเป็นต้องได้รับ การให้ยาปฏิชีวนะ การให้สารน้ำ การแก้ไขภาวะพร่องของการไหลเวียน การควบคุมค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ความดันโลหิต และค่าความดันโลหิตเฉลี่ยให้ได้ตามเป้าหมาย พยาบาลห้องฉุกเฉินถือเป็นบุคลากรที่สำคัญกลุ่มแรกในการเข้าถึงผู้ป่วย ตั้งแต่การคัดแยกผู้ป่วย (triage) และจัดลำดับให้ผู้รับบริการ ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมกับระดับความเร่งด่วน ต้องมีความเข้าใจในการเลือกใช้เครื่องมือทำนายความรุนแรงการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของผู้ป่วยติดเชื้อ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและประเมินอาการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีด้วยกันหลายชนิด[9] ต้องเลือกใช้ให้เหมาะกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน/โรงพยาบาล จากข้อมูลล่าสุด ปี ค.ศ. 2021 สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งสหภาพยุโรป ได้มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นการรักษาแบบมุ่งเป้าภายใน 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย การส่งเลือดเพาะเชื้อ 2 ขวด จากเส้นเลือด 2 ตำแหน่ง การส่งตรวจและประเมินค่า Blood lactate การให้ยาปฏิชีวนะออกฤทธิ์อย่างกว้างทางหลอดเลือดดำ ภายใน 1 ชั่วโมง กรณีไม่มีข้อห้าม เปิดเส้นให้สารน้ำชนิด crystalloid อย่างน้อย 1.5 ลิตร (30 cc/kg.) ภายใน 1 ชั่วโมง หากพบว่ามีภาวะความดันโลหิตต่ำ / Blood lactate ≤ 2 mmol/L การใส่สายสวนปัสสาวะและบันทึกปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมงหลังให้สารน้ำแล้ว MAP < 65 mmHg. แนะนำให้ใช้ยานอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) เป็นชนิดแรก เป้าหมายการรักษาคือ MAP ≥ 65 mmHg. ,Lactate level < 2 mmol/L และ Urine output > 0.5 cc/kg./hr.[2,10] นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยทำให้การดูแลเกิดผลในทางปฏิบัติ คือการจัดระบบบริการแบบช่องทางด่วน ด้วยการมีเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยที่ชัดเจน แนวทางการดูแลเฉพาะของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การส่งต่อและการเคลื่อนย้ายเข้ารักษาต่อเนื่องที่รวดเร็วปลอดภัย และพบมีรายงานการศึกษาที่พบว่า sepsis fast track ทำให้สามารถวินิจฉัยผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแรกรับได้เพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในด้านต่างๆได้รวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมงได้ เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการตายลดลง[11,12,13] ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า sepsis fast track ควรนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ในทางปฏิบัติเมื่อทบทวนสถิติข้อมูลโรงพยาบาลนครปฐม ปี พ.ศ. 2563-2565 พบมีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมารับบริการจำนวน 2,551, 1,926 และ 2,136 ราย เสียชีวิตจำนวน 882, 815 และ 854 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.57,42.32. และ 39.98 ตามลำดับ[14] ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัญหาที่พบเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยมีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง และเมื่อทบทวนระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการวิเคราะห์ระดับความสามารถของพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 43 คน ตามระดับความสามารถ โดยใช้ Benner's Model[15] พบว่ามีพยาบาลระดับระดับผู้เริ่มต้น (Novice) และระดับผู้เรียนรู้ (Advanced Beginner) รวมจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 53.48 ของพยาบาลที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งหมด และร้อยละ 62.8 ของพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งหมด ไม่เคยอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และข้อมูลจากการนิเทศทางการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบ Walk in ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จะได้รับการคัดกรองทั่วไปโดยใช้เกณฑ์การคัดแยกของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED Triage) ไม่มีการคัดกรองที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยเฉพาะตั้งแต่เบื้องต้น ส่งผลให้การวินิจฉัยล่าช้า นอกจากนี้ทีมผู้ดูแลที่ขาดประสบการณ์ก็จำเป็นต้องใช้เวลารอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการให้แน่ใจก่อน ดังนั้นเมื่อการคัดกรองภาวะติดเชื้อบกพร่องก็ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้าตามมา ซึ่งส่งผลเสียต่อตัวผู้ป่วย ตามที่กล่าวมาข้างต้น นอกจากนี้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระเลือด ที่ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสาขาอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม (Patient care team : PCT) ได้มีการจัดทำเมื่อปี 2561 ซึ่งยังไม่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันตามองค์ความรู้ใหม่ ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าสภาพปัญหาที่พบโดยรวมแสดงให้เห็นถึงช่องว่างของการจัดระบบบริการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดบางส่วนได้รับการบริการแบบปกติเหมือนกับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง หรือบางรายได้รับการบริการพยาบาลแบบเร่งด่วนแต่ไม่สม่ำเสมอพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการจัดระบบบริการดังกล่าวสามารถเห็นได้จากสถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามข้อมูลข้างต้น จึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องปรับปรุงการจัดบริการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลนครปฐม ทำหน้าที่ควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาล กำกับ ดูแล แนะนำ ตรวจสอบและประเมินผลการจัดระบบบริการพยาบาล รวมถึงการประสานกับสหสาขา เพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ จึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยหลักการจัดบริการแบบช่องทางด่วน (Sepsis Fast Track) ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้วยความรวดเร็ว พัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้สามารถค้นหา ดักจับ คัดกรอง ประเมินอาการ และให้การดูแลรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ที่ถูกต้องรวดเร็วและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการใช้ระบบพี่เลี้ยงในการพัฒนาสมรรถนะ (Competency) การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนครปฐม

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนครปฐม โดย 2.1) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อประโยชน์ที่ได้รับในระยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ 2.2) ศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระหว่างรับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หลังการใช้รูปแบบฯ

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดต้นแบบ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: ศึกษาสภาพแวดล้อม วิเคราะห์สภาพปัญหาและประเมินความต้องการจำเป็น โดย

1.1 ทบทวนรายงานสถิติการมารับบริการ อัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการ โรงพยาบาลนครปฐม 2563 - 2565[14] ร่วมกับการใช้แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (google form) สอบถามปัญหา อุปสรรค ที่พบในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จากกลุ่มสหสาขาผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รวมจำนวน 537 คน

1.2 ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระหว่าง ตุลาคม-กันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 331 แฟ้ม จากผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มารับบริการในช่วงนั้นทั้งหมด 2,136 ราย โดยทบทวนตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน HA รวบรวมข้อมูลจากการบันทึกเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว อาการ ปัญหา สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ตำแหน่งที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะเข้ารับการรักษา และอัตราการเสียชีวิต โดยใช้แบบบันทึกการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

1.3 สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็น ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 10 คน และพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 คน และสรุปผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาในภาพรวม

ขั้นตอนที่ 2: การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2.1 เป้าหมายของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
คือ เนื้อหากิจกรรมตามรูปแบบฯ ต้องสามารถช่วยให้พยาบาลจัดบริการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ รวดเร็วและปลอดภัย

2.2 วัตถุประสงค์ของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คือ เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของรูปแบบฯ และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ขั้นตอนที่ 3: การสังเคราะห์องค์ความรู้ ออกแบบรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เบื้องต้น ทดลองนำร่องและประเมินผล

3.1 ทบทวนเอกสาร ตำราทางวิชาการ รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้แนวคิดของพิโค (PICO framework) และดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ด้วยการประยุกต์แนวคิด 4 แนวคิด ดังที่แสดงไว้ในกรอบแนวคิด โดยเน้นการจัดบริการแบบช่องทาง

ด่วน ทั้งนี้ขอบเขตเนื้อหากิจกรรมตามรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย แผนผังการจัดบริการแบบช่องทางด่วนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis Fast track) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้วยความรวดเร็ว คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดขณะเข้ารับการรักษางานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม (Clinical Practice guideline : CNPG) คู่มือสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยงในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามระบบ Sepsis fast track

3.2 ทดลองนำร่อง และประเมินผลเบื้องต้น ผู้วิจัยนำรูปแบบฯ (ฉบับร่าง) ไปทดสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรม แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่มีความเข้าใจอย่างดีด้านเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างหัวข้อความรู้ในรูปแบบฯและวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม (IOC: Item Objective Congruence) ครั้งที่ 1 หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงเนื้อหารูปแบบฯ

ต่อมานำรูปแบบฯ ฉบับที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปให้พยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการ ณ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของรูปแบบและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ทำการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฯอีกครั้ง โดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิและประเมินค่า IOC ครั้งที่ 2

ระยะที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบฯ ต้นแบบและทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 4 : ปรับปรุงการออกแบบ ทดลองซ้ำและประเมินผล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (ฉบับปรับปรุง) และจัดทำเป็นเอกสารเพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการพยาบาล ฯ และดำเนินการทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบ การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ
ติดเชื้อในกระเลือด ดำเนินการทดลองแบบ one group pre-test post-test design

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานน้อยกว่า 5 ปี (พยาบาลน้องเลี้ยง) จำนวน 23 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานมากกว่า 5 ปี (พยาบาลพี่เลี้ยง) จำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับการรักษาโดยเดินทางมาเอง (walk in ) ณ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม ในช่วงที่ทำการศึกษา จำนวน 65 คน ระหว่างเดือนกันยายน – ตุลาคม พ.ศ. 2566

เกณฑ์การคัดเข้า **(Inclusion criteria)** 1) เพศชายหรือเพศหญิง 2) อายุ 15 ปีขึ้นไป 3) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รหัส ICD-10 code 3 รหัส คือ A 40.0-41.9 Sepsis, R 65.1 severe Sepsis และR 57.2 Septic Shock 4) เข้ารับการรักษาที่งานฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โดยเดินทางมาเอง (walk in) และแพทย์ให้เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยในหรือห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครปฐมในช่วงระหว่างเดือนกันยายน – ตุลาคม พ.ศ. 2566 5) ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก **(Exclusion criteria)** 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ญาติตัดสินใจการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) 2) อาสาสมัครขอถอนตัว

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเดินทางมาเอง **(**walk in) ระหว่างเดือนกันยายน – ตุลาคม พ.ศ.2566 จำนวน 65 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองรูปแบบ คือ รูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย แผนผังระบบ sepsis fast track คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฯ พัฒนามาจากแนวคิดของ สมาคมเวชบำบัดวิกฤตของประเทศไทย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ฯ คู่มือพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับสอนงานพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฯ ดัดแปลงมาจาก นันทวัน ดาวอุดม และคณะ[19] ร่วมกับการทบทวนเอกสาร ตำราทางวิชาการ หลักฐานเชิงประจักษ์ และข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาในขั้นตอนที่ 1 รูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผ่านการตรวจสอบค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ มีค่า IOC เท่ากับ 0.85 และ 0.88 ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

2.1 แบบเก็บข้อมูลผลการใช้รูปแบบ ฯ ของพยาบาลวิชาชีพ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2) แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยฯ แบบปรนัย จำนวน 15 ข้อ ชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ส่วนที่ 3) แบบประเมินการรับรู้ของพยาบาลต่อประโยชน์ของรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดหลักเกี่ยวกับคุณลักษณะของนวัตกรรมที่มีผลต่ออัตราการรับนวัตกรรม[20] มาจัดทำข้อคำถามในการประเมิน ซึ่งแบบประเมินชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 27 ข้อ เป็นเครื่องมือวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 1 ถึง 5 จากคำตอบ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” 5 คะแนน หมายถึง รับรู้ว่ารูปแบบฯ มีประโยชน์มากที่สุด 1 คะแนน หมายถึง รับรู้ว่ารูปแบบฯ มีประโยชน์น้อยที่สุด การแปลผลคะแนนการรับรู้ของพยาบาลต่อประโยชน์ ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.41 -4.20 หมายถึง พึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง พึงพอใจน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

2.2 แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2) การดูแลตามมาตรฐาน Sepsis Bundle ขณะผู้ป่วยรับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 7 ข้อ เป็นการบันทึกระยะเวลาเป็นนาที ในขั้นตอนที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ประกอบด้วย 1) Triage to Dx 2) Dx. to H/C 3) Dx. to ATB 4) Dx. to serum Lactate 5) Dx. to IV Fluid 6) Dx. to Vasopressor 7) การใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินการทำงานของไต ส่วนที่ 3) การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดขณะเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เครื่องมือข้อ 2.1 ผ่านการตรวจสอบค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ มีค่า IOC เท่ากับ 0.88 และ 0.97 ตามลำดับ หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) แบบทดสอบความรู้ฯ โดย KR-20 เท่ากับ 0.96 แบบประเมินการรับรู้ฯ โดย ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s $\alpha$-Coefficient) เท่ากับ 0.72

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ด้วยการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้ของพยาบาลต่อประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามรูปแบบฯ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Simple pair t-test

4. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ขั้นตอนที่ 5: การสรุปผลและจัดทำรายงานการวิจัย ผู้วิจัยประชุมพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเพื่อสรุป

ประเมินผลลัพธ์การนำรูปแบบฯ ไปใช้ในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งด้านประสบการณ์ ผลทางคลินิกและการจัดบริการที่สังเกตพบ ปัญหา อุปสรรค /ข้อเสนอแนะ และจัดทำรายงานการวิจัยและบทสรุปสำหรับผู้บริหารเสนอต่อผู้อำนวยการให้ทราบผลลัพธ์ภาพรวมของงานวิจัย รวมถึงวางแผนการส่งเสริม/ขับเคลื่อนการดำเนินการนำรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 6 การเผยแพร่และขยายผล เผยแพร่นวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์ และ ขยายผลสู่ผู้ใช้งาน/ผู้รับบริการ

หมายเหตุ : ในการศึกษานี้ผู้วิจัยดำเนินการถึงขั้นตอนที่ 5 ส่วนการดำเนินการในขั้นตอนที่ 6 การเผยแพร่และขยายผลสู่ผู้ใช้งาน/ผู้รับบริการ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาจึงจะส่งต่อให้กับหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อไป

**การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย**

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนครปฐม รับรองเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 หมายเลข COA No. 033/2023 รหัสโครงการ 031/2023

**ผลการวิจัย**

**ผลการทดสอบรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด**

1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลพี่เลี้ยงก่อน-หลังให้ความรู้

1.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลพี่เลี้ยงก่อน-หลังให้ความรู้ และค่าเฉลี่ยการรับรู้ของพยาบาลต่อประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามรูปแบบฯ ของพยาบาลพี่เลี้ยง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลพี่เลี้ยง ในระยะหลังให้ความรู้ สูงกว่าก่อนให้ความรู้โดยพบว่า สูงขึ้นจาก 10 เป็น 13.05 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยการรับรู้ต่อประโยชน์ฯของ พยาบาลพี่เลี้ยง ก่อนใช้รูปแบบฯ อยู่ในช่วง 4.38-4.48 และ หลังใช้รูปแบบฯอยู่ในช่วง 4.55-4.69 โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ต่อประโยชน์ฯ หลังใช้รูปแบสูงขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบในทุกด้าน และในภาพรวม โดยพึงพอใจระดับมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ของพยาบาลต่อประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามรูปแบบของ พยาบาลน้องเลี้ยง พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ต่อประโยชน์ฯของพยาบาลน้องเลี้ยง หลังใช้รูปแบบฯ สูงขึ้นกว่า ก่อนใช้รูปแบบฯในทุกด้าน และในภาพรวม ก่อนใช้รูปแบบฯ อยู่ในช่วง 3.52-4.21 และ หลังใช้รูปแบบฯอยู่ในช่วง 3.72-4.28 โดยพึงพอใจระดับมาก-มากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3 ความคิดเห็นของพยาบาลพี่เลี้ยงต่อคู่มือสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับสอนงานพยาบาลน้องเลี้ยงในการดูแลผู้ป่วยฯ พบว่า พยาบาลพี่เลี้ยงรับรู้ประโยชน์ต่อคู่มือพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับสอนงานพยาบาลน้องเลี้ยงในการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 4.70 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยสูงกว่าเกณฑ์ตั้งไว้คือ 4.21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่าพยาบาลพี่เลี้ยงมีความคิดเห็นว่าคู่มือฯ มีประโยชน์อยู่ในระดับดีมากที่สุด

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

2.1 เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า พบว่า พบจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง ระหว่างรับการรักษาในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีแนวโน้มลดลง โดยพบผู้ป่วยที่เป็น sepsis เป็น severe sepsis จากจำนวน 3 ราย เป็น 1 ราย และsevere sepsis เป็น Septic shock จาก 4 ราย เป็น 2 ราย และผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลมุ่งเป้าใน 1 ชั่วโมง ตามระบบบริการช่องทางด่วน ได้รวดเร็วขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าหลังใช้รูปแบบฯ พบว่าผลลัพธ์การดูแลรักษาพยาบาลมุ่งเป้าใน 1

ชั่วโมง ตามระบบบริการช่องทางด่วนในแต่ละกิจกรรม ได้แก่ Triage to Diagnosis ในระยะเวลา < 30 นาที ทำได้ร้อยละ 29.23 ระยะเวลา > 30 นาที ทำได้ร้อยละ 70.77 การเจาะเลือดเพาะเชื้อจุลชีพก่อนให้ยาปฏิชีวนะในระยะเวลา < 60 นาที ทำได้ร้อยละ 92.31 ระยะเวลา > 60 นาที ทำได้ร้อยละ 7.69 การประเมินค่าแลคเตทในเลือดระยะเวลา < 60 นาที ทำได้ร้อยละ 70.77 ระยะเวลา > 60 นาที ทำได้ร้อยละ 29.23 การให้ได้รับสารน้ำ ระยะเวลา < 60 นาที ทำได้ร้อยละ 67.69 ระยะเวลา > 60 นาที ทำได้ร้อยละ 32.31 การให้ยาปฏิชีวนะระยะเวลา < 60 นาที ทำได้ร้อยละ 80 ระยะเวลา > 60 นาที ทำได้ร้อยละ 20 มีผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อติดตามเพื่อติดตามประเมินการทำงานของไต จำนวน 11 ราย ได้รับในระยะเวลาระยะเวลา > 60 นาที ร้อยละ 100 เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เดินทางเข้ารับการรักษาโดยเดินทางมาเอง (Walk in) ที่มารับบริการ ณ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Sepsis ความรุนแรงอยู่ในระดับ 3 (urgent) ค่า SOS Score อยู่ในระดับ 1-3 คะแนน การประเมินปริมาณปัสสาวะสามารถบันทึกจากการปัสสาวะเองแต่ละครั้งของผู้ป่วยได้ ไม่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะ Severe sepsis และ Septic shock จะได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะทันที และมีผู้ป่วยต้องได้รับยานอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) จำนวน 9 ราย ได้รับในระยะเวลาระยะเวลา > 60 นาที ร้อยละ 100

**อภิปรายผล**

ผลการศึกษาที่ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลในระยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อประโยชน์ระยะหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าในระยะก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษานี้เป็นไปในทำนองเดียวกันกับผลการศึกษาของ รุ่งทิพย์ เจริญศรี, รุ่งรัตน์ สายทอง, จรูญศรี มีหนองหว้า และ, วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ [21] ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่า พยาบาลมีความรู้หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Edwards and Jones[22] ที่พบว่า หลังเข้ารับการอบรมเรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและ SSC แล้วพยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นและรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง และนำมาซึ่งการรักษาที่รวดเร็ว (Sepsis fast track) ตามมาตรฐานการรักษามุ่งเป้าใน 1 ชั่วโมง เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ, สุนันญา พรมตวง และจันทนา แพงบุดดี[11] ซึ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยระบบช่องทางด่วนร่วมกับการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย จากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วเหมาะสม อัตราการตายลดลง นอกจากนี้ยังมีสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เชิดชัย กิตติโพวานนท์[12] ที่พบว่า การพัฒนาระบบแพทย์พี่เลี้ยง และระบบให้คำปรึกษา จัดทำแนวปฏิบัติ (CPG) ที่ใช้ร่วมกันทั้งเครือข่าย จัดทำระบบช่องทางด่วน Sepsis Fast Tract และ พัฒนาโปรแกรม SOS Score Alert ใน โปรแกรม Hos xp เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองด้วยความรวดเร็ว มีผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อังคณา เกียรติมานะโรจน์[13] ที่พบว่าการมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฯ มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยเข้าระบบบริการช่องทางด่วน ส่งผลให้ อัตราการส่งไปรักษาต่อลดลง ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน และผลการศึกษาที่พบจากการสัมภาษณ์พยาบาล หลังการใช้รูปแบบฯ การได้ใช้เครื่องมือคัดกรอง และแนวปฏิบัติการดูแลตามรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น ทำให้มั่นใจและมีข้อมูลสำคัญประกอบการตัดสินใจดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ ข้อมูลส่วนนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สาธร ธรรมเนียมอินทร์[23] ที่ดำเนินการพัฒนาและปรับปรุง CPG Sepsis/Septic shock ร่วมกับการใช้แบบคัดกรอง qSOFA แทน SIRS มีผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้

รวดเร็วขึ้น ช่วยลดอัตราการตายลง และการศึกษาของ จิราพร ศรีพิบูลย์บัติ, ธิติพร เที่ยงแป้น และวันดี แย้มจันทร์ฉาย[24] ก็พบว่า การคัดแยกผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้เครื่องมือ qSOFA และ SIRS ได้อย่างรวดเร็ว ร่วมกับการประเมิน SOS score มีผลต่อ การดักจับอาการ การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรอุมา มะกรูดทอง และจินตนา ดำเกลี้ยง[25] ที่พบว่าการประเมินคะแนน SOS Score ตำแหน่งการติดเชื้อ หรือสงสัยว่าอาจเกิดการติดเชื้อ สัญญาณชีพตามเกณฑ์ของคะแนน SOS Score ผลลัพธ์ทางคลินิกมีผลให้ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน มีคะแนนความรุนแรงของการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง และการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ผลการศึกษาที่พบ จากการสัมภาษณ์พยาบาลน้องเลี้ยงในประเด็นเกี่ยวกับ การได้รับการดูแลตามระบบพยาบาลพี่เลี้ยงทำให้เกิดความมั่นใจ สามารถประเมินคัดกรอง และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ตามแนวปฏิบัติ ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วขึ้น ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิมทอง เถาวัลดี และคณะ[26] ได้นำระบบพยาบาลพี่เลี้ยง มาใช้เมื่อมีพยาบาลใหม่เข้ามาในหน่วยงาน พบว่า พยาบาลน้องใหม่ มีความมั่นใจ ในการทำงาน และผ่านการประเมินสามารถเป็นสมาชิกทีมได้อย่างมั่นใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทวัน ดาวอุดม[19] ก็พบว่าการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง ทำให้ค่าเฉลี่ยสมรรถนะทางคลินิกของพยาบาลจบใหม่ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมถึงการศึกษาของ พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย และคณะ[27] ที่พบว่า ระบบพยาบาลพี่เลี้ยง สามารถช่วยให้พยาบาลจบใหม่สามารถเข้าใจการปฏิบัติงานได้เร็วขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงานสามารถปรึกษาพยาบาลพี่เลี้ยงได้เช่นกัน

ดังนั้นรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ประกอบด้วย ระบบบริการช่องทางด่วน ขณะเข้ารับบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางการดูแลที่ถูกต้อง และใช้ระบบพี่เลี้ยงในการพัฒนาทักษะ (Skill) สมรรถนะความสามารถ (Competency) ของพยาบาลน้องเลี้ยงในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้งานได้

**ข้อเสนอแนะ**

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1.1 จัดทำแผนผังการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยระบบช่องทางด่วน ให้สามารถมองเห็นขั้นตอนได้ชัดเจน โดยใช้สีที่แตกต่างกันตามขั้นตอน และมีขนาดพอดีใน 1 หน้ากระดาษ

1.2 จัดทำแผนผังการบริหารยา Norepinephrine ประกอบด้วย วิธีการผสมยา การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับยา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภาวะแทรกซ้อน การจัดการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ง่ายต่อการบริหารยา

1.3 การเก็บเลือดเพาะเชื้อจากหลอดเลือดดำและจากสายฟอกเลือดชนิดชั่วคราว เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างรวดเร็ว ควรมีภาพประกอบ

1.4 จัดทำเครื่องมือคัดกรอง/ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมองเห็นและใช้คัดกรอง / ประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

2.1. ควรมีการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. 2 ควรมีการศึกษาเรื่อง ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบช่องทางด่วน ต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลนครปฐม

2.3 ควรมีการทำงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรพยาบาลพี่เลี้ยงในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

## เอกสารอ้างอิง

1.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ชุดโครงการวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพ: 2552 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/commed/sites/default/files/public/pdf/hs1811.pdf

2.ปรเมษฐ์ อินทร์สุข, เชษฐาฤทธิ์ บริบูรณ์. บทบาทของพยาบาลในการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อตามแนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 ตุลาคม2566]; ปีที่49:376-389. เข้าถึงได้จาก: https://cmudc.library.cmu.ac.th/ frontend/ Info/item/dc:160866

3.สมพร รอดจินดา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลน่าน [ปริญญานิพนธ์]. นนทบุรี. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2561

4.ทิตยา วาระนัง. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงรายเวชสาร.2562;11(1)

5.Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al; Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee Including the Pediatric Subgroup. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. Crit Care Med. 2013; 41(2): 580-637

6.กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561[เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://citly.me/VpvhA

7.โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. ติดเชื้อในกระแสเลือด เกิดขึ้นจากสาเหตุใด [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/may-2021/what-causes-sepsis 17

8.ดนัย อังควัฒนวิทย์. อะไรคือ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. นิตยสารวาไรตี้เพื่อสุขภาพ. ฉบับที่ 23 มกราคม 2559[อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม2566]. เข้าถึงได้จาก:https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue023/health-station

9.ภูมินทร์ ดวงสุริยะ, กุลิสรา ขุนพินิจ. เครื่องมือทำนายความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงทางสรีระสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน. วารสารพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิถุนายน 2566]; ปีที่72:60-70. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tcithaijo.org/index.php/TJN/article/view/259629/179821

10. Evans, L., et al. (2021). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Medicine, 47(11), 1181–1247. https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y

11. ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ, สุนันญา พรมตวง และจันทนา แพงบุดดี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยระบบทางด่วน โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิถุนายน 2566]; ปีที่6:36-51. เข้าถึงได้จาก: file:///C:/Users/Jim/Downloads/apnj,+Journal+manager,+Vol.6+No.1+Jan-June+pp.36-51.pdf

12. เชิดชัย กิตติโพวานนท์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ และหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิถุนายน 2566]; ปีที่5:219-233. เข้าถึงได้จาก: https://so03.tcithaijo.org/index.php/PCFM/article/view/262476/175286

13. อังคณา เกียรติมานะโรจน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 17 มิถุนายน 2566]; ปีที่5:27-43. เข้าถึงได้จาก: file:///C:/Users/Jim/Downloads/9945-Article%20Text-14999-1-10-20210421.pdf

14. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลนครปฐม. (2565). สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลนครปฐม. นครปฐม: ฐานข้อมูลผู้ป่วย

15. Benner, P. (1984). From novice to expert : Excellence and power in clinical nursing practice.Menlo Park, California : Addison - Wesley.

16. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2) [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://164.115.27.97/digital/files/original/91db3f6bd45b4add146cf7fe6f5b638f.pdf
17. กรมการแพทย์. คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://49.231.15.21/crhfileload/upload/files/TEAF256211050831184234.pdf
18. Cohen , J.M. and Uphoff , N.T. Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. Rural Development Committee Center for International Studies , Cornell University , 1981.
19. นันทวัน ดาวอุดม, สมฤดี ธันยปาลิต, อัจฉรา สุขมาก, สายสมร เฉลยกิตติ และธมนพัชร์ สิมากร . การพัฒนารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิถุนายน 2566]; ปีที่ 17:197-206. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/73289/59006
20. วัชรพล คงเจริญ. ปัจจัยการยอมรับนวัตกรรมที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการธนาคารผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ในเขตกรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://dspace.bu.ac.th/jspui/bitstream/123456789/1720/3/watcharapol.kong.pdf
21.รุ่งทิพย์ เจริญศรี, รุ่งรัตน์ สายทอง, จรูญศรี มีหนองหว้า, วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะดิดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2566]; ปีที่ 17:197-206. เข้าถึงได้จาก: he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm /article/view/259954/181658
22.Edwards, E.. & Jones, L. (2021). Sepsis knowledge, skills and attitudes among ward-based nurses. British journal of mursing, 30(15), 920-927. https:/doi.org/ 10.12968/bjon. 2021.30.15.920
23.สาธร ธรรมเนียมอินทร์. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิถุนายน 2566]; ปีที่16:58-68. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/AJHSD/article/view/1317/800
24.จิราพร ศรีพิบูลย์บัติ, ธิติพร เที่ยงแป้น, วันดี แย้มจันทร์ฉาย. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน. วารสารแพทย์เขต 4-5 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิถุนายน 2566]; ปีที่39:638-646. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/248376/168805
25.อรอุมา มะกรูดทอง, จินตนา ดำเกลี้ยง. ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 17 มิถุนายน 2566]; ปีที่41:60-73. เข้าถึงได้จาก: file:///C:/Users/Jim/Downloads/sjn_psu,+%7B$userGroup%7D,+6-256407-Onuma-upload.pdf
26.ทิมทอง เถาวัลดี และคณะ. ระบบพี่เลี้ยงกับการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:http://203.157.186.16/kmblog/page_research_detail.php?ResID=1403
27.พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย และคณะ. การประเมินโปรแกรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยง โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2566]; ปีที่30:14-27. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/ article/view/254471/174858

# ผลของโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

# The effect of early childhood training and enchancing program through family and community papticipation, Renu Nakhorn District,Nakhon Phanom Province

(Received: January 3,2024 ; Revised: February 18,2024 ; Accepted: February 21,2024)

**ณัชปภา กวานเหียน**[1]
**Nachpapa Kwanhen**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ในอำเภอเรณูนคร กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 40 คน เป็น พ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีบุตรพัฒนาการสงสัยล่าช้าและพัฒนาการล่าช้า อายุตั้งแต่แรกเกิด – 5 ปี โดยใช้แบบสอบถามความรู้ ทักษะ การส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กและแบบคัดกรองพัฒนาการเด็ก DSPM เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มการทดลองตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2566 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ.2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Pair -t-test Independent t-test และ Chi square

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง ความรู้ ทักษะของ พ่อแม่ ผู้ปกครอง เกี่ยวกับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($p$ – value > 0.05 ) หลังการทดลอง พ่อแม่ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ – value < 0.05 ) และพัฒนาการเด็กปฐมวัย หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ – value < 0.05 ) อย่างไรก็ตามพบว่า พ่อแม่ ผู้ปกครองกลุ่มควบคุมมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$–value < 0.05 )

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่บ้าน , เด็กพัฒนาการล่าช้า

**ABSTRACT**

The quasi – experimental research aimed at studying the results the effect of early childhood training and enchancing program through family and community in Renunakhorn District.The experimental and comparative groups both consisted of 40 parents who had childhood with suspected developmental delays and developmental delays. Age from birth – 5 years. Using a questionnaire on knowledge, skills, promoting and stimulating child development. and the DSPM Child Development Screening Form are tools for collecting data. The experiment strated July 2023 to September 2023.Data was analyzed by application SPSS of pair t-test Independent t-test and Chi-square.

The results of the research found that before the experiment, parents' knowledge and skills regarding promotion and Stimulate development and early childhood development There was no difference between the experimental group and the control group ($p$- value > 0.05). After the experiment, parents and guardians in the experimental group had knowledge. Promotion skills and Stimulate early childhood development Higher than before the experiment with significance ($p$ - value < 0.05) and early childhood development After the experiment, the difference between the experimental group and the control group was significant ($p$ - value < 0.05). However, it was found that the parents and guardians of the control group had knowledge about promotion. Child development was significantly higher than before the experiment ($p$-value < 0.05).

**Keyword:** Developmental Intervention Program at home, Children with Developmental Delay

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

**บทนำ**

เด็กปฐมวัยเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเป็นความหวังของครอบครัว และเป็นพลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ เป็นอนาคตของประเทศชาติเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญที่สุด[1]เป็นวัยเริ่มต้นของชีวิต เป็นช่วงวัยที่พัฒนาการด้านต่างๆ เป็นไปอย่างรวดเร็วและเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิตสำหรับพัฒนาการในช่วงวัยต่อๆไป เด็กวัยนี้จึงเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของประเทศ[6] มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการทางสมองสูงสุดกว่าร้อยละ80ของชีวิตมนุษย์มีพัฒนาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา ภาษา จริยธรรม ความคิดสร้างสรรค์ และทักษะทางสังคม ทักษะต่างๆที่เด็กที่ได้รับในช่วงแรกของชีวิตจะช่วยสนับสนุน การเรียนรู้และทักษะด้านต่างๆ ถือเป็นโอกาสทองในการพัฒนามนุษย์ หากเด็กปฐมวัยทีมีปัญหาด้านพัฒนาการสงสัยล่าช้าหรือล่าช้า ถูกละเลย และไม่ได้รับการพัฒนาที่เหมาะสมโอกาสทองนั้นก็จะไม่หวนกลับมาอีก ดังนั้นช่วงปฐมวัยคือหน้าต่างแห่งโอกาสผ่านแล้วผ่านเลย[14] จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาควรได้รับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการและช่วยเหลืออย่างเหมาะสมให้เร็วที่สุด จึงจะมีโอกาสแก้ไข บำบัด ฟื้นฟูและส่งเสริมให้มีพัฒนาการที่ก้าวหน้าขึ้นในช่วงเวลาที่สมองยังมีความยืดหยุ่นฟื้นตัวได้ดี สามารถปรับตัวและช่วยเหลือตนเองได้เมื่อเติบโตขึ้น[2]

จากการศึกษาข้อมูลในพื้นที่จังหวัดนครพนม ได้ดำเนินการส่งเสริมและตรวจประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก 5 กลุ่มตามอายุ ผลการดำเนินงานในปี 2562 – 2566 พบว่า พัฒนาการสมวัยครั้งแรก ร้อยละ 66.05 , 63.81, 62.48, 70.66 และ 37.63 ตามลำดับ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 27.37, 29.12, 28.06, 24.00 และ 28.09 ตามลำดับ และมีพัฒนาการสมวัย 87.96 ,88.49,85.91,84.83 และ 50.02 สำหรับสถานการณ์เด็ก 0–5 ปีในพื้นที่อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม จากฐานข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2562–2566 พบว่า พัฒนาการสมวัยครั้งแรก ร้อยละ 71.30 , 61.32, 60.79, 72.21 และ 29.36 ตามลำดับพบว่าเด็ก 0 – 5 ปีมีพัฒนาการเด็กสมวัยมีแนวโน้มลดลงอย่างมาก คิดเป็นร้อยละ 96.84 , 82.66, 80.67, 87.96 และ 84.02 ตามลำดับ ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้คือเด็ก 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 31.07, 32.31, 31.33, 25.93 และ 45.25 ตามลำดับ(ฐานข้อมูล HDC สสจ.นพ.ณ วันที่ 31 มี.ค.66 ) พัฒนาการด้านที่ล่าช้ามากที่สุดคือ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญารองลงมาคือการใช้ภาษา จากการดำเนินงานที่ผ่านมามีการตรวจประเมินพัฒนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพด้วยแบบประเมิน DSPM ยังไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่องและยั่งยืนในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านเนื่องจากผู้ดูแลขาดความตระหนัก ไม่ให้ความสำคัญเร่งด่วน อีกทั้งพ่อแม่ผู้ปกครองไม่ค่อยมีเวลาเพราะต้องทำงาน และสังคมก็เปลี่ยนไป ให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีเป็นส่วนใหญ่ คนที่เลี้ยงลูกหลานข้ามรุ่น ย่อมขาดความเข้าใจในบริบทหรือการเชื่อมต่อและไม่เข้าใจการอบรมเลี้ยงดูที่เอื้อต่อพัฒนาการของสมองและพบปัญหาประสบการณ์เรียนรู้ที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่ปฐมวัยและชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

การแก้ไขปัญหาเด็กที่มีปัญหาเรื่องพัฒนาการสงสัยล่าช้าและพัฒนาการล่าช้านั้น พ่อ แม่ ผู้ปกครองต้องมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างถูกต้องเหมาะสมได้ด้วยตนเอง ซึ่งการที่จะทำให้ พ่อ แม่ ผู้ปกครองมีความรู้ละทักษะดังกล่าวนั้น ต้องมีกิจกรรมหรือโปรแกรมการอบรมแก่ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง จากการทบทนวรรณกรรม พบว่าการพัฒนาทักษะในด้านความรู้และการปฏิบัติของผู้เลี้ยงดูเด็กมีความจำเป็นอย่างยิ่งและควรส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็ง การเพิ่มทักษะพ่อแม่ในด้านการส่งเสริมพัฒนาการเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็กวัยนี้ได้เลียนแบบ เพราะเด็กวัยนี้เป็นนักเลียนแบบที่ดี เรียนรู้ผ่านการลงมือทำ ไม่ใช่การสอนที่ต้องผ่านกระบวนการคิดและการท่องจำตัวเลข[7]ทั้งนี้การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ

ครอบครัว ชุมชน ทำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กจะทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย การสร้างความเข้มแข็งของระบบการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยชุมชนหรือเพิ่มทักษะและสร้างการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กร่วมกัน ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กร่วมกันเพื่อสร้างเครือข่ายในชุมชนร่วมดูแลเด็กวางแผนร่วมกัน ชุมชนมีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก มี สนามเด็กเล่นที่ปลอดภัย จัดกิจกรรมสร้างสรรค์สำหรับเด็กและครอบครัว เช่น ศิลปะ ดนตรี กีฬา มีห้องสมุดของเล่นและหนังสือ กิจกรรมอาสา เป็นต้น จะสามารถส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีได้

ดังนั้นจากสถานการณ์ดังกล่าวในฐานะผู้วิจัยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กและคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้ตระหนักถึงความสำคัญและเล็งเห็นปัญหาดังกล่าวจึงมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าและพัฒนาการล่าช้าต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1.เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยของ พ่อ แม่ ผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมและกลุ่มที่ได้รับการอบรมปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

2.เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยของ พ่อ แม่ ผู้ปกครองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม ก่อนและหลังการทดลอง

3.เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ

4.เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental Design)ซึ่ง ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พ่อ แม่ ผู้ปกครองและเด็กอายุแรกเกิด–5 ปี 11 เดือน 29 วัน ในพื้นที่ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ เด็กปฐมวัยอายุตั้งแต่แรกเกิด–5 ปี 11 เดือน 29 วันที่ผ่านการประเมินและคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM ที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและพัฒนาการล่าช้า จำนวน 80 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบง่าย ( Simple random sampling ) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ( Random assignment ) กลุ่มละ 40 คน ( Burns & Grove ,2005)

**เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)**

1.เด็กที่มีอายุ ตั้งแต่แรกเกิด – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน เพศชายหรือเพศหญิงที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านเมื่อประเมินด้วยคู่มือ DSPM

2.พ่อ แม่ หรือ ผู้ปกครอง เต็มใจและยินดีเข้าร่วมโครงการ

**เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)**

1.ไม่อยู่ร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมจนครบทุกกิจกรรม

2.เด็กที่เป็นทารกแรกเกิดที่ขาดออกซิเจน (Birth asphyxia) และ/หรือมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (เนื่องจากเป็นเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ต้องใช้เครื่องมือ DAIM ( เล่มสีเขียว) ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ แต่การวิจัยนี้ใช้คู่มือ DSPM (เล่มสีขาว) ในการประเมิน/ส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า

3.เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการอันเนื่องมาจากปัจจัยที่ตัวเด็กเอง เช่น กลุ่มเด็กอาการออทิซึม เด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับทางสมอง เด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น กลุ่มเด็ก ดาวน์ซินโดรม เป็นต้น

4.เด็กที่ยังมีปัญหาพัฒนาการ แม้จะได้รับการกระตุ้นด้วยคู่มือ DSPM และ TEDA4I แล้วก็ตาม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

โปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

**ส่วนที่ 2** เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้และทักษะของ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง เกี่ยวกับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3)แบบคัดกรองพัฒนาการเด็กDevelopmental Surveillance and Promotion Manaul (DSPM)

**ส่วนที่ 3** เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย คู่มือหรือปฏิทิน ( ผลิตจากปฏิทินที่ใช้แล้ว) การส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนและแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง มีกิจกรรมการเรียนรู้ 4 ครั้ง จำนวน 10 กิจกรรม

**ส่วนที่ 4** เอกสารในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือ แบบประเมินพัฒนาการสำหรับเด็กปฐมวัย DSPM ของสถาบันบันพัฒนาการเด็ก กรมสุขภาพจิต คู่มือ ปฏิทิน และ E-book ส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม และแบบบันทึกการติดตามและการสังเกตการณ์

**ขั้นตอนการศึกษาวิจัย**

**การดำเนินงานเป็น 2 ระยะ ดังนี้**

**ระยะที่ 1 : ระยะเตรียมการ** 1) กำหนดพื้นที่เป้าหมายในการวิจัย 2) ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ อายุตั้งแต่แรกเกิด - 5 ปี ในเขตอำเภอเรณูนคร 3) ประชุมปรึกษาเพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

**ระยะที่ 2 : การดำเนินการ**

**กิจกรรมการเรียนรู้ครั้งที่ 1** เริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม มี 10 กิจกรรม

**กิจกรรมการเรียนรู้ครั้งที่ 2** สัปดาห์ที่ 2 การจัดการเรียนรู้เพื่อเติมเต็มเนื้อหาส่วนที่ขาด เสริมศักยภาพเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ โดยผู้วิจัย ติดตามเยี่ยมเสริมพลังที่บ้านรายกลุ่ม รายบุคคล

**กิจกรรมการเรียนรู้ครั้งที่ 3** สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 ติดตามเยี่ยมเสริมพลังโดยการโทรศัพท์ พูดคุยทาง line ติดตามความก้าวหน้าการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการผ่านคลิปวีดีโอ

**กิจกรรมการเรียนรู้ครั้งที่ 4** สัปดาห์ที่ 4 ประเมินหลังการทดลอง ( Posttest ) และติดตามประเมินพัฒนาการเด็กซ้ำ เมื่อส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการครบ 1 เดือนด้วยแบบประเมิน DSPM ทั้ง 2 กลุ่ม

**กิจกรรมการเรียนรู้ครั้งที่ 5** สัปดาห์ที่ 5 ติดตามเยี่ยมเสริมพลังโดยการโทรศัพท์ พูดคุยทาง line ติดตามความก้าวหน้าการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการผ่านคลิปวีดีโอ และติดตามเยี่ยมเสริมพลังที่บ้าน ในรายที่ยังพบพัฒนาการล่าช้า

**กิจกรรมการเรียนรู้ครั้งที่ 6** สัปดาห์ที่ 6 สรุปและอภิปรายผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม และร่วมกันเลือก พ่อ แม่ ผู้ปกครองต้นแบบ จำนวน 3 ครอบครัว พร้อมมอบรางวัลและเกียรติบัตร หลังจากนั้นร่วมกันเสวนากลุ่มเพื่อจัดตั้งกลุ่มรักลูก ในชุมชนเพื่อให้เป็นกลุ่มเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลลูกน้อยในชุมชน รวมถึงสถานที่ที่ให้เด็กได้เล่นร่วมกัน พ่อ แม่ ผู้ปกครองได้พบกัน และสร้างความยั่งยืนต่อไป

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องจากนั้นนำข้อมูลที่ตรวจสอบ

มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียดแยกตามลักษณะข้อมูลดังนี้

1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistice) การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย

2.เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ในเรื่อง ความรู้ และทักษะของพ่อแม่ผู้ปกครอง ในเรื่องการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยสถิติ pair Sample t – test

3.เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในเรื่องความรู้และทักษะของพ่อแม่ผู้ปกครอง ในเรื่องการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยสถิติ Independent t-test

4.ทดสอบความสัมพันธ์ของพัฒนาการของพัฒนาการเด็กอายุปฐมวัย ในกลุ่มทดลองและควบคุม รวมทั้งก่อนและหลังทดลอง โดยใช้การทดลอบ Chi - square test

**จริยธรรมการวิจัย**

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ HE 035/66 ลงวันที่ 10 กรกฎาคม 2566 จึงได้ดำเนินการศึกษาต่อไป

**ผลการวิจัย**

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

**1.1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่ม พ่อ แม่ ผู้ปกครอง** พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุระหว่าง 21-40 ปี มากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง( ร้อยละ 72และ 82.60โดยมีความสัมพันธ์กับเด็กเป็น แม่ มากที่สุด ร้อยละ 45 และ 52.50 รองลงมา คือ ตา ยาย ร้อยละ 35และ28.30 มีการศึกษาอยู่ในระดับ ปริญญาตรี มากที่สุด ร้อยละ 35.00 และ 25 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45 และ 50 มีรายได้ต่อเดือน คือ น้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 32.50 และ 25.00 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย มากกว่า 10,000บาท ร้อยละ 45 และ 37.50 สถานะการเงินของครอบครัว ส่วนใหญ่ พอใช้จ่ายแต่ไม่พอเหลือเก็บ ร้อยละ 65 และ 85 สถานภาพสมรสของพ่อ แม่ผู้ปกครอง อยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 72.50 และ 75.50 โรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 90และ 85 ลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 80 และ 85 พ่อแม่ เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ มีบุตร 1 คน มากที่สุด ร้อยละ 62.50 และ 57.50 บุตรส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มเป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 65.00 และ 60.00 พ่อแม่ ผู้ปกครองส่วนใหญ่เคยมีความรู้มีประสบการณ์การดูแลพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็ก ร้อยละ 57.00 และ 60.00 เคยได้รับจากข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล คลินิกเด็กดี คลินิกพัฒนาการเด็กมากที่สุด ร้อยละ 57.50และ 60.00 ได้รับความรู้จากคู่มือสมุดสุขภาพแม่และเด็ก(สมุดสีชมพู) ร้อยละ 57.50และ 60.00 และบิดามารดาหรือญาติ ร้อยละ 30.00 และ 37.50 และสื่ออินเตอร์เน็ต ร้อยละ 20.00 และ 20.00 ส่วนใหญ่ไม่เคยประเมินพัฒนาการเด็กที่อยู่ในความดูแลมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 52.50 และ 55.00 เคยประเมินพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 47.50 และ 45.00 การบันทึกผลการประเมินพัฒนาการเด็กในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหรือแบบประเมินอื่นๆส่วนใหญ่ ไม่เคยบันทึก ร้อยละ100 และร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีลักษณะข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกัน

**1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย**

**เด็กปฐมวัย** พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุ 1-3 ปี มากที่สุด ร้อยละ 75.00 และ 70.00 มีภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 75.00 และ 70.00 มีประวัติการรับวัคซีน ครบตามเกณฑ์ร้อยละ 100 ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาเคยป่วยด้วยโรค ไข้หวัดมากที่สุด ร้อยละ 75และ 70 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 และข้อมูลพัฒนาการสงสัยล่าช้าและพัฒนาการล่าช้า ด้านการใช้ภาษาล่าช้ามาก

ที่สุด ร้อยละ 87.50 และ 92.50 รองลงมาคือด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 85.00 และ 82.50 ลำดับที่ 3 คือด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาล่าช้า ร้อยละ 70.00 และ 72.50 ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ร้อยละ 20 และ 22.50 และพบในกลุ่มเด็กต่ำกว่า 1 ปี คือ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 10.00 และ 12.50 ตามลำดับ

**ตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์พัฒนาการของเด็กปฐมวัยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม และกลุ่มที่ได้รับการอบรมปกติ

1.ก่อนการทดลอง ความรู้และทักษะการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยของพ่อ แม่ ผู้ปกครอง ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการและกลุ่มที่ได้รับการอบรมปกติไม่แตกต่างกัน ( p-value > 0.05)

2.หลังการทดลอง ความรู้และทักษะการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยของพ่อ แม่ ผู้ปกครอง ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( p-value < 0.05)

3.หลังการทดลอง ความรู้และทักษะของพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กเกี่ยวกับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( p-value < 0.05)

4.ก่อนและหลังการทดลอง ความรู้และทักษะการกระตุ้นพัฒนาการเด็กของพ่อ แม่ ผู้ปกครองเด็กเกี่ยวกับการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ( p-value > 0.05)

5.ก่อนการทดลอง พัฒนาการเด็กปฐมวัย ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการและกลุ่มที่ได้รับการอบรมปกติไม่แตกต่างกัน ( p-value > 0.05)

6. หลังการทดลอง พัฒนาการเด็กปฐมวัย ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( p-value < 0.05)

7.หลังการทดลอง พัฒนาการเด็กปฐมวัย ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( p-value < 0.05)

8.ก่อนและหลังการทดลอง พัฒนาการเด็กปฐมวัย ในกลุ่มที่ได้รับการอบรมปกติไม่แตกต่างกัน ( p-value > 0.05)

**อภิปรายผล**

จากการวิจัย พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม มีผลทำให้ 1) คะแนนความรู้และทักษะการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังการทดลองของ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมปกติ 2) คะแนนความรู้และทักษะการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังการทดลองของ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง3)พัฒนาการของเด็กหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 4) พัฒนาการของเด็กที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ มีพัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อภิปรายได้ว่า ก่อนการทดลอง พ่อ แม่ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีพื้นฐานความรู้และทักษะการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยไม่แตกต่างกัน ประกอบกับ พ่อ แม่ ผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน รวมทั้งอยู่ในชุมชนและอำเภอเดียวกัน วัฒนธรรมคล้ายคลึงและเป็นแบบเดียวกัน จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่แตกต่างกัน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าหลังการทดลองคะแนนความรู้และทักษะของพ่อ แม่ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นผลเนื่องจากคณะผู้วิจัยมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้ พ่อ แม่ ผู้ปกครองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมความรู้และฝึกทักษะ จำนวน 6 ครั้งและในแต่ละกิจกรรมการเรียนรู้ พ่อ แม่ ผู้ปกครองได้ลงมือปฏิบัติ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้หลัก ฟอร์

ไทม์ แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้าน เช่น กิจกรรมการเล่นกับลูก การฝึกทักษะในชีวิตประจำวัน การฝึกร่างกาย การเล่นกับเพื่อน และการเป็นแบบอย่างที่ดีของคุณพ่อ คุณแม่ ซึ่งแนวคิดนี้ทำให้ทุกคนในครอบครัว ในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทำให้เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า พัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการทุกๆวันผ่านกิจวัตรประจำวัน สามารถทำให้พัฒนาการดีขึ้นและกลับมาเป็นปกติอย่างรวดเร็ว รวมทั้งได้ทราบถึงการเล่นอย่างไรช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็ก[4]การให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญในการติดตาม ส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการของเด็ก และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน ที่ประยุกต์มาจากหลักการ DIR/Floortime Model ของ Dr.Sta greenspan ซึ่งมีการศึกษาโดยแพทย์หญิงแก้วตา นพมณีจำรัสเลิศและคณะ[3]พบว่าทำให้เด็กที่มีปัญหาทางด้านพัฒนาการมีผลพัฒนาการที่ดีขึ้น หลักการของ Floortime คือใช้ช่วงเวลาพิเศษที่สมาชิกในครอบครัวมีร่วมกันมาส่งเสริมพัฒนาการเด็กในบรรยากาศที่อบอุ่นเป็นสุข สนุกสนานและรู้สึกปลอดภัย พ่อ แม่ ผู้ปกครองใช้เวลากับเด็ก เช่น การเล่นในกิจวัตรประจำวัน การพูดคุยผ่านการทำกิจกรรมต่างๆ การเล่านิทาน การพูดคุยสนทนา โดยมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ ซึ่งกิจกรรมที่ส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่บ้าน มี 4 แนวทาง ได้แก่ 1) การเล่นกับลูกการแบ่งเวลาของ พ่อ แม่ ผู้ปกครองลงมาเล่นกับลูกเป็นวิธีการที่ง่ายๆคือเล่นอะไรก็ได้ที่ลูกสนุก ลูกชอบเล่น เล่นแล้วลูกหัวเราะมีความสุขกับการได้เล่นแล้วอยากเล่นต่ออีก )การฝึกทักษะในชีวิตประจำวัน การใช้กิจกรรมที่ต้องทำในชีวิตประจำวันเป็นโอกาสในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการทุกด้านของลูก เช่น เวลาทานอาหารร่วมกัน การแปรงฟัน การใส่เสื้อผ้า การช่วยทำงานบ้านง่ายๆ การใส่รองเท้า 3)การฝึกร่างกาย การใช้ร่างกายออกกำลังกายเคลื่อนไหว เล่นกางแจ้ง เล่นสนามเด็กเล่น เล่นบทบาทสมมุติกับบุคคลในบ้าน หรือฝึกทักษะด้านการออกกำลังกาย 4) การเล่นกับเพื่อน เป็นทักษะชีวิตที่สำคัญสามารถเริ่มต้นฝึกทักษะทางสังคม อารมณ์ผ่านการเล่นกับเพื่อนได้ตั้งแต่เล็กๆ และ การชมวีดีโอการเล่านิทานสไตล์ อาจารย์ตุ๊บปอง ทำให้พ่อ แม่ผู้ปกครองทุกคนได้ลงมือทำ เรียนรู้ผ่านการเล่นเหมือนวัยเด็ก แล้วมาสรุปกุญแจสู่ความสำเร็จ และข้อควรคำนึงในการฝึกทักษะเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และสรุปกิจกรรมที่ 10 โดยการ ถาม-ตอบ สรุปทบทวนการเรียนรู้ ในสัปดาห์ที่ 2 มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้วิธีสื่อสารทางโทรศัพท์ กลุ่ม line เป็นวิธีการเชิงรุกที่สะดวก รวดเร็ว ประหยัดเวลา ประหยัดค่าใช้จ่าย เป็นการแสดงออกถึงความใส่ใจในการโทรหาและทักหาเนื่องจากไม่ต้องมีการและสะดวกใจกว่าเมื่อเทียบกับการไปเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัย ติดตามเยี่ยมเสริมพลังโดยการโทรศัพท์ พูดคุยทาง line ติดตามความก้าวหน้าการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการผ่านคลิปวีดีโอ สัปดาห์ที่ 4 ประเมินหลังการทดลอง( Posttest ) ด้วยแบบประเมินฉบับเดียวกันกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และประเมินทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และติดตามประเมินพัฒนาการเด็กซ้ำ เมื่อส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการครบ 1 เดือนด้วยแบบประเมิน DSPM ทั้ง 2 กลุ่ม ในสัปดาห์ที่ 5 การจัดการเรียนรู้เพื่อเติม ในรายที่ยังพบพัฒนาการล่าช้า เสริมศักยภาพเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ ผู้วิจัย ติดตามเยี่ยมเสริมพลังโดยการโทรศัพท์ พูดคุยทาง line ติดตามความก้าวหน้าการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการผ่านคลิปวีดีโอ และติดตามเยี่ยมเสริมพลังที่บ้าน การติดตามหลังกิจกรรมเป็นสิ่งที่ดีมากๆเนื่องจากถ้าเจ้าหน้าที่สาธารสุขมีการติดตามส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องที่บ้านจะทำให้เกิดความต่อเนื่องมากขึ้นเนื่องจากบางทักษะพ่อ แม่ ผู้ปกครองนำไปปฏิบัติเองที่บ้านก็พบอุปสรรค เช่น เด็กไม่ให้ความร่วมมือ เด็กยังไม่สามารถปฏิบัติได้ในทันที เช่น มีการโทรศัพท์เยี่ยมบ้าน หรือการสร้างห้องแชทกลุ่มไลน์เพื่อให้ พ่อ แม่ ผู้ปกครองสามารถติดต่อได้โดยตรง และสัปดาห์ที่ 6 อภิปรายผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม และร่วมกันเลือก พ่อ แม่ ผู้ปกครองต้นแบบ จำนวน 3 ครอบครัว พร้อมมอบรางวัลและ

เกียรติบัตร หลังจากนั้นร่วมกันเสวนากลุ่มเพื่อจัดตั้งกลุ่มรักลูก ในชุมชนเพื่อให้เป็นกลุ่มเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลลูกน้อยในชุมชน รวมถึงสถานที่ที่ให้เด็กได้เล่นร่วมกัน พ่อ แม่ ผู้ปกครองได้พบกันและสร้างความยั่งยืนต่อไป

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย เป็นการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ เป็นการทำงานเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยในอำเภอเรณูนคร ซึ่งโปรแกรมนี้ต้องอาศัยความร่วมมือของ พ่อ แม่ ผู้ปกครองเป็นหลักในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก[3,12] การจัดกิจกรรมในโปรแกรมเป็นการให้ความรู้ พ่อ แม่ ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญในการติดตาม ส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้าน[5] ที่กล่าวว่าผู้ที่ช่วยเหลือเด็กได้ดีที่สุดคือ พ่อ แม่และผู้ใกล้ชิดของเด็ก ถ้าผู้ปกครองรู้ถึงปัญหาได้เร็ว ก็ย่อมช่วยเหลือเด็กได้เร็วและผลการกระตุ้นและรักษาก็มักจะออกมาดี แต่ไม่ได้หมายความว่า ถ้ารู้ช้า จะช่วยอะไรเด็กไม่ได้ เมื่อใดที่ท่านลงมือช่วยเหลือเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเด็กก็จะดีกว่าเดิมเสมอ และถ้าเขาดีขึ้น ไม่ว่าจะดีขึ้นมากหรือดีขึ้นน้อย ก็ไม่มีเหตุผลที่จะหยุดช่วยให้เขาพัฒนาต่อไป โปรแกรมดังกล่าวมีความแตกต่างจากวิธีเดิมๆที่เคยปฏิบัติตามที่กลุ่มควบคุมได้รับการอบรมปกติ คือการมุ่งเน้นให้ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ให้ได้รับความรู้โดยใช้วิธีสอนโดยการบรรยายเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล โดยให้กลุ่ม พ่อ แม่ ผู้ปกครองเป็นฝ่ายรับฟังมากกว่า (passive learnners) แต่ไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์ และการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ และที่สำคัญคือไม่ได้ทดลองฝึกปฏิบัติ ผ่านการลงมือทำ การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

จึงกล่าวได้ว่า พ่อ แม่ ผู้ปกครอง เด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้าน ที่ประยุกต์มาจากหลักการ “ DIR/Floortime Model.” บางส่วนปรับปรุงมาจากคู่มือ DSPM ( กระทรวงสาธารณสุข สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต,2558) และคู่มือคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ ( Thai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I )[2] และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้าน แนวฟอร์ไทม์[3]เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง เด็กปฐมวัยกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้และทักษะการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลายผลการวิจัยดังต่อไปนี้ พบว่า หลังการทดลองมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p<0.5$)[8] สอดคล้องกับ ศรินทร์ทิพย์ ชวพันธ์ ( 2555)[11] ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอน หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [10,3,11,9,12,13]

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยครั้งต่อไป**

1.ควรมีการติดตามประเมินผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระยะเวลาที่นานขึ้น เพื่อให้เห็นพัฒนาการของเด็กที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน เช่น มีการติดตามประเมินผลเมื่อเวลาผ่านไปทุก 1 เดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือน หรือ 12 เดือน

2.ด้านการพัฒนาโปรแกรมควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้ครอบคลุมทุกพื้นที่กลุ่มเป้าหมายที่พบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า เด็กพัฒนาการล่าช้า

3.ทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้โปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่ พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู ผู้ดูแลเด็กและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย รวมทั้งเด็กพิเศษ

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเรณูนคร สาธารณสุขอำเภอเรณูนคร เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่าย และ พ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข.(2563) สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กhttps://multimedia.anamai.moph.go.th/associaes/E-book-02-momandchild/
2. กรมสุขภาพจิต.(2558).คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ ( Thai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I ). พิมพ์ครั้งที่ 1 .โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
3. แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ.(2559). การติดตามผลการรักษาเด็กออทิสติกที่ใช้แนวทาง DIR/ฟอร์ไทม์.วารสารกุมารเวชศาสตร์ ตุลาคม - ธันวาคม 2559 : 284 – 292
4. แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ (2560) การกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.เข้าถึงเมื่อ1 กรกฎาคม 2563 จาก www. Thaipediatrices.org.
5. กิ่งแก้ว ปาจรีย์.(2553).คู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกแบบองค์รวม ( เทคนิค DIR/ฟอร์ไทม์).กรุงเทพ.
6. กัลยา โสภณพนิช,2562.รายงานผู้บริหารเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย. เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2566 จาก https://moe360.
7. จอห์น บี ทอมสัน, ทอม คาน, มิลเดรด มาเชเดอ, ลิน โอลฟิลด์, มิเชลา คึกเกลอ และ โรแลนมีกแฮน. (2551). เด็กตามธรรมชาติ: คู่มือดูแลและเสริมสร้างศักยภาพเด็กในเจ็ดปีแรก (วิศิษฐ์ วังวิญญู, ผู้แปล). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท แปลน พริ้นติ้ง จำกัด.
8. ชูชาติ มีรอด. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อความรู้ การปฏิบัติของมารดาและพัฒนาการเด็กอายุ 1-3 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
9. นิรมัย คุ้มรักษา รัชดาวรรณ์ แดงสุข ธัญหทัย จันทะโยทัย ลิศสิริ ราชเดิม ปรารถนา พรมวัง และ ดวงเดือน เสาร์เทพ (2561). ผลของโปรแกรม TEDA4I ในเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ในจังหวัดกาญจนบุรี.
10. ปวพร ทองหลวง (2558.) ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
11. ศรินทิพย์ ชวพันธ์ อรอนงค์ ธรรมจินดา จริยา อินทะพันธ์ พิมพ์ชนก ต่อวงศ์ (2560).ผลของโปรแกรมการ ฝึกอบรมต่อความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านป่าขุย.มหาวิทยาลัยพายัพ. 2558.
12. ศูนย์ฝึกอบรมและแพทย์ศาสตร์ศึกษา(2562).ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี.ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดราชบุรี 2562.
13. สายฟ้า แก้วมีไชย สุวนีย์ จอกทอง วีรวรรณ บุญวงศ์ ( 2562). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช.
14. เอกสารรายงานการพัฒนาเด็กปฐมวัย 2562.“3 เร่ง 3 ลด 3 เพิ่ม ฟื้นฟูการพัฒนาเด็กปฐมวัย ทางรอดประเทศไทย” เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2566 จาก https://zoom.us/j/92171282978 .

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน
ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567

# กรณีศึกษา: การพยาบาลหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง

# Case study: Nursing care of Unwanted pregnancies in teenagers with anemia

(Received: January 27,2024 ; Revised: February 14,2024 ; Accepted: February 17,2024)

**ปรารถนา หัสนจันทร์**[1]
**Prartana Husanajun**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและแผนการพยาบาลหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง จำนวน 1 ราย โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ศึกษา คือ แบบบันทึกการให้บริการคลินิกวัยใส ตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เวชระเบียนผู้ป่วยนอก แบบบันทึกการฝากครรภ์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา หญิงวัยรุ่น อายุ 12 ปี ยายพามาขอคำปรึกษาที่คลินิกวัยใสเรื่องตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ไม่ทราบอายุครรภ์ ได้ส่งปัสสาวะตรวจทางห้องปฏิบัติการและอัลตราซาวด์ ผลการตรวจยืนยันว่าหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ อายุครรภ์ประมาณ $17^{+4}$ สัปดาห์ จึงส่งต่อแผนกฝากครรภ์ เพื่อรับบริการให้การปรึกษาและฝากครรภ์ จากการประเมินผลการพยาบาลพบว่า ปัญหาสำคัญส่วนใหญ่ถูกแก้ไขหมดไป แต่ยังคงมีปัญหาเรื่องภาวะโลหิตจางอยู่ ซึ่งมีแนวโน้มดีขึ้น และปัญหาการคลอดก่อนกำหนด ที่ไม่สามารถป้องกันได้ โดยต้องวิเคราะห์หาสาเหตุและปรับปรุงระบบการดูแลหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ต่อไป

**คำสำคัญ:** หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ภาวะโลหิตจาง

**Abstract**

This study is a case study. The objective was to study problems and nursing planning for Unwanted pregnancies in Teenagers with anemia. This study was conducted on 1 patient by purposive sampling. The study was between November 30, 2023, to December 8, 2023, the tool used a service record form for the Teens clinic according to the standards for Youth Friendly Health, Outpatient medical records, Antenatal record form, and data were analyzed using content analysis.

The results of the study found the grandmother had brought a 12-year-old female teenager to seek advice at a teen clinic regarding an unwanted pregnancy and unknown gestational age. The teen clinic staff was sent to urine for the pregnancy test and ultrasound, the result of the examination confirmed that the pregnancy and gestational age were about $17^{+4}$ weeks so she was referred to the Antenatal care department for counseling and prenatal care services. In the nursing evaluation, it was found that most of the important problems were resolved, but there is still a problem with anemia. which tends to improve the problem of premature birth that cannot be prevented a multidisciplinary team must analyze the causes and further development of a care system for unwanted pregnancies in teenagers.

**Keywords:** Unwanted pregnancies in teenagers, Anemia

## บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในสตรีที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ ไม่ต้องการและไม่ได้มีการวางแผนมาก่อน ในปัจจุบันถือเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข ทางสังคมที่ทวีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี[1]จากข้อมูลในประเทศไทยพบการคลอดในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีเพิ่มขึ้นอย่าง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรเพิ่มขึ้นจากประมาณ 95,000 คน ในปี พ.ศ. 2546 เป็นประมาณ 104,300 คน ในปี พ.ศ. 2558[2] สาเหตุเกิดจากความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางประเพณี วัฒนธรรม สังคม รวมทั้งความเชื่อทางเพศที่ผิด ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนต่อความคิดเห็นทัศนคติ และการปฏิบัติตนของวัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นเพศหญิง[3] เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หลายคนสามารถปรับตัวและหาหนทางแก้ไขปัญหาได้ หลายคนไม่สามารถหาทางออกได้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ เครียด วิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า ทำให้ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งนำไปสู่ความพิการหรือการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ บางรายอาจตัดสินใจฆ่าตัวตาย เพื่อหนีความอาย ดังข่าวที่ปรากฏตามหน้าหนังสือพิมพ์อย่างต่อเนื่อง ส่วนผลกระทบทางด้านร่างกายหญิงตั้งครรภ์และทารก เช่น พัฒนาการเจริญเติบโตทางกายภาพของสตรีวัยรุ่นหยุดชะงัก ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และทำให้เกิดการแท้ง ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์เติบโตช้า ทารกเสียชีวิตหลังคลอด นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้เสียโอกาสทางการศึกษา เสียโอกาสในการทำงานหรือตกงาน ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกที่คลอดออกมาและมีปัญหาสุขภาพ[4] จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นสะท้อนถึงปัญหาที่มีความสลับซับซ้อน โดยส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ พยาบาลเป็นบุคคลที่มีโอกาสดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อย่างใกล้ชิด จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญเริ่มตั้งแต่การประเมินการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำ ให้กำลังใจ และให้การดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาอย่างเหมาะสม ซึ่งจะเป็นการเสริมพลังและความเข้มแข็งแก่หญิงตั้งครรภ์ ลดความวิตกกังวล ความกลัว สามารถเปิดเผยการตั้งครรภ์กับผู้ใกล้ชิด และตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมในการตั้งครรภ์ต่อหรือยุติการตั้งครรภ์ โดยมีข้อมูลที่รอบด้านในการตัดสินใจ ซึ่งในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ พยาบาลต้องมีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ สามารถดูแลตัวเองและทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพแข็งแรงปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้[5]

งานฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีหน้าที่ให้บริการฝากครรภ์คุณภาพตามมาตรฐาน ตรวจครรภ์ประเมินอายุครรภ์ ตรวจสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ คัดกรองภาวะความเสี่ยง ดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้งในรายภาวะปกติและในรายที่มีภาวะความเสี่ยงสูง และให้บริการปรึกษาปัญหาการตั้งครรภ์ โดยข้อมูลในปี 2563 - 2565 ให้บริการหญิงตั้งครรภ์จำนวน 1,187, 899, 811 ราย ตามลำดับ มีหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ ร้อยละ 12.64, 11.90, 10.85 ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 2.61 ได้รับยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 77.78 ตั้งครรภ์ต่อร้อยละ 22.22[6] โดยทุกรายที่ตั้งครรภ์ต่อพบมีภาวะโลหิตจาง ถึงแม้ว่าจากข้อมูลดังกล่าวจะพบหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จำนวนไม่มากนัก แต่จากผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ที่มีความรุนแรง อาจส่งผลถึงการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ได้ ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญจึงสนใจที่จะศึกษาหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่มีภาวะโลหิตจางเป็นกรณีศึกษาในครั้งนี้

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาปัญหาและแผนการพยาบาลหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง

**ผลการศึกษา**

หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ อายุ 12 ปี กำลังเรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 บิดา มารดาแยกทางกัน อาศัยอยู่กับยาย บิดาเป็นคนส่งเสียเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ยายพามาปรึกษาที่คลินิกวัยใส เรื่องหลานตั้งครรภ์ โดยตรวจการตั้งครรภ์ที่บ้านผลเป็นบวก ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์กี่เดือน เจ้าหน้าที่คลินิกวัยใสได้ส่งตรวจปัสสาวะเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ ทำอัลตรา

ซาวด์ พบว่าตั้งครรภ์ โดยมีอายุครรภ์ $17^{+4}$ สัปดาห์ (ไตรมาสที่ 2) จึงส่งมาแผนกฝากครรภ์ เพื่อรับบริการปรึกษาหาทางเลือกสำหรับการตั้งครรภ์ หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์สีหน้าวิตกกังวล ประเมินความเครียดมีความเครียดระดับปานกลาง ได้ให้คำปรึกษาในเรื่องการเปิดเผยการตั้งครรภ์กับบิดา มารดา และการตัดสินใจทางเลือกที่เหมาะสม หลังให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้บอกความจริงกับบิดา มารดา ซึ่งยอมรับกับการตั้งครรภ์ของบุตรได้ และร่วมกันตัดสินใจทางเลือกที่เหมาะสม โดยบิดาให้ตั้งครรภ์ต่อและฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ผลการตรวจร่างกายในการฝากครรภ์ครั้งแรก พบหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์มีค่าดัชนีมวลกายต่ำ 15.20 กิโลกรัม/ตารางเมตร เยื่อบุตาซีด ความดันโลหิตต่ำ 85/44 มิลลิเมตรปรอท ยอดมดลูกระดับสะดือ อัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ 150 ครั้ง/นาที ให้ยา Triferdine (TDF) 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า ได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง แนะนำการป้องกันอันตรายจากภาวะความดันโลหิตต่ำ ส่งเลือดตรวจตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ และนัดมาฟังผลเลือดอีก 2 สัปดาห์ถัดมา ซึ่งพบมีภาวะโลหิตจาง Hct 28%, ผลคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย MCV ปกติ DCIP negative, anti HIV negative, VDRL non-reactive, Urine albumin และ sugar negative, Blood group AB Rh positive ให้ยา Ferous Fumarate 1 เม็ด วันละ 2 เวลา หลังอาหารเช้า เย็น, TDF 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า, Calcium Carbonate 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน และนัดตรวจครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 2 ทุก 1 เดือน หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้ง โดยมีน้ำหนักตัวขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ เพิ่มขึ้น 6 กิโลกรัม ระดับความสูงของยอดมดลูกต่ำกว่าอายุครรภ์ 1 เซนติเมตร ความดันโลหิตต่ำ 92/56 – 100/70 มิลลิเมตรปรอท ทารกเริ่มดิ้น เมื่ออายุครรภ์ 27 สัปดาห์ อัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ 140 - 156 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะครรภ์เป็นพิษ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตรวจ CBC ซ้ำ ผล Hct 29% เน้นย้ำให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ และมีธาตุเหล็กสูง รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ วิตกกังวลเรื่องการเสียโอกาสทางการศึกษา ได้ให้คำปรึกษาและหาทางออกร่วมกับครอบครัว โดยบิดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะรับเด็กไปดูแลและให้กลับไปศึกษาต่อ ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความวิตกกังวลลดลง ในระยะการตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์มาตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้ง โดยช่วงต้นไตรมาสนัดทุก 1 เดือน ช่วงกลางไตรมาสนัดทุก 2 สัปดาห์ น้ำหนักตัวขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ เพิ่มขึ้น 2 กิโลกรัม/ เดือน ตรวจหาโปรตีน และน้ำตาลในปัสสาวะผลปกติ ตรวจ CBC ซ้ำ ผล Hct 30.1% ความดันโลหิตต่ำ 93/54 – 110/70 มิลลิเมตรปรอท ระดับความสูงของยอดมดลูกต่ำกว่าอายุครรภ์ 1-1.5 เซนติเมตร ทารกในครรภ์ดิ้นดี อัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ 132 - 140 ครั้ง/นาที ส่วนนำ Vertex presentation หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอาการท้องอืดและท้องผูก ได้ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่ควรรับประทาน และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกาย การฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา ร่วมกับให้คำแนะนำการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังจากปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ไม่มีอาการท้องอืดและท้องไม่ผูก แต่เมื่ออายุครรภ์ได้ $34^{+2}$ สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีอาการเจ็บครรภ์คลอด ได้รับเข้าห้องคลอด และคลอดปกติ ทารกเป็นเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 2,030 กรัม ผิวบาง ลายมือลายเท้าไม่ชัด Apgar score 1, 5, 10 นาที เท่ากับ 7, 9, 10 คะแนน ตามลำดับ ย้ายไปดูแลที่หอผู้ป่วยกุมารเวช ส่วนมารดาหลังคลอดย้ายจากห้องคลอดไปดูแลที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวช อาการหลังคลอดทั่วไปปกติ หลังคลอดได้ 3 วัน แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน และนัดมาตรวจหลังคลอด ฝังยาคุมกำเนิด ภายหลังจำหน่าย 6 สัปดาห์

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **แผนการพยาบาลระยะก่อนฝากครรภ์**<br>**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1** หญิงตั้งครรภ์มีความเครียด วิตกกังวล เนื่องจากกลัวสังคม บิดา มารดา รับรู้เรื่องการตั้งครรภ์ของตนเอง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์บอกว่า เครียด ไม่อยากให้เพื่อนๆ และคนแถวบ้านรู้ว่าท้องขณะเรียน<br>หญิงตั้งครรภ์ไม่ค่อยพูด นั่งเงียบและไม่ค่อยมองตาเวลาสนทนา ร่วมกับมีสีหน้าเครียด ท่าทาง ไม่สนใจสภาพแวดล้อม ประเมินภาวะเครียด (ST-5) ได้ 7 คะแนน (ความเครียดระดับปานกลาง) คัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) พบว่ามีความผิดปกติ 1 ใน 2 ข้อ คือ ข้อ 1 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลลดลง และเตรียมความพร้อมในการเปิดเผยการตั้งครรภ์กับพ่อแม่หรือคนที่ไว้วางใจ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ให้การปรึกษาตามแนวทางการเปิดเผยการตั้งครรภ์ของกรมสุขภาพจิต ได้แก่<br>1.1 ทักทายหญิงตั้งครรภ์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี และสนทนาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การเปิดเผยการตั้งครรภ์<br>1.2 พูดคุยเพื่อค้นหาปัญหา โดยสำรวจความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ สำรวจปัจจัยทางจิตใจสังคมและความสัมพันธ์กับครอบครัว คู่เพศสัมพันธ์<br>1.3 เตรียมความพร้อมในการเปิดเผยการตั้งครรภ์ โดยเสริมทักษะในการรับมือกับปฏิกิริยาของผู้รับทราบผลการตั้งครรภ์ (บิดา มารดาหรือคนที่ไว้วางใจ) วางแผนเพื่อเปิดเผยการตั้งครรภ์ ด้วยการซักซ้อมการเปิดเผยการตั้งครรภ์จากการจำลองสถานการณ์ รวมทั้งประเมินผลกระทบที่ตามมาจากการเปิดเผยการตั้งครรภ์<br>1.4 พูดคุยเพื่อเสริมพลังอำนาจหรือสร้างความมั่นใจในการเปิดเผยการตั้งครรภ์<br>1.5 แนะนำการรับบริการปรึกษา หลังทำตามที่ได้วางแผนไว้ ผลเป็นอย่างไร<br>2. ประเมินความเครียด และคัดกรองภาวะซึมเศร้าซ้ำหลังให้บริการปรึกษา<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าเครียดหรือกังวลลดลง สนใจมองหน้าพูดคุยและให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ขณะให้บริการปรึกษา ก่อนยุติการให้บริการปรึกษาประเมินภาวะเครียดซ้ำ ST-5 2 คะแนน (ความเครียดระดับน้อย) คัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q ไม่พบความผิดปกติ หญิงตั้งครรภ์ได้เปิดเผยการตั้งครรภ์กับบิดา มารดา ซึ่งยอมรับการตั้งครรภ์ของบุตรได้ ไม่ให้ยุติการตั้งครรภ์ ให้ตั้งครรภ์ต่อไป |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2** เสี่ยงต่อการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ไม่เหมาะสม เนื่องจาก<br>อับอายเพื่อนและบุคคลที่รู้จัก<br>**ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์บอกว่า เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ ความคิดแรกคือ การทำแท้ง เนื่องจากยังเรียนอยู่ รู้สึกอับอายเพื่อนและบุคคลที่รู้จัก และรู้สึกผิด<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ให้มีทางเลือกในการตัดสินใจต่อการตั้งครรภ์อย่างเหมาะสมและโดยเร็ว | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ให้คำปรึกษาทางเลือกว่าจะยุติการตั้งครรภ์หรือดำเนินการตั้งครรภ์ต่อ ตามแนวทางการให้บริการปรึกษาของกรมสุขภาพจิต ดังนี้<br>1. สำรวจและระบุเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น<br>2. ชี้แจงทำความเข้าใจกับหญิงตั้งครรภ์ถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน<br>3. ประเมินและทำความเข้าใจด้านความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น<br>4. รวบรวมข้อมูลด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โดยการซักถาม และข้อมูลที่ได้จากเจ้าหน้าที่ของคลินิกวัยใส ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ประวัติครอบครัว ข้อมูลด้านสุขภาพ ความเชื่อ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมทางเพศ มิติของศีลธรรมและจริยธรรมที่หญิงตั้งครรภ์ยึดถือ เพื่อประเมินถึงสาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม อันอาจมีผลต่อการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ และแนวทางการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์<br>5. ให้ข้อมูลผลดีและผลเสียของทางเลือกยุติการตั้งครรภ์ และดำเนินการตั้งครรภ์ต่อ ช่วยวิเคราะห์และมองข้อมูลรอบด้านก่อนหญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจ<br>6. หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเลือกทางเลือก และวางแผนติดตามผลทางเลือกนั้น<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์เลือกที่จะตั้งครรภ์ต่อ โดยขอปรึกษาบิดา มารดาก่อน ซึ่งทางครอบครัวให้การยอมรับการตั้งครรภ์ได้ โดยเฉพาะบิดาจะช่วยเหลือในการดูแลบุตรของหญิงตั้งครรภ์ในเรื่องค่าใช้จ่าย และถ้ามีโอกาสจะให้หญิงตั้งครรภ์กลับไปเรียนต่อที่ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน เพื่อให้มีความรู้ และหางานทำเลี้ยงดูบุตรได้ |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3** หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเรื่องการศึกษา เนื่องจากต้องลาออกจากโรงเรียนจากการตั้งครรภ์ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ให้การปรึกษาโดยเน้นทักษะการพูดให้กำลังใจ ได้แก่ เชื่อว่าถ้าทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องรวมทั้งพ่อ แม่ และยาย ทุกคนรักหนูจะได้ช่วยกันหาทางออกที่เหมาะสมหรับหนูและช่วยให้หนูก้าวผ่านเรื่องราวเหล่านี้ไปได้ |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์ยังเรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีสีหน้าวิตกกังวลเมื่อพูดถึงเรื่องการเรียน พูดว่า “หนูจะทำอย่างไรดีคะเพื่อนในห้องกับครูคนอื่นคงเกลียดหนู ทางโรงเรียนคงไม่ให้เรียนต่อหนูอยากเรียนต่อให้จบมัธยมศึกษาตอนต้น ถ้าท้องหนูโตขึ้น หนูไม่กล้ามาโรงเรียน หนูต้องลาออกจากโรงเรียน”<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดความวิตกกังวลเรื่องการศึกษา เสริมพลังหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ให้สามารถตัดสินทางเลือกในการศึกษาต่อที่สอดคล้องกับปัญหาและเงื่อนไขชีวิตของตนเอง | 2. ประสานบิดา มารดา และยาย เพื่อพูดคุยและหาทางเลือกที่เหมาะสมร่วมกัน โดยให้คำแนะนำเพื่อเป็นทางเลือกในการศึกษาต่อในกรณีตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ ดังนี้ ให้คนในครอบครัวเลี้ยงและกลับมาเรียนต่อ เมื่อคลอดลูกแล้วยกให้คนอื่นและกลับมาเรียนต่อ โดยสถานที่เรียนอาจเป็นโรงเรียนเดิม โรงเรียนใหม่ หรือการศึกษานอกโรงเรียน เป็นต้น<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์ บิดา มารดาและยาย ตัดสินใจเลือกทางเลือกให้คนในครอบครัวช่วยกันเลี้ยงดูเด็กที่จะเกิดมา โดยให้มารดาของเด็กอยู่เลี้ยงในช่วง 6 เดือนแรก และบิดาจะรับไปเลี้ยงดูต่อ และให้มารดาของเด็กไปเรียนต่อ โดยเรียนที่ศูนย์การนอกโรงเรียนจนจบมัธยมศึกษาตอนต้น สังเกตหญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าสดชื่นขึ้น พูดคุยกับเจ้าหน้าที่มากขึ้น |
| **แผนการพยาบาลระยะฝากครรภ์ไตรมาสที่ 2**<br>**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4** มีระดับความดันโลหิตต่ำเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนขณะตั้งครรภ์<br>**ข้อมูลสนับสนุน** การตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสแรกและไตรมาสที่ 2 ร่างกายจะสร้างฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อผนังหลอดเลือดคลายตัว ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตต่ำลง หญิง ตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ $19^{+4}$ สัปดาห์ ความดันโลหิต 85/44 มิลลิเมตรปรอท<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ป้องกันอันตรายจากภาวะความดันโลหิตต่ำ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้<br>1.1 หลีกเลี่ยงการลุกขึ้นยืนหรือการเปลี่ยนท่าอย่างกะทันหัน<br>1.2 ไม่ควรยืนนาน ๆ<br>1.3 ดื่มน้ำให้มาก ๆ<br>1.4 สวมเสื้อผ้าหลวมๆ ไม่รัดแน่นจนเกินไป และไม่ควรใส่ผ้าที่หนาจนรู้สึกร้อน<br>1.5 รับประทานอาหารในปริมาณน้อยๆ แต่บ่อยๆ เพื่อป้องกันความดันโลหิตลดต่ำลงอย่างรวดเร็วหลังรับประทานอาหาร<br>1.6 หลีกเลี่ยงการอาบน้ำด้วยน้ำอุ่น<br>1.7 นอนตะแคงซ้าย เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนไปที่หัวใจมากขึ้น<br>1.8 นอนพักผ่อนให้เพียงพอ<br>1.9 ระมัดระวังตนเองไม่ให้เหนื่อยหรือร้อนจนเกินไป พยายามอย่าหักโหมทำงานหนัก และควรระมัดระวังการหกล้ม หากรู้สึกคล้ายจะเป็นลม ควรนั่งหรือนอนลงจนกว่าอาการจะดีขึ้น<br>2. ประเมินระดับความดันโลหิตทุกครั้งที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 ความดันโลหิต 95/64-100/75 มิลลิเมตรปรอท ไม่อาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด หรือเป็นลม |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5** หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเนื่องจากได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดงไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย<br>**ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์เป็นวัยรุ่น ซึ่งโดยปกติในช่วงวัยรุ่นจะมีความต้องการธาตุเหล็กเพื่อใช้สร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับส่งเสริมการเจริญเติบโตของร่างกาย หากเกิดการตั้งครรภ์ร่วมด้วยความต้องการธาตุเหล็กยิ่งเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ เพื่อใช้สร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ผลการตรวจร่างกายพบเยื่อบุตาซีด ผลการตรวจ CBC พบ Hematocrit (Hct) 28.5% | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. คัดกรองความเสี่ยง จากประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะโลหิตจาง<br>2. ให้คำแนะนำในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ได้แก่ Ferous Fumarate 1 เม็ด วันละ 2 เวลาหลังอาหารเช้า เย็น<br>2.1 ให้รับประทานยาตอนช่วงท้องว่าง คือ หลังรับประทานอาหารประมาณ 2 ชั่วโมง ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จากผลข้างเคียงของยา ให้ปรับเวลารับประทานเป็นก่อนนอน<br>2.2 ไม่ควรรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก พร้อมกับแคลเซียมคาร์บอเนต เนื่องจากมีความเป็นกรด ลดการดูดซึมของธาตุเหล็ก<br>2.3 หลีกเลี่ยงการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กพร้อมอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น นม ผลิตภัณฑ์ของนม ชา กาแฟ ไข่แดง ข้าวโพด ลูกเดือย เมล็ดแมงลัก เป็นต้น<br>2.4 รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กทุกวัน จนกระทั่งคลอดและรับประทานต่อหลังคลอดอีก 6 เดือน |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดงในเลือด | 2. ให้รับประทานยา Triferdine (TDF) 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า ตามคำสั่งแพทย์ เพื่อช่วยเพิ่มธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ในการสร้างเม็ดเลือดแดง<br>3. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เนื้อสัตว์ เลือด ตับ ปลา กุ้ง หอย ไข่แดง ผักใบเขียว ผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพื่อช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 อายุครรภ์ $33^{+4}$ สัปดาห์ ผลการตรวจ CBC ซ้ำ พบ Hct เพิ่มขึ้นเป็น 30.1% |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์เนื่องจากความไม่พร้อมของร่างกาย จิตใจในการตั้งครรภ์ และฝากครรภ์ช้า<br>**ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์อายุ 12 ปี ซึ่งเป็นวัยรุ่นตอนต้น สภาพร่างกายและวุฒิภาวะทางด้านจิตใจของวัยรุ่นยังไม่สมบูรณ์ มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ $17^{+4}$ สัปดาห์<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ป้องกันการเกิดภาวะ แทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ครรภ์เป็นพิษ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะเครียดและซึมเศร้า | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก ปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้<br>1.1 ซักประวัติ ได้แก่ โรคประจำตัว ยาที่ใช้การแพ้ยาและอาหาร วัคซีนที่เคยได้รับ โรคติดเชื้อ ประวัติครอบครัว ได้แก่ โรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประวัติประจำเดือนและการคุม กำเนิด ประวัติครรภ์ปัจจุบัน ประวัติส่วนตัว ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และใช้สารเสพติด<br>1.2 ตรวจร่างกายทั่วไป ความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย<br>1.3 ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC เพื่อประเมิน Hct, Thalassemia carrier screening จากผล Mean corpuscular volume (MCV) ร่วมกับ Dichlorophenolindophenol (DCIP), Blood type, Urine analysis, Syphilis serology, Hepatitis B surface antigen (HBsAg), Human Immunodeficiency Virus (HIV) serology, Ultrasound scanning<br>1.4 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ แทรกซ้อน โดยเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ประวัติทางสูติกรรม การตั้งครรภ์ปัจจุบัน สภาวะสุขภาพทั่วไปและประวัติทาง อายุรกรรม<br>1.5 ประเมินความเครียด และคัดกรองโรคซึมเศร้า<br>2. การตรวจติดตามระหว่างมาตรวจครรภ์อย่างต่อเนื่อง<br>2.1 ซักถามอาการหรือเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นหลังการฝากครรภ์ครั้งก่อน เช่น การเจ็บป่วย การใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ อาการและอาการแสดงผิดปกติ เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ตกขาว เลือดออกน้ำเดิน ปวดศีรษะ ตาพร่า ปัสสาวะแสบขัด<br>2.2 ตรวจร่างกายหญิงตั้งครรภ์ โดยวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์โดยวัดระดับยอดมดลูก (เซนติเมตร) โดยใช้สายวัดหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ฟังเสียงและอัตราการเต้นหัวใจทารก ประเมินส่วนนำของทารก โดยเฉพาะหลังอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ แนะนำให้นับลูกดิ้น เริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ตรวจภายในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์กรณีที่ไม่มีข้อห้าม เพื่อวางแผนวิธีการคลอด<br>2.3 ติดตามผล Ultrasound scanning<br>ไตรมาสที่ 2 เพื่อหาความผิดปกติทางโครงสร้างของทารกในครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ 18-22 สัปดาห์<br>2.4 ตรวจคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Diabetes mellitus screening) ในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์<br>2.5 ประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์ โดยการวัดระดับยอดมดลูก<br>3. วางแผนเกี่ยวกับอายุครรภ์ที่จะให้คลอดและวิธีการคลอด ในช่วงเดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ควรประเมินน้ำหนักและท่าของทารก ตรวจภายใน ประเมินอุ้งเชิงกรานและปากมดลูก (ถ้าไม่มีข้อห้าม) ให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการเตรียมพร้อมเกี่ยวกับการคลอด<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผลการตรวจร่างกาย ฝากครรภ์ครั้งแรก พบค่าดัชนีมวลกายต่ำ 15.20 กิโลกรัม/ตารางเมตร เยื่อบุตาซีด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบมีภาวะโลหิตจาง Hct 28% DCIP และ HIV negative VDRL nonreactive, Urine albumin |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | sugar negative ผล Ultrasound scanning อายุครรภ์ $17^{+4}$ สัปดาห์ ประเมินภาวะเครียด (ST-5) ได้ 7 คะแนน (ความเครียดระดับปานกลาง) คัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) พบว่ามีความผิดปกติ 1 ใน 2 ข้อ ในระหว่างการตั้งครรภ์ไม่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 95/64-100/75 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ ไม่มีอาการบวม ตาพร่า ปวดศีรษะ ไม่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่เกิดภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักตัวเพิ่มอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไตรมาสที่ 2 เพิ่มขึ้น 6 กิโลกรัม ไตรมาสที่ 3 ช่วง 1 เดือนแรก เพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัม ระดับความสูงของยอดมดลูกต่ำกว่าอายุครรภ์ 1 -1.5 เซนติเมตร มีภาวะโลหิตจาง Hct 29 - 30.1 % |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7** หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ในการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อน<br>**ข้อมูลสนับสนุน** เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก หญิงตั้งครรภ์บอกว่า ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระยะตั้งครรภ์ | **กิจกรรมพยาบาล**<br>ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ ดังนี้<br>1. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเพิ่มปริมาณให้มากขึ้นในพวกโปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม และพวกผักใบเขียว ผลไม้ ไม่ควรรับประทานอาหารพวกข้าว แป้ง น้ำตาล ขนมหวาน ไขมันมากเกินไป อาหารรสจัด อาหารดิบๆ สุก ๆ ของหมักดอง ผงชูรส ชา กาแฟ รวมถึงเหล้า และบุหรี่<br>2. รับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน แคลเซียม ตามแพทย์สั่ง ควรหลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานเอง เพราะยาหลายชนิดไม่ปลอดภัยและมีผลต่อทารกในครรภ์<br>3. ควรนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ประมาณ 8-10 ชั่วโมง และควรหาเวลานอนพักในตอนบ่ายอีกอย่างน้อย 1 ชั่วโมง<br>4. ออกกำลังกาย เช่น เดินเล่นในที่ที่มีอากาศปลอดโปร่ง ทำงานบ้านเบา ๆ บริหารร่างกายด้วยท่าง่ายๆ จะช่วยให้ระบบการย่อยอาหารดี ร่างกายแข็งแรง ข้อควรระวังคือ อย่าออกกำลังกายหักโหมจนร่างกายเหนื่อย อ่อนเพลีย หรือกระทบกระเทือนท้อง<br>5. การรักษาความสะอาดร่างกายระยะ ตั้งครรภ์จะรู้สึกร้อน และเหงื่อออกมาก ควรอาบน้ำให้ร่างกายสะอาดสดชื่น แต่ถ้าอากาศเย็นควรอาบน้ำอุ่น และให้ความอบอุ่นกับร่างกาย ถ้าผิวแห้งตึงให้ใช้โลชั่นทาหลังอาบน้ำ<br>6. ดูแลปากและฟัน ควรแปรงฟันอย่างถูกวิธี วันละ 2 ครั้ง และบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหรือแปรงฟันทุกครั้งหลังอาหาร ถ้ามีปัญหาช่องปาก และฟันควรรีบพบทันตแพทย์<br>7. ดูแลเต้านม ขณะตั้งครรภ์เต้านมจะขยายขึ้น เพื่อเตรียมสร้างน้ำนมให้ลูก ควรเปลี่ยนเสื้อชั้นใน ให้มีขนาดพอเหมาะใส่สบาย บางครั้งอาจจะมีน้ำนมไหลซึมออกมา ให้ล้างเต้านมด้วยน้ำสะอาด ไม่ควรฟอกสบู่ เพราะจะทำให้ผิวแห้งมาก อาจใช้โลชั่นทานวด เมื่อรู้สึกผิวแห้งตึง หรือคัน ถ้ามีปัญหาหัวนมสั้น หัวนมบอด หรือผิดปกติ ควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลที่ฝากครรภ์ก่อนที่จะคลอด มิฉะนั้นอาจจะมีอุปสรรคต่อการให้นมลูก<br>8. การมีเพศสัมพันธ์ ไม่มีข้อห้ามในผู้ตั้งครรภ์ปกติ แต่ควรงดเว้นใน 1 เดือน สุดท้ายก่อนคลอด ในรายที่เคยแท้ง ควรงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์<br>9. สังเกตอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียนมากว่าปกติ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ปัสสาวะขัดแสบ มีไข้สูง ตกขาว มีกลิ่นเหม็น มีสีเขียวปนเหลือง คันช่องคลอด บวมบริเวณหนังตา หน้า มือ และเท้า ลูกดิ้นน้อยลงจนผิดสังเกต อย่ารอจนลูกไม่ดิ้น มีเลือดออกทางช่องคลอด มีน้ำใส ๆ คล้ายปัสสาวะออกทางช่องคลอด ปวดท้อง หรือท้องแข็งเกร็งบ่อย มีเลือดออกทางช่องคลอด<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง |
| **แผนการพยาบาลระยะฝากครรภ์ไตรมาสที่ 3** | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. แนะนำให้หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย เพื่อไม่ให้มีการกดทับเส้นเลือด Inferior vena cava ทำให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกขึ้น |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8** เสี่ยงต่อทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากมารดามีภาวะ โลหิตจาง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผลการตรวจร่างกายพบเยื่อบุตาซีด ผลการตรวจ CBC พบ Hct 28.5%<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ | 2. แนะนำให้หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์สังเกตการดิ้นของทารก และสอนให้นับลูกดิ้น เมื่ออายุครรภ์ 31 สัปดาห์ โดยนับในช่วงพักผ่อน หลังรับประทานอาหารนาน 1 ชั่วโมง ซึ่งปกติทารกดิ้นสม่ำเสมอ 2 – 3 ครั้ง/ชั่วโมง ให้นับ 3 ครั้งหลังอาหารในแต่ละวัน ถ้ารวมแล้วทารกดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้ง แสดงว่ามีภาวะผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์<br>3. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ โดยทำ Non stress Test (NST) เมื่ออายุครรภ์ 31 สัปดาห์<br>4. ฟังและบันทึกอัตราการเต้นหัวใจทารกทุกครั้งที่หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์มาตรวจครรภ์ โดยปกติจะอยู่ในช่วง 120 – 160 ครั้ง/นาที<br>**ประเมินผลการพยาบาล** สุขภาพทารกในครรภ์ปกติ จำนวนครั้งและลักษณะการดิ้นของทารกปกติ |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9** เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีสภาพร่างกายไม่พร้อมต่อการตั้งครรภ์ และมีภาวะโลหิตจาง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์เป็นวัยรุ่นตอนต้น อายุ 12 ปี การเจริญเติบโตของร่างกายยังไม่สมบูรณ์ มีภาวะโลหิตจาง Hct 28% ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อย 15.56 กิโลกรัม/ตารางเมตร<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคลอดก่อนกำหนด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นสาเหตุ<br>2. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดย เฉพาะอาหารที่มีธาตุเหล็กและกรดโฟลิก<br>3. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เพื่อช่วยลดการหลั่งแอนติไดยูเรติกฮอร์โมน และออกซิโตซินจากต่อมใต้สมอง ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์<br>4. ไม่ควรกลั้นปัสสาวะและดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้ถูกต้อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ<br>5. ควรนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อย 8 ชั่วโมงในช่วงกลางคืน และกลางวัน 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะในช่วงปลายไตรมาสที่ 2 ถึงไตรมาสที่ 3 และควรนอนตะแคงซ้าย อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปสู่มดลูก ทำให้การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกลดลง<br>6. ควรหาวิธีที่ช่วยให้ร่างกายและจิตใจได้ผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ทำสมาธิ สวดมนต์ เป็นต้น<br>7. หลีกเลี่ยงการเดินขึ้น ลงบันไดบ่อยๆ การเดินทางไกลๆ การยืนนานๆ การทำงานหนัก<br>8. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คาเฟอีน เนื่องจากทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง และทำให้พรอสตาแกลนดินหลั่งออกมากระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์<br>9. สังเกตอาการของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ มดลูกบีบตัวแรงขึ้น และถี่ขึ้นมากกว่า 4 ครั้งใน 1 ชั่วโมงหรือทุกๆ 15 นาที ปวดเกร็งท้องคล้ายปวดประจำเดือน ปวดบริเวณต้นขาหรือหลัง ปวดถ่วงในอุ้งเชิงกราน มีสารคัดหลั่งออกทางช่องคลอดเป็นมูกปนเลือด เลือด หรือน้ำคร่ำ<br>10. แนะนำให้มาตรวจครรภ์ตามนัด เพื่อประเมิน ติดตาม ดูแลรักษา ป้องกันการเจ็บครรภ์หรือการคลอดก่อนกำหนด<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคลอดก่อนกำหนดเมื่ออายุครรภ์ $34^{+1}$ สัปดาห์ และคลอดทารกเพศหญิง น้ำหนัก แรกคลอด 2,030 กรัม |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10** หญิงตั้งครรภ์มีภาวะท้องอืดและท้องผูกเนื่องจากลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์ถ่ายอุจจาระ 3-4 วัน/ครั้ง มีอาการแน่นท้อง ท้องอืด เสียงการเคลื่อนไหวลำไส้ (Bowel sound) 4 -5 ครั้ง/นาที | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใยมาก ๆ เช่น ผักสด ผลไม้<br>2. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหาร เช่น กะหล่ำปลี อาหารทอด ถั่ว น้ำอัดลม เป็นต้น<br>3. รับประทานอาหารครั้งละน้อย แต่ให้บ่อยครั้ง เพื่อช่วยให้ระบบการย่อยอาหารและการเผาผลาญอาหารทำงานดีขึ้น<br>4. ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว หรือ 2,000 มิลลิลิตร |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **วัตถุประสงค์การพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์ขับถ่ายอุจจาระปกติและลดอาการท้องอืด | 5. เปลี่ยนท่าทางอิริยาบถบ่อยๆ และควรออกกำลังกายเบาๆ ทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที<br>6. ฝึกการถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาและสม่ำเสมอ<br>7. ไม่ควรใช้การสวนอุจจาระ ยาถ่ายหรือยาระบาย ยกเว้นได้รับคำแนะนำจากแพทย์<br>8. งดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ ชา เนื่องจากเครื่องดื่มประเภทนี้มีผลทำให้ขับน้ำออกจากร่างกาย<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์ขับถ่ายอุจจาระวันเว้นวัน ลักษณะอุจจาระนิ่ม ไม่มีอาการท้องอืด เสียงการเคลื่อนไหวลำไส้ 8 -10 ครั้ง/นาที |

## อภิปรายผล

จากการดูแลหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์รายนี้ พบมีปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยในช่วงระยะแรก มีปัญหาด้านจิตใจ มีความเครียดและความวิตกกังวลเรื่องการเปิดเผยการตั้งครรภ์ต่อบิดา มารดา การตัดสินใจหาทางเลือกให้กับตนเองและเรื่องการเรียน ซึ่งได้รับแก้ไขหมดไป จากการให้บริการปรึกษา และการให้กำลังใจของผู้ให้บริการปรึกษาและครอบครัว โดยได้รับการยอมรับการตั้งครรภ์จากครอบครัว โดยเฉพาะจากบิดาได้วางแผนการช่วยเหลือทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด ทำให้หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ตัดสินใจเลือกที่จะตั้งครรภ์ต่อ และมีความวิตกกังวลลดลง สำหรับปัญหาด้านร่างกาย พบมีปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขให้หมดไป ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ซึ่งอาจเกิดจากการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าเกิน 12 สัปดาห์[7] โดยมาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ $17^{+4}$ สัปดาห์ (ไตรมาสที่ 2) ทำให้ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อค้นหาภาวะผิดปกติ และให้การดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีตั้งแต่ไตรมาสแรก[8] ทั้งนี้อาจเนื่องจากการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ ไม่ได้วางแผนมาก่อน เมื่อรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ในช่วงแรก พยายามปกปิดเรื่องการตั้งครรภ์กับครอบครัวไว้ก่อน ระยะต่อมาอยู่ในช่วงตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์โดยการทำแท้ง หรือบอกความจริงกับครอบครัว โดยในช่วงนี้อาจใช้เวลานาน ซึ่งต่อมาได้ตัดสินใจบอกกับยาย ทำให้ยายพามารับบริการปรึกษาทางเลือก นำสู่การตัดสินใจเลือกตั้งครรภ์ต่อ ซึ่งส่งผลให้การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า แต่อย่างไรก็ตามหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์รายนี้ได้รับการแก้ไขภาวะโลหิตจางตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรก โดยให้ยาเสริมธาตุเหล็ก และให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่ควรรับประทาน เพื่อเพิ่มธาตุเหล็กและสารอาหารที่จำเป็นในการสร้างเม็ดเลือดแดง ซึ่งในไตรมาสที่ 3 ยังมีปัญหาภาวะโลหิตจางอยู่ แต่มีแนวโน้มดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ คือ การเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์[4] อาจเกิดจากหลายปัจจัยในหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์รายนี้ ทั้งปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ และปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ หญิงมีตั้งครรภ์อายุน้อย การเจริญเติบโตทางร่างกายยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ มีภาวะโลหิตจาง ความเครียด น้ำหนักตัวน้อยก่อนตั้งครรภ์ การมาฝากครรภ์ล่าช้า[9,10]

## ข้อเสนอแนะ

1. หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ส่วนใหญ่มีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ จึงควรใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแล เช่น สูติแพทย์ พยาบาลแผนกฝากครรภ์ พยาบาลให้บริการปรึกษา นักจิตวิทยา จิตแพทย์ นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อการประเมินปัญหา สถานการณ์ วิเคราะห์ถึงสาเหตุ และแก้ปัญหาร่วมกันอย่างรอบด้านและเป็นองค์รวม โดยกำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละสาขาวิชาชีพอย่างชัดเจน

2. ควรนำปัญหาที่แก้ไขไม่สำเร็จในการศึกษานี้ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนดพร้อมวิเคราะห์หาสาเหตุ เสนอต่อผู้เกี่ยวข้องเพื่อการวางแผนแก้ไขในเชิงระบบ

3. ควรมีระบบการประสานงานกับสถานศึกษาเพื่อการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่ตั้งครรภ์ให้สามารถเรียนต่อได้จนจบการศึกษา

4. ควรมีระบบติดตามหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หลังช่วยเหลือทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลต่อเนื่องและให้การช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาในการดำเนินชีวิตอย่างทันท่วงที

**เอกสารอ้างอิง**

1.พิมพ์ณิชณิณ ภิวงศ์กำจร. การพัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนและองค์กรในพื้นที่ตำบลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี . วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(4): 608-617.

2. สำนักอนามัยการเจริญพันธ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 นนทบุรี: บริษัท เฌอมาศ จำกัด; 2559.

3. พรรัมภา ขวัญยืน. การบริหารการช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในจังหวัดเชียงใหม่ การประชุมวิชาการการพัฒนาชนบทที่ยั่งยืน ครั้งที่ 4 [อินเตอร์เน็ต] 2557 [สืบค้นเมื่อ 3 ตุลาคม 2566].เข้าถึงจาก: https://cscd.kku.ac.th/uploads/proceeding/070714_154934.pdf

4. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ชุติมา ปัญญาพินินุกูร และสุวลักษณ์ อัศดรเดชา. บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารพยาบาลทหารบก2561; 19 (ฉบับพิเศษ): 1-7.

5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการให้การปรึกษาปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด; 2554

6. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2563 - 2565 [อินทราเน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/

7. ทิพย์วรรณ โพธิ์ตา, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562; 27(2): 180-189.

8. เดือนเพ็ญ ศิลปอนันต์. ทำไมจึงมาฝากครรภ์: ทัศนะของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2557; 4(2): 125-134.

9. พรทิพย์ เรืองฤทธิ์ และสินีนาฏ หงส์ระนัย. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลแม่สรวยจังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร 2564; 14(1): 44-54.

10. กัญยา ทูลธรรม และสุภาพร สุภาทวีวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด อัตราความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2566; 20(2): 75-88.

# ผลการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประชากรวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 7

# PERFORMANCE PROMOTES DESIRABLE HEALTH BEHAVIORS IN THE WORKING-AGE POPULATION IN HEALTH AREA 7

(Received: January 4,2024 ; Revised: February 18,2024 ; Accepted: February 21,2024)

**วาสนา มงคลศิลป์**[1]
**Wasana mongkolsil**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชากรวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 7 ก่อนและหลังดำเนินโครงการ กลุ่มเป้าหมายเป็นประชากรวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 480 คน ระยะเวลาวิจัย 1 ธันวาคม 2564 –31กรกฎาคม 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน ของกรมอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน chi-Square และ paired t - test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ไว้ที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า 1) ภาวะสุขภาพหลังดำเนินโครงการประชากรวัยทำงานมีรอบเอวและดัชนีมวลกายเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) 2) พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 4 ด้านเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินโครงการร้อยละ 33.5 เป็น ร้อยละ 40.8 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$)

**คำสำคัญ** : พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

**Abstract**

This research was action research aimed to evaluating the effectiveness of the desirable health behaviors promotion in working age population in our Public Health Region, pre-post test implementation. The population is the working age group, from 15 to 59 years old who is living in our Public Health Region. The 7, 480 people sample was studied from December 1st 2021 to July 31st 2022. Data was collected by health behavior, knowledge, and environmental factors questionnaires from the Thailand Health Department. Data were analyzed by numbers, percentages, averages, standard deviation, Chi-Square and paired t – test used to determine the level of significance with 0.05

Results: 1) Health condition improvements were found: after the project implementation, the sample had a significant at 0.05 level decrease in waist circumference and average body mass index with $p < 0.05$ 2) Desirable Health Behaviors in 4 dimensions increased from 33.5% before the project to 40.8% with a statistical significance at 0.05 level ($p < 0.05$)

**Keyword: Desirable Health Behaviors**

## บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีตามกระแสโลกาภิวัฒน์ เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชากร ปัจจุบันพบว่าประชากรมีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs (non-communicable diseases ) เพิ่มมากขึ้น โดยทั่วโลกมีประชากรเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 320,000 คนต่อปี ในประเทศไทยมีประชากรเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 75 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด ประเทศไทยมีประชากรวัยทำงาน อายุ 15 – 59 ปี จำนวน 56.24

[1] กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ล้านคน ประชากรที่อยู่ในวัยแรงงาน พร้อมทำงาน 38.55 ล้านคน ภาคเกษตรกรรม 11.50 ล้านคน นอกภาคเกษตรกรรม 26.57 ล้านคน ประชากรวัยทำงานมีความเสี่ยง และมีแนวโน้มในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) เพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ยังมีปัญหาการบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุจากยานพาหนะ ปัญหาความเครียดจากการทำงาน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดอื่นๆ ประชากรในเขตสุขภาพที่ 7 มีสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นอันดับหนึ่งในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เป็นการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน รองลงมาคือ การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 14.45, 18.44, 24.56, 26.78, 30.69, 33.37, 37.82, 39.73, 40.07, 40.92 และ 45.13 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ 10.39, 10.67, 14.91, 15.09, 17.7, 18.19, 19.35, 21.32, 22.17, 20.19 และ 21.52 ต่อแสนประชากร โดยการเสียชีวิตดังกล่าวมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ จากข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ประชากรในพื้นที่เขตสุขภาพที่ **7** มีการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมทางกายอื่นในช่วง 30 วันที่ผ่านมาเพียงครึ่งหนึ่ง และเนือยนิ่งเกิน 2 ชั่วโมงสูงถึง ร้อยละ 59.2 การรับประทานผักน้อยกว่า 5 ขีดต่อวัน ร้อยละ 42.5 การนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมง ต่อวัน ร้อยละ ๒0.8 การแปรงฟันก่อนนอนนาน 2 นาทีทุกวัน ร้อยละ 64.3 นิยมปรุงเค็มเพิ่มในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ร้อยละ 70.5 (ผลการพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน ปี 2562.) ประชากรในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 32.90 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศที่มีดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ที่ร้อยละ 28.40 และพบว่าประชากรมีการสูบบุหรี่สูงกว่าระดับประเทศ ร้อยละ 19.8, โดยจังหวัดกาฬสินธุ์มีการสูบบุหรี่สูงที่สุด ร้อยละ 22.9[13]จากปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นผลให้เกิดปัญหา ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์และเกิดภาวะอ้วนลงพุง เพิ่มความเสี่ยงต่ออัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทุกระดับและเป็นภาระค่าดูแลรักษาในระดับชาติที่เปล่าประโยชน์ แต่กลุ่มโรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้ด้วยการลดพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งปัจจุบันการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนา “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) โดยเฉพาะประชากรกลุ่มวัยทำงานที่เป็นกำลังหลักสำคัญของประเทศในการสร้างงาน สร้างรายได้ให้กับรัฐ ซึ่งถ้าประชากรวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จะทำให้สุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ กรมอนามัยได้วางกรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.2560 - 2564 โดยมีกลยุทธ์ในการดำเนินงาน 2 ประเด็นได้แก่ 1) พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของกลุ่มวัยทำงาน 2) การเตรียมความพร้อมวัยทำงานเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ตั้งเป้าประสงค์ประชากรวัยทำงาน“วัยทำงาน หุ่นดี - สุขภาพดี - มีความสุข” คือมีดัชนีมวลกายปกติ (BMI 18.5 - 22.9 กิโลกรัม/เมตร$^2$) เน้นพฤติกรรมพึงประสงค์ 4 ด้าน คือ 1) มีพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้สด ลดอาหารหวาน มัน เค็ม 2 )มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ 3) พฤติกรรมการนอน 4) มีการดูแลสุขภาพช่องปาก[2,3]

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นหน่วยสังกัดกรมอนามัย มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ร่วมกับภาคีเครือข่ายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด มหาสารคาม ขอนแก่น และกาฬสินธุ์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงาน ตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของกรมอนามัย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

ประชากรวัยทำงานในชุมชนให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง สามารถป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมได้ และก้าวสู่การเป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างยาวนานที่สุด

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อประเมินผลของการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชากรวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 7 ก่อนและหลังดำเนินโครงการ

2. เพื่อทราบภาวะอ้วนลงพุงของของประชากรวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 7

3. เพื่อทราบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชากรวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 7

**รูปแบบการวิธีวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย วันที่ 1 ธันวาคม 2564 – 31กรกฎาคม 2565

**ขั้นตอนการศึกษาวิจัย**

ขั้นตอนการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยแต่ละระยะมีความสัมพันธ์และผลต่อกัน ดังนี้

**ระยะที่ 1 เตรียมการ** ประชุมชี้แจงการร่วมวิเคราะห์สถานการณ์และจัดทำแผนการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดและระดับอำเภอครอบคลุม 77 อำเภอในเขตสุขภาพที่ 7

**ระยะที่ 2 การดำเนินการ** การประสานความร่วมมือขับเคลื่อนการดำเนินงาน พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ดำเนินโครงการในพื้นที่ และติดตามเยี่ยมเสริมพลังสนับสนุนการดำเนินงาน

1.ประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างแกนส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครอบคลุม 77 อำเภอในเขตสุขภาพที่ 7

2. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด, อำเภอ, ตำบล ในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยพื้นที่มีการดำเนินงานตามแนวทางดังนี้

2.1 จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่

2.2 มีแกนนำและบุคคลต้นแบบส่งเสริมสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในพื้นที่

2.3 มีการสวนสาธารณะเพื่อการออกกำลังกาย, สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ตลาดสดน่าซื้อ ร้านค้าลดหวาน มัน เค็ม เมนูชูสุขภาพ

2.4 มีการจัดตั้งกลุ่มกีฬาสัมพันธ์ จัดการแข่งขันกีฬาและ ร้านอาหารอาหารลดหวานมัน เค็ม งานบุญปลอดเหล้า น้ำอัดลม ในเทศกาลงานบุญประเพณีต่างๆ

2.5 จัดตั้งชมรมออกกำลังกาย /กีฬาต่าง เช่น แอโรบิก บาสโลป จักรยาน

2.6 มีการจัดอบรมให้ความรู้ส่งเสริมสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ประชากรในพื้นที่

2.7 การกลุ่มไลน์, สื่อเสียงตามสาย, หรือช่องทางอื่นๆในการสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งเสริมสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. ติดตามเยี่ยมเสริมพลังคืนข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่สนับสนุนวิชาการ และสังเกตการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

**ระยะที่ 3 การประเมินผล** จัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนเพื่อพัฒนาปรับปรุงแผนงานโครงการ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ( Simple Random Sampling) ประชากร/กลุ่มเป้าหมายในการเก็บข้อมูล เป็นประชากรวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 7 ใน 4 จังหวัดๆละ 120 คน รวมทั้งสิ้น 480 คน โดยแต่ละจังหวัดสุ่ม 2 อำเภอๆละ 1 ตำบลๆละ 1 หมู่บ้านๆละ 60 คน รวมทั้งสิ้น 480 บุคลากรในการเก็บข้อมูล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้แอปพลิเคชันในการเก็บข้อมูล ติดตามการเก็บข้อมูลโดยการ

ประสานงานผู้รับผิดชอบงานวัยทำงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

**เครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล**

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงานของกรมอนามัยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว และกรมอนามัยได้เผยแพร่แก่ภาคีเครือข่ายใช้ในการเก็บข้อมูลของประชากรวัยทำงานอายุ 15- 59 ปี ในพื้นที่ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ชุดคำถามประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย พฤติกรรมบริโภคผัก พฤติกรรมการเคลื่อนไหว พฤติกรรมการนอน พฤติกรรมการแปรงฟัน

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ประกอบด้วยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และลงรหัส บันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) รายงานด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 4 ด้าน ก่อนและหลังการดำเนินโครงการใช้สถิติ paired t – test และวิเคราะห์ภาวะอ้วนลงพุงของประชากรวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้สถิติ chi-Square กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ไว้ที่ p <0.05

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย ที่ สธ ๐๙๑๗.๐๒/จ.๑๒ ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2564 โครงการ 043

**ผลการวิจัย**

ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 16.3 อายุ 30 - 44 ปี ร้อยละ 31.2 อายุ 45 - 59 ปี ร้อยละ 52.5 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 43.16 ± 10.925 ปี เพศชาย ร้อยละ 26.9 เพศหญิง ร้อยละ73.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรร้อยละ 51.2 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 15.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.5

**ตารางที่ 1 ภาวะอ้วนลงพุงของประชากรวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 7 (n=480 ราย)**

| ภาวะสุขภาพ | ก่อน | หลัง | p-value |
|---|---|---|---|
| **1. ดัชนีมวลกาย** | | | |
| Mean ± SD | 24.67±4.03 | 24.34±3.99 | < 0.001* |
| - น้อยกว่า18.5 กิโลกรัม/เมตร$^2$ (ผอม) | 16(3.3%) | 18(3.8%) | |
| - 18.5 - 22.99 กิโลกรัม/เมตร$^2$ (ปกติ) | 157(32.7.%) | 183(38.1%) | |
| - 23 - 24.99 กิโลกรัม/เมตร$^2$ (ท้วม) | 110(23%) | 103(21.4%) | |
| - มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร$^2$(อ้วน) | 197(41%) | 176(36.7%) | |
| **2. รอบเอว (ไม่เกินส่วนสูงเซนติเมตร/2)** | | | |
| Mean ± SD | 79.65±11.61 | 78.65±11.32 | < 0.001* |
| - ปกติ | 231(48.1%) | 259(54%) | |
| - เกิน | 249(51.9%) | 221(46%) | |

* p - value จากสถิติ chi-Square มีนัยสำคัญทางสถิติ p <0.05

จากตารางพบว่า

1) กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกาย ก่อนดำเนินโครงการร้อยละ 32.7 หลังดำเนินโครงการร้อยละ 38.1 หลังดำเนินโครงการกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายปกติ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้วม ก่อนดำเนินโครงการร้อยละ 22.5 หลังดำเนินโครงการร้อยละ 21.5 หลังดำเนินโครงการกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้วมลดลง กลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วน ก่อนดำเนินโครงการร้อยละ

41.1 หลังดำเนินโครงการร้อยละ 36.7 กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยก่อนดำเนินโครงการ 24.67±4.03 กิโลกรัม/เมตร$^2$ หลังดำเนินโครงการ 24.34±3.99 กิโลกรัม/เมตร$^2$ หลังดำเนินโครงการกลุ่มตัวอย่าง ดัชนีมวลกายปกติเพิ่มขึ้น มีภาวะท้วมและอ้วนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

2) กลุ่มตัวอย่างมีเส้นรอบเอว ก่อนดำเนินโครงการร้อยละ 48.1 หลังดำเนินโครงการร้อยละ 54 กลุ่มตัวอย่างภาวะเส้นรอบเอวเกิน ก่อนดำเนินโครงการร้อยละ 51.9 หลังดำเนินโครงการร้อยละ 46 กลุ่มตัวอย่างมีเส้นรอบเอวเฉลี่ยก่อนดำเนินโครงการ 79.65±11.61 เซนติเมตร หลังดำเนินโครงการ 78.65±11.32 เซนติเมตร หลังดำเนินโครงการกลุ่มตัวอย่างมีเส้นรอบเอวปกติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

**ตารางที่ 2 พฤติกรรมที่พึงประสงค์ของประชากรวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 7 ก่อนและหลังดำเนินโครงการ**

| พฤติกรรม | ก่อน | หลัง | p-value |
|---|---|---|---|
| 1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ครบ 4 ด้าน | 161 (33.5%) | 196 (40.8%) | < 0.001* |
| 2. บริโภคผักวันละ 5 ทัพพี 4 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป | 382 (79.6%) | 385 (80.2%) | |
| 3. มีกิจกรรมทางกายจนเหนื่อยกว่าปกติ มากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ | 235 (49.0%) | 275 (57.3%) | |
| 4.นอนหลับวันละ 7-9 ชั่วโมง 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป | 415 (86.5%) | 436 (90.8%) | |
| 5 แปรงฟันก่อนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์นานอย่างน้อย 2 นาทีทุกวัน | 374 (77.9%) | 379 (79.0%) | |

* p - value จากสถิติ paired t - test มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

จากตารางพบว่า

1) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคผักวันละ 5 ทัพพี (1 ทัพพี = 3 ช้อนกินข้าว) 4 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป ก่อนดำเนินโครงการร้อยละ 79.6 หลังดำเนินโครงการร้อยละ 80.2

2) กลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมการขยับร่างกายจนเหนื่อยกว่าปกติ มากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ ก่อนดำเนินโครงการร้อยละ 49 หลังดำเนินโครงการร้อยละ 57.3

3) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการนอนหลับวันละ 7-9 ชั่วโมง 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป ก่อนดำเนินโครงการร้อยละ 86.5 หลังดำเนินโครงการร้อยละ 90.8

4) พฤติกรรมการแปรงฟันก่อนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ นานอย่างน้อย 2 นาทีทุกวัน ก่อนดำเนินโครงการร้อยละ77.9 หลังดำเนินโครงการร้อยละ 79

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบ 4 ด้าน ก่อนดำเนินโครงการ ร้อยละ 33.5 หลังดำเนินโครงการ 40.8 หลังดำเนินโครงการกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบทั้ง 4 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

**อภิปรายผล**

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบ 4 ด้าน หลังดำเนินโครงการดีกว่าก่อนการดำเนินการ เนื่องจากการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในเขตสุขภาพที่ 7 มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย[4] แบบบูรณาการทุกภาคส่วนขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด, อำเภอ, ตำบล ภายใต้ชุดกิจกรรม การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในพื้นที่จากองค์กรบริหารการปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างแกนนำที่มีความรู้และสามารถเป็นต้นแบบในด้านการส่งเสริมสุขภาพและให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ได้ ผสานกลุ่มกีฬาสัมพันธ์ อาหารลด หวาน มัน เค็ม ในประเพณีท้องถิ่นเทศกาลงานบุญ[8,9,10] ส่งผลให้การดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในประชากร

วัยทำงานเขตสุขภาพที่ 7 ประสบความสำเร็จ ประชากรวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 7 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นภาวะอ้วนลงพุงลดลง

**ข้อเสนอแนะ**

เน้นการประสานบูรณาการและดำเนินงานในระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม ทุกภาคส่วน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน สนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสร้างความรอบรู้สุขภาพให้แก่ประชากร ควรมีการจัดตั้งศูนย์ตรวจสอบข่าวเท็จด้านสุขภาพบนสื่อออนไลน์ เพื่อป้องกันการเกิดความเข้าใจด้านสุขภาพที่คลาดเคลื่อน สนับสนุนให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานระดับต่างๆในพื้น มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาใช้เป็นเครื่องมือ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ สร้างความรอบรู้สุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมทั้งมีการสร้างขวัญกำลังใจ และมีการจัดตั้งหน่วยงานสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) ในระดับพื้นที่ต่อไป

**เอกสารอ้างอิง**

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561. (ออนไลน์) เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2565 เข้าถึงจากhttp://bps.moph.go.th
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564).2559.สืบค้นจาก http://planning.anamai.moph.go.th/ เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2565
3. กองกิจกรรมทางกาย กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.ข้อแนะนำการส่งเสริมกิจกรรมทางกายการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งและการนอนหลับ.นนทบุรี :บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด, 2560.
4. กองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน. สืบค้นจาก http://www.hed.go.th/ เมื่อวันที่ 22 ธ.ค.64
5.กองโภชนาการกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2549.----
6. กระทรวงสาธารณสุข. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/ เมื่อวันที่ 30 ธ.ค.2564.
7. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง* ดวงเนตร ธรรมกุล.การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 : กรกฎาคม - ธันวาคม ปี 2558.
สืบค้น https://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/article_detail.php?ArticleID=175467
8. คู่มือเฝ้าระวังการเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน ปี 2564. กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี,2564
9. คู่มือเฝ้าระวังการเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน ปี 2565. กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี,2565
10. โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ รายงานการประชุมระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ.นนทบุรี:บริษัท ธนาเพรส จำกัด ; 2556.
11. พลอยณญารินทร์ ราวินิจ, อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม.ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากร ตำบลชะแมบ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมาร.ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม-ธันวาคม 2559.

12. แสงเดือน กิ่งแก้ว,นุสรา ประเสริฐศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้องรังหลายโรค.
สืบค้นจาก https://www.tcithaijo.org/index.php/tnaph/article/view/47244. เมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2561.
13. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขรายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทยการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2553-2557. นนทบุรี : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ ; 2559
14. อังศินันท์ อินทรกำแหง. การวิเคราะห์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วน.สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรกฎาคม 2556.
สืบค้น http://bsri.swu.ac.th/teachers/ungsinun.htm. เมื่อวันที่ 22 ธ.ค. 2565

# การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน หน่วยบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 (หัวทะเล) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

# Development of Palliative Care System for End of life at Primary Care Unit Muangya 4 (hauthale) Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

(Received: January 4,2024 ; Revised: February 21,2024 ; Accepted: February 24,2024)

**ผุสดี ด่านกุล**[1]
**Pusadee Dankul**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ใช้วิธีเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาสถานการณ์การจัดการระบบดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน, เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านและเพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 (หัวทะเล) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้ให้บริการจำนวน 35 คน, ผู้รับบริการได้แก่ผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 15 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 15 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงลึกลึกและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ผลการวิจัยในส่วนของผู้ให้บริการเกี่ยวกับสถานการณ์จัดระบบระบบดูแลแบบประคับประคอง ของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะในการดูแล, ไม่มีระบบข้อมูลและการประสานงานที่ครอบคลุม, การสนับสนุนด้านอุปกรณ์เวชภัณฑ์ในการดูแลไม่เพียงพอ , การมีส่วนร่วมของทีมและเครือข่ายไม่ชัดเจน ผลประเมินการสังเกตพฤติกรรมพบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.74) ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายโดยรวมอยู่ในระดับดี และมีระดับความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D) เท่ากับ 0.57 ในส่วนของผู้รับบริการซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแล ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้และทักษะในการดูแล, ขาดวัสดุอุปกรณ์ในการดูแล, ไม่มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ, ขาดรายได้และค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอต่อการเข้าถึงระบบบริการที่ยุ่งยากซับซ้อน, ระยะเวลารอคอยนานและมีอุปสรรคในการเดินทางมารับการรักษาความทุกข์ทรมานจากภาวะการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อน จากการรักษาผู้ป่วยและญาติมีระดับความพึงพอใจโดยรวมมากที่สุดต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ0.49

**คำสำคัญ** : ระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

**Abstract**

This research was Research and Development. Use qualitative and quantitative methods. The objectives are to study the situation of palliative care system at home, to develop a model for palliative care system at home, and to study results of the development of palliative care system at the home in Primary Care Unit 4 (Hua Thale), Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Informants include: 35 service providers, 15 end of life patients and 15 caregivers of end of life patients. Data were collected by in-depth interviews and questionnaires. Analyzed by in-depth content analysis and using percentage, mean and standard deviation (S.D.) statistics.

Results on the part of service providers situation in palliative care systems at home. Most service providers have appropriate knowledge and skills in providing care, but not have referral patient information and coordination system, lack

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

of medical equipment for care. The results of the behavioral observation evaluation found that most service providers (94.74%) followed the guidelines for palliative care at a good level. and had the highest level of satisfaction with the palliative care system at home; mean is 4.60 and standard deviation (S.D) is 0.57. As for service recipients, which consist of end-of-life patients and their caregivers; Most of them do not have enough knowledge and skill to take care of them, lack the materials and equipment to take care of them, no resource for support, Insufficient income into access to the complicated service systems, Long waiting times to see a doctor and have many problems to transfer patient to receive treatment for suffering and complications. From treatment, patients and relatives had the highest level of satisfaction with the palliative care system at home; mean is 4.57 and the standard deviation (S.D.) is 0.49.
**Keywords**: Palliative care system for end-of-life patients at home

**บทนำ**

โรคมะเร็งเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นอยู่ถาวรและใช้เวลานาน เป็นโรคที่มีความก้าวหน้าต่อไปตลอดเวลา ซึ่งอาจเสียชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรกับร่างกาย มีผลต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังมักรู้สึกว่าตนเองถูกควบคุมด้วยความเจ็บป่วย ทุกข์ทรมาน และต้องเข้าถึงบริการ ผลกระทบต่อชีวิตและ บุคคลรอบในครอบครัว ลักษณะของความเจ็บป่วยเรื้อรังและความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นพลวัตรตลอดเวลา ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือจากทุกภาคส่วน รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดระยะเวลาของการรักษา เพื่อคุณภาพชีวิต จึงต้องการความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษา ที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับบทบาทของพยาบาลจะต้องเข้าใจการรับรู้ของผู้ป่วย โดยการประเมิน และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้การดูแล เพื่อให้มีความไว้วางใจสำหรับ การรักษา [1]

จากสถานการณ์การเกิดโรคมะเร็ง โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก และ มีแนวโน้มว่าจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน โรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยใหม่จำนวน 18.1 ล้านราย พบผู้ป่วยมะเร็งปอด 2.1 ล้านราย มะเร็งเต้านม 2.1 ล้านราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.8 ล้านราย มะเร็งต่อมลูกหมาก 1.3 ล้านราย และมะเร็งกระเพาะอาหาร 1.0 ล้านราย ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต 9.6 ล้านคน เป็นผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปอด 1.8 ล้านคน มะเร็งลำไส้ 881,000 คน มะเร็งกระเพาะอาหาร 783,000 คน มะเร็งตับ 782,000 และมะเร็งเต้านม 627,000 คน นอกจากนี้สถานการณ์การเจ็บป่วยโดยโรคมะเร็งมีความรุนแรงมากขึ้น และจากการสำรวจสถานการณ์ทั่วโลก มีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองมากว่า 56.8 ล้านคน ในจำนวนนั้น ผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตมากถึง 25.7 ล้านคน [2]

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ว่า การดูแล แบบประคับประคอง หมายถึง “รูปแบบการดูแลที่เป็นไปเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคหรือพยาธิสภาพ ที่คุกคามชีวิตไม่ว่าจะเป็นโรคใดและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ด้วยการประเมินให้ได้ตั้งแต่แรกที่เริ่มวินิจฉัย และจัดการกับอาการปวดและปัญหาต่าง ๆ ให้การดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ” หลักการของการดูแลแบบประคับประคองประกอบด้วย การบรรเทาปวดและอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ตระหนักถึงความเป็นจริง หรือสัจธรรมของชีวิตว่าความตายเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ ไม่เร่งและไม่ยื้อความตาย ให้การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จัดให้มีระบบสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างปกติที่สุด

จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และเพื่อช่วยให้ครอบครัวรับมือ (cope) ในระหว่างการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงสามารถเผชิญกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียได้ มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวโดยทีมสุขภาพ และให้การปรึกษาเกี่ยวกับการเยียวยาภาวะเศร้าโศกของครอบครัว ภายหลังการสูญเสีย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด การดูแลแบบประคับประคอง ควรเริ่มในระยะแรก ๆ ของการเจ็บป่วยควบคู่ ไปกับการรักษาหลักที่เป็นไป เพื่อยืดชีวิตของผู้ป่วย เช่น การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี โดยมีการประเมิน ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เข้าใจและสามารถจัดการกับภาวะแทรกซ้อนและความทุกข์ทรมานต่างๆ ได้ดีขึ้น [3]

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 1,500 เตียง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบประชากรในเขตจังหวัดนครราชสีมา และ รับการส่งต่อการรักษาจากจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดสุรินทร์ และจังหวัดบุรีรัมย์ จากสถิติของผู้มารับบริการที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปี 2565 พบว่าอัตราป่วย 5 อันดับแรก คือ 1)โรคมะเร็ง (เนื้องอก) 2)โรคระบบกล้ามเนื้อร่วมโครงสร้างและเนื้อเยื่อที่เกี่ยวพัน 3) โรคระบบไหลเวียนโลหิต4) โรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์5) โรคที่เกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตะบอลิซึม ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายเมืองย่า 4 (หัวทะเล) กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ประกอบไปด้วย ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง หัวทะเล, ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 2 (วัดป่าสาลวัน) ,ศูนย์แพทย์ชุมชนคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจอหอ และสถานีกาชาดที่ 4 ดูแลประชากรรับผิดชอบจำนวน 65,000 คน และมีเครือข่ายของอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 หน่วยบริการปฐมภูมิ และจากสถิติสาเหตุการตาย 5อันดับแรกปี2565 คือ1)โรคมะเร็งและเนื้องอก 2)โรคระบบไหลเวียนโลหิต 3)โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน 4) โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตะบอลิซึม5) ชราภาพ

จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้เห็นว่าการจะดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านให้บรรลุตามเป้าหมายขององค์กร ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาล จึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลโดยการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วน ตั้งแต่ทีมผู้ให้บริการ(ทีมสหวิชาชีพ) ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ร่วมในการวางแผน ส่งต่อ เพื่อการดูแลที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม และทำให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายการตายอย่าง สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ [4] โดยการสร้างรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อให้เกิดระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านและสามารถขยายผลไปยัง หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการระบบดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ของหน่วยบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 (หัวทะเล) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านของหน่วยบริการ ปฐมภูมิเมืองย่า 4 (หัวทะเล) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ของหน่วยบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 (หัวทะเล)โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

ตามใช้การพัฒนาวงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (Deming cycle) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผน (P-Plan) ระยะปฏิบัติการ (D-Do) ระยะติดตามประเมินผล พัฒนา (C-Check) ระยะปรับปรุงกิจกรรมและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (A-Act) จนเกิดผลผลิตหรือผลลัพธ์(Outputs and outcomes)

**ประชากรกลุ่มตัวอย่าง**

ประกอบด้วย 1)ทีมผู้ให้บริการ โดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง( Purposive Sampling ) ได้แก่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 10 คน พยาบาลวิชาชีพ 20คน นักกายภาพบำบัด 2คน แพทย์แผนไทย 3 คน รวมทั้งสิ้น 35 คน 2) ผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 15 คน 3) ผู้ดูแล จำนวน 15 คน ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566 รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 65 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1.แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์ ระบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายเมืองย่า 4 (หัวทะเล) โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ดังนี้

1.1 กลุ่มผู้ให้บริการ ใช้ในรูปแบบการสนทนาสัมภาษณ์เชิงลึก กับกลุ่มผู้ให้บริการ ที่ดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ซึ่งประกอบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เนื้อหาในการสนทนาประกอบด้วย1)สถานการณ์ปัญหาของการดูแล ผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านในปัจจุบัน 2)แนวทางหรือระบบที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะที่บ้าน 3)ข้อเสนอแนะหรือกิจกรรมในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

1.2 ผู้ป่วยระยะท้ายใช้รูปแบบการสัมภาษณ์รายบุคคล ประกอบด้วย 1)ข้อมูลส่วนบุคคลและการรับรู้สภาวะสุขภาพ 2)ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง 3)ปัญหาอุปสรรคในการมารับบริการ 4)ค่าใช้จ่ายและแหล่งสนับสนุน 5)การได้รับข้อมูล คำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ 6)การดูแลต่อเนื่อง 7)การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา 8)ความพึงพอใจต่อบริการ 9)การต้องการความช่วยเหลือและข้อเสนอแนะ

1.3 ผู้ดูแล ใช้รูปแบบการสัมภาษณ์รายบุคคล ประกอบด้วย 1)สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบัน2)ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย3)ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย4)การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 5)การมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลขณะเข้ารับการรักษา ก่อนการจำหน่าย และหลังออกจากโรงพยาบาล 6)ปัญหาอุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหา 7)ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย 8)ความคิดเห็นต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลและต่อเนื่องในชุมชน 9)ความต้องการการช่วยเหลือ และข้อเสนอแนะ

2 แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้ติดต่อขอใช้เครื่องมือจากการวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลอุดรธานี โดยมิได้ทำการดัดแปลงเครื่องมือของผู้วิจัยเดิม จำนวน 19 ข้อ มีค่าคะแนน 0-1 หมายถึงไม่ปฏิบัติและปฏิบัติ

3. แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้ติดต่อขอใช้เครื่องมือจากการวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลอุดรธานี โดยมิได้ทำการดัดแปลงเครื่องมือของผู้วิจัยเดิม ซึ่งผู้วิจัยเดิมได้ทำการทดสอบเครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ1)ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ 2)ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะ

ท้าย เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งมีระดับคะแนน 1-5 หมายถึงพึงพอใจน้อยที่สุด ถึงมากที่สุด 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบการดูแลแบบประคับประคอง ของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน จำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย 1)ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ 2)ความพึงพอใจด้านการได้รับข้อมูล 3)ความพึงพอใจด้านการดูแลความสุขสบาย 4)ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม 4)ความพึงพอใจด้านการมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย 5)ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วย 6) ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยของทีมผู้รักษาพยาบาล โดยรวม มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับมีค่าคะแนน1 ถึง 5 หมายถึงพึงพอใจน้อยที่สุด ถึงมากที่สุด

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ได้ติดต่อขอใช้เครื่องมือจากการวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลอุดรธานี โดยมิได้ทำการดัดแปลงเครื่องมือของผู้วิจัยเดิม ซึ่งผู้วิจัยเดิม ได้ทำการทดสอบเครื่องมือ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบการดูแลแบบประคับประคอง ของผู้ป่วยระยะท้าย และแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวต่อระบบการดูแลแบบประคับประคอง ของผู้ป่วยระยะท้าย ทดสอบความเชื่อมั่นวิธี Chronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และ0.9

**ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาระบบตามการพัฒนาในวงจรพัฒนาของเดมมิ่ง (Deming Cycle) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย**

1) การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการทบทวนความรู้ การเก็บรวบรวมข้อมูล การทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการสอบถามผู้มีความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน เพื่อกำหนดกรอบในการศึกษา

2) ทำการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ การจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย ระยะท้ายที่บ้าน ตั้งแต่ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลจนกระทั่งถึงบ้าน

3) ขออนุญาตทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายเมืองย่า 4 (หัวทะเล) โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา จำนวน 5 แห่ง ประกอบไปด้วย ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 1 (หัวทะเล) ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง2(วัดป่าสาลวัน)ศูนย์แพทย์ชุมชนคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจอหอ และสถานีกาชาดที่ 4 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้บริการ แลกเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน รวมไปถึงปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

4) จัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ตั้งแต่ระบบบริการ ระบบสนับสนุน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

**ระยะที่ 2 วางแผนตัดสินใจแนวทางการแก้ปัญหา**

1) นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ นำเสนอให้กับคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายเมืองย่า 4 (หัวทะเล) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา รับทราบ

2) ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ศึกษา และผู้ให้บริการ โดยมีการกำหนดเป้าหมาย และแนวทางแก้ไขร่วมกัน

3) ร่วมกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

4) ร่วมจัดทำแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน โดยการ

พัฒนาศักยภาพของทีมบุคลากร และคู่มือในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

**ระยะที่ 3 การปฏิบัติตามแผนที่ตั้งไว้** โดยมีการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน จุดแข็ง จุดอ่อน ให้กับผู้เกี่ยวข้อง โดยมีการปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

**ระยะที่ 4 การประเมินผล** โดยกำหนดแนวทางในการประเมินผล ดังนี้

1) การประเมินผลกระบวนการโดยการมีส่วนร่วมของกิจกรรม

2) ประเมินผลลัพธ์ของการศึกษา 2.1) คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ 2.2) คะแนนความพึงพอใจของผู้ให้บริการ 2.3) มีแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทั้งขณะเก็บรวบรวมข้อมูล และหลังเสร็จสิ้นการรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้แผนผังในการจัดกลุ่มข้อความสำคัญสรุปประเด็นที่สำคัญ และนำไปเปรียบเทียบกับทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนให้เห็นปัญหาเพื่อความสอดคล้องกับการเก็บรวบรวมข้อมูล จะสามารถมองเห็นแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

**ผลการศึกษา**

1.สถานการณ์ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านในปัจจุบัน นำเสนอผลการศึกษาพัฒนาวงจรคุณภาพพัฒนาของ (Deming Cycle) พบประเด็นปัญหาที่ต้องมีการพัฒนา ตามกรอบแนวคิดการดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของWHO จำนวน 6 ด้าน

1.1 **ผู้ป่วยและครอบครัวถือว่าเป็นศูนย์กลางของการดูแล** พบว่า เจ้าหน้าที่ไม่มีแนวทางและทักษะในการดูแล ข้อมูลที่ได้รับไม่ครบถ้วน เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีไม่เพียงพอกับ ความต้องการของผู้ป่วย เช่นเตียงนอน ที่นอนลม และญาติไม่มีความมั่นใจในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องใช้เครื่องผลิตออกซิเจน ระบบการประสานงานไม่ชัดเจน การพัฒนาครั้งนี้ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพให้กับทีมสหวิชาชีพ โดยการจัดทำแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย ระยะท้ายที่บ้าน เพื่อเพิ่มทักษะและการดูแล มีระบบการบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วนในแฟ้มประจำครอบครัว มีระบบการประสานงานเรื่องของข้อมูลของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยผ่านศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ของโรงพยาบาลและกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และมีระบบสนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์การแพทย์เพื่อนำไปใช้ที่บ้าน เช่น ที่เตียงนอนที่นอน ลม เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ โดยผ่านศูนย์ GIVE & TAKE ของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และศูนย์พัฒนาฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ เทศบาลนครนราชสีมา

1.2 **การดูแลแบบองค์รวม เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน** พบว่ายังมีปัญหา ด้านบรรเทาอาการปวดไม่มีแบบประเมินผู้ป่วยที่ชัดเจนในการดูแลรักษา เจ้าหน้าที่ไม่สามารถใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ เจ้าหน้าที่ไม่มีความมั่นใจในการใช้ Syringe driver การพัฒนาครั้งนี้ได้แก่ ควรมีแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ในเรื่องของอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบด้วย อาการปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง อาการท้องผูกและท้องเสีย อาการหายใจลำบาก อาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลด และอาการสับสน และมีระบบการเข้าถึงยา ในการบรรเทาความทุกข์ทรมาน

1.3 **ความต่อเนื่องในการดูแล** พบว่าไม่มีข้อมูลในการดูแลที่ต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพกับครอบครัวผู้ป่วยยังมีน้อย ระบบข้อมูลและการส่งต่อยังไม่ครอบคลุม ไม่มีระบบหรือแนวทางที่ชัดเจนที่ช่วยสนับสนุนการดูแลที่ต่อเนื่อง การพัฒนาครั้งนี้ได้แก่ จัดทำระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องสำคัญและครบถ้วนของผู้ป่วยในการดูแล มีระบบส่งต่อ และสนับสนุนในสถานบริการ และในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

1.4 **การดูแลแบบเป็นทีม** พบว่า ไม่มีระบบการประสานงานที่ชัดเจน ระบบหรือแนวทาง การเยี่ยมบ้านไม่ชัดเจน ระบบสนับสนุนในชุมชนหรือภาคีเครือข่ายยังไม่ครอบคลุม ชัดเจน และเพียงพอ การพัฒนาครั้งนี้ได้แก่ จัดให้มีระบบประสานงานระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลประจำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนและนอกชุมชน มีระบบติดตามและประเมินผลที่ชัดเจนครอบคลุม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีมสหวิชาชีพ

1.5 **ส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล** พบว่า การเสริมศักยภาพเจ้าหน้าที่ ครอบครัว ชุมชน ภาคีเครือข่ายไม่ชัดเจน ไม่มีการประสานงานในระดับครอบครัว ชุมชน ภาคีเครือข่าย อุปกรณ์ สิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อการดูแล การพัฒนาครั้งนี้ได้แก่ ส่งเสริมสนับสนุนการดูแล พบว่า จัดให้มีการอบรมเสริมสร้างทักษะ และศักยภาพในการดูแลของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย มีการประสานงานในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการสนับสนุนจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นให้ผู้ป่วยนำไปใช้ที่บ้านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย และในกรณีที่ไม่เพียงพอสามารถขอรับการสนับสนุนศูนย์พัฒนาฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ เทศบาลนครนราชสีมา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่สามารถในยืมได้ มีระบบการประสานงานเพื่อขอยืมอุปกรณ์ดังกล่าว โดยไม่มีค่าใช้จ่ายและไม่จำกัดระยะเวลาของการยืม

1.6 **เป้าหมายในการดูแล เน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว** พบว่า ไม่มีแนวทาง การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว การให้ข้อมูลการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ครอบคลุมตามเป้าหมายของการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การพัฒนาครั้งนี้ได้แก่ จัดทำระบบหรือแนวทางการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว มีการให้ข้อมูลหรือทางเลือกในการรักษาดูแลเพื่อใช้ในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ มีระบบการประสานภาคีเครือข่ายในการช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว ในด้านของเศรษฐกิจและสังคม

2.**ระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายหน่วยบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 (หัวทะเล) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา** โดยใช้กระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสามารถต่อยอดให้เกิดกิจกรรมคุณภาพทางการพยาบาลได้ โดย การจัดทำคู่มือเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน เช่น

2.1 การประเมินความสามารถด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ต้องมีดูแลแบบประคับประคองโดยใช้ ประเมิน Palliative Care Performance Scale for Suandok เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการสังเกตระดับPPS โดยผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินซึ่งระดับคะแนนตั้งแต่ร้อยละ0 ,10 ,20, 30 จนถึง100 สำหรับคะแนน 0 หมายถึงผู้ป่วยเสียชีวิตและคะแนน100 หมายถึงผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ปกติ โดยประเมินจาก การเคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร
และระดับความรู้สึกตัว

2.2 การพัฒนาคู่มือ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อใช้ในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ที่บ้าน ประกอบด้วยแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง หลักของ

การดูแลแบบประคับประคอง คำจำกัดความ การประเมินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แบบองค์รวม การใช้เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง บทบาทสหวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต การดูแลภายหลังเสียชีวิต และอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายและการจัดการอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง อาการท้องผูกและท้องเสีย อาการหายใจลำบาก อาการเบื่ออาหาร และน้ำหนักลด และอาการสับสน

**3. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง**

**3.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายบ้านของหน่วยปฐมภูมิเมืองย่า4(หัวทะเล) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา** โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$=4.57, SD=0.49) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดคือ ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม ($\bar{X}$=4.70, SD=0.47) รองลงมาคือความพึงพอใจด้านการได้รับข้อมูล ($\bar{X}$=4.63, SD=0.49) , ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยของ ทีมผู้รักษาพยาบาลโดยรวม($\bar{X}$=4.60, SD=0.51) ส่วนความพึงพอใจด้านการดูแลความสุขสบายมีความ พึงพอใจระดับมาก และมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$=4.43, SD=0.47) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความพึงพอใจด้านการได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ มีความพึงพอใจระดับมากและค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$=4.20, SD=0.41)

**3.2 ความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วย ระยะท้ายบ้านของหน่วยปฐมภูมิเมืองย่า4(หัวทะเล) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา** โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$=4.60 , SD=0.47) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดคือ การมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้งานท่านมีภาระงานเพิ่มมากขึ้นโดยไม่จำเป็น($\bar{X}$=4.83 , SD=0.45) รองลงมาคือการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการเป้าหมายการรักษาเป็นระยะมีส่วนสำคัญช่วยในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาของผู้ป่วยและญาติ ($\bar{X}$=4.74 , SD=0.45)และการมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่ดีขึ้น($\bar{X}$=4.69 ,SD=0.46),ท่านคิดว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวควรได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์($\bar{X}$=4.69, SD=0.46 ) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีระดับความพึงพอใจมากแต่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การมีหรือไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยงานท่านยังคงปฏิบัติเหมือนเดิม($\bar{X}$=4.17, SD=0.51 )

นอกจากผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ และยังพบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ของหน่วยปฐมภูมิเมืองย่า 4 (หัวทะเล) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยรวมการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 94.75 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด ได้แก่ ประเมินเพื่อวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS V2 < 30%) ,ประเมินปัญหาความต้องการผู้ป่วยและ/หรือญาติทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ , การให้ข้อมูล แผนการรักษาและเป้าหมายเป็นระยะโดยผู้ป่วยและ/หรือญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ , การดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอและจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ , ญาติผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง , การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และประสานรถรับ-ส่งกลับบ้านถ้าผู้ป่วยและญาติต้องการ การปฏิบัติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ การลงทะเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแบบบันทึกกิจกรรมการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติ , การให้การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน

ผู้ป่วย เช่นการรับประทานอาหาร การพลิกตะแคงตัว การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ เป็นต้น , เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้าย , กรณีเสียชีวิตในโรงพยาบาลประกอบพิธีขออโหสิกรรม , กรณีเสียชีวิตในโรงพยาลประกอบพิธีขออโหสิกรรมและกรณีเสียชีวิตนำส่งร่างผู้เสียชีวิตโดยเปลส่งส่งไปยังแผนกนิติเวช การปฏิบัติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 93.33) ตามลำดับ

ส่วนหัวข้อที่มีระดับปฏิบัติดี แต่คะแนนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการประสานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วยและ/หรือญาติ ,การตัดสินใจของผู้ป่วยและ/หรือญาติเกี่ยวกับแผนการรักษาแบบประคับประคอง และการเปิดโอกาสให้ญาติประกอบศาสนกิจหรือพิธีกรรม ตามความเชื่อ ร้อยละ 86.75 ตามลำดับ

**อภิปรายผล**

การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายบ้าน ของหน่วยปฐมภูมิเมืองย่า 4 (หัวทะเล) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยครอบคลุม ตั้งแต่ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลและกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลแบบเป็นองค์รวม ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดูแลตั้งแต่ บุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลที่เชื่อมโยง จากโรงพยาบาลสู่บ้าน และชุมชน ส่งผลให้ระบบการดูแลมีคุณภาพ ประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความ พึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยอภิปรายดังนี้

1. **ผู้รับบริการ** มีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายบ้านของหน่วยปฐมภูมิเมืองย่า4(หัวทะเล)โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาภรณ์ รักชาติ และคณะ[6] พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แบบประคับประคอง และระยะสุดท้ายประกอบด้วย การเชื่อมระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แบบประคับประคองระยะท้าย แบบไร้รอยต่อเสริมความรู้ การดูแลที่ทันสมัย จัดให้มีศูนย์อุปกรณ์ในชุมชน ใช้หลัก“บวร”บูรณาการในการทำงานดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกชพร เขื่อนธนะ และคณะ [7] ผลลัพธ์ของกระบวนการทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการ ได้ครอบคลุม มีคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจและการตายดีเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ยอดลักษ์ สัยลังกาและคณะ [8] พบว่าภาคประชาสังคมมีมุมมองมุ่งเน้นการดูแลด้านการจัดบริการสุขภาพ ที่บ้าน/ครอบครัว การสนับสนุนเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ การดูแลความเป็นอยู่คุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. **ผู้ให้บริการ** มีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายบ้านของหน่วยปฐมภูมิเมืองย่า4(หัวทะเล)โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ เทพประสิทธิ์ และคณะ [9] การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา ปลื้มใจ [10] พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจ ต่อรูปแบบที่สามารถบูรณาการให้เข้ากับบริการพยาบาลที่ง่ายต่อการปฏิบัติ มีความรู้เพิ่มขึ้นคู่กับการปฏิบัติ ดูแลผู้ป่วยองค์รวม เพิ่มคุณค่าในตนเองและวิชาชีพ หน่วยงานมีคุณภาพบริการพยาบาลอยู่ในระดับดีและดีมาก รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการระยะท้ายแบบประคับประคองในระดับมาก และสอดคล้องการศึกษาของวาสนา สวัสดีนฤนาท และคณะ [11] พบว่ารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองช่วยสนับสนุนให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้นเกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นควรนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย

**3. ด้านคุณภาพของงานบริการ** ผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแล ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านแบบเป็นองค์ ต่อเนื่อง เชื่อมโยงไปยังโรงพยาบาล การ

ส่งต่อข้อมูล การจัดหาอุปกรณ์เพื่อเตรียมใช้ที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนาภรณ์ รักชาติและคณะ[6] รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประกับประคองและ ระยะท้าย คือการเชื่อมระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายแบบไร้รอยต่อ และจัดให้มีศูนย์อุปกรณ์ในชุมชน

**4. ด้านองค์กร** เกิดระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านและสามารถขยายผลไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ภายใต้การทำงานร่วมกัน กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องการศึกษาของรัตนาภรณ์ รักชาติ และคณะ[6]พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง และระยะสุดท้าย ใช้หลัก“บวร”บูรณาการในการทำงานดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยดีขึ้น

**ข้อเสนอแนะ**

**1. ด้านบริหาร**

1.1. ควรมีการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและบริการ(ควบคุม/ กำกับ/ ติดตาม/นิเทศ ทั้งภายในภายนอก/รับรองคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง ในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยท้ายที่บ้าน

1.2. ส่งเสริมการนำรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อใช้ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคเรื้อรัง ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.3. ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เพื่อนำความรู้มาพัฒนางาน และถ่ายทอดความรู้ให้กับทีมสหวิชาชีพ

**2. ด้านบริการ**

2.1 การสร้างความรอบรู้ ให้กับประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ อย่างคุณภาพ และ ประสิทธิภาพ เช่น ในการแสวงหา บริการที่เหมาะสม สามารถมีส่วนร่วมอย่าง มีประสิทธิภาพ ในการดูแลตนเอง (Self Care) เพื่อให้มีสุขภาพดี หรือ ในการจัดการตนเอง ( Self Management)

2.2 ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของ ผู้ดูแล/ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา ให้สามารถดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่รับผิดชอบได้ ในขั้นต้น

2.3 ควรสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน เตียง หรือที่นอนลม รวมทั้งสนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรต่างๆ เช่น องค์กรเอกชน หรือหน่วยงานของรัฐ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

**3.ด้านวิชาการ**

3.1. สนับสนุนการศึกษาวิจัยในรูปแบอื่นๆ เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแล แบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

**เอกสารอ้างอิง**

1. สุวรรณี สิริเลิศตระกูล . การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. สมุทรปราการ: หจก.สินทวีกิจพริ้นติ้ง; 2555.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธ์ศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ(2563-2565).กรุงเทพฯ: โฆสิตการพิมพ์; 2563.
3. World Health Organization(WHO) WHO Definition of Palliative Care (Internet) 2018 (cited 2021 May 28)/available from:http:www:who.int.cancer/Palliative/ Definition/en
4. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล , ปาริชาติ เพียสุพรณ์ .มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง.พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น:ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.

5. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริม การจัดการสุขภาพตนเอง ของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแล. กรุงเทพฯ: หจกเทพเพ็ญวานิสย์; 2564.
6. รัตนาภรณ์ รักชาติ,สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กัญญา ศรีอรุณ, ปานจิตร์ วงศ์ใหญ่ และภัทรดนัย ไชยพรม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ.2564;4(2):1-19.
7. กชพร เขื่อนธนะ, จินตนา แสงจันทร์, รมิดา เชาว์ชวาเขต, ภัทรพล ดู่ผัด และจุฑามาศ ชาวส้าน. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข.2562;28(2): 273-85.
8. ยอดลักษ์ สัยลังกา, บุญมา สุนทราวิรัตน์ , รัตติกรณ์ มูลเครือคำ และจีระนันท์ สาวิยะ. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย "ความจริงกับความหวัง" มุมมองผู้ป่วย ผู้ดูแลและชุมชนอีสานตอนบน.วารสารสาธารณสุขชุมชน.2564;7(2):99-117.
9. ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพ์ดี, ศศิพนทุ์ มงคลไชย, พวงพยอม จุลพันธุ์, และยุพยงค์ พุฒธรรม.การพัฒนาระบบการดูแลแบบ ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.2556; 23(1):80-90.
10. ฐิติมา ปลื้มใจ.รูปแบบการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสงขลา.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า.2563;3(1):73-94.
11. วาสนา สวัสดีนฤนาท,อมรพันธุ์ ธานีรัตน์ และธารทิพย์ วิเศษธาร. การพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประดับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.2558;25(1):144-56.

# ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันโรงพยาบาลหนองคาย

# Results of the discharge planning program for patients with ischemic stroke or blockage at Nong Khai Hospital.

(Received: January 4,2024 ; Revised: February 21,2024 ; Accepted: February 24,2024)

**ระวิวรรณ์ โสชมภู[1] นภาวรรณ มิ่งวงษ์ยาง[1]**
**Rawiwan Sochompoo[1] Napawan Mingwongyang[1]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนและการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน และเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองและความพร้อมของผู้ดูแล โรงพยาบาลหนองคาย กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 60 คนและต้องมีผู้ดูแล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2566 – ธันวาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ชุด คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล และแบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแล ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตร KR 21 ได้เท่ากับ 0.9 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง มีจำนวนลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ** : โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง

**ABSTRACT**

This quasi-experimental research aimed to compare the number of bed days and readmissions to hospital within 28 days and compare the knowledge of caregivers before and after using the discharge planning program for patients with vascular disease. The brain and readiness of the caregiver Nong Khai Hospital The sample group has 60 people and must have a caregiver by purposive selection. Data collection began during October 2023 - December 2023. There are 2 sets of tools used for data collection: patient and caregiver personal information forms. and the knowledge test of the caregiver Reliability was checked using the KR 21 formula and was equal to 0.9. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, t-test (t-test).

The results showed that the average knowledge of caregivers within the experimental group and between groups Both before and after using the discharge planning program, it was found that the experimental group's knowledge increased significantly more than the control group at the .05 level. Hospitalization of stroke patients after using the discharge planning program Plan for discharge according to guidelines for care for stroke patients in the experimental group. The number decreased significantly more than the control group at the .05 level.

**Keywords:** Discharge planning program, Patients with stroke, Readiness of relatives who care for patients with stroke.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย

**บทนำ**

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular Disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลกในประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นสาเหตุการตาย เป็นอันดับ 3 รายงานจาก WHO พบอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน ในแต่ละปีและทุกๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตอย่างน้อย 1 คน ในปี 2563 จะมีผู้ป่วยเพิ่มเป็น 2 เท่า เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม อัตราตายและความพิการในระยะยาวสูงเป็นอันดับหนึ่ง ในสหรัฐเกิดความพิการมากกว่า 100,000 ราย ในประเทศอังกฤษ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่า 3,000 ราย ในแต่ละปีในประเทศไทยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และอันดับที่ 2 ในเพศหญิง อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยทั่วประเทศพบ 252.59 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2547 เพิ่มเป็น 354 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2555[1] ทุก 4 นาที คนไทยเป็นโรคนี้ 1 คนหรือวันละ 360 คน ทุก ๆ 10 นาที มีคนไทยเสียชีวิต มีโอกาสเป็นซ้ำร้อยละ 10-12 มักมีอาการรุนแรงกว่าเดิม โอกาสรักษาหายเป็นปกติน้อยลงมาก จากการขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองอุดตันและหลอดเลือดสมองแตกก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาทต่อผู้ป่วยทันที มักเป็นสาเหตุหลักของความพิการทั่วโลก ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตถ้าอาการรุนแรงและเป็นตำแหน่งที่สำคัญ ผู้ที่รอดชีวิตร้อยละ 31 มักมีความพิการเหลืออยู่ ร้อยละ 90 มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน แม้เมื่อฟื้นหายผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ร้อยละ 10 ต้องการความช่วยเหลือการเคลื่อนที่ ในจำนวนนี้ร้อยละ 71 ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการ

จากการศึกษาที่ผ่านมาผู้วิจัยในฐานะผู้นำทางการพยาบาลได้ตระหนักถึงผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล จึงได้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพวิเคราะห์ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะทุพลภาพระดับปานกลางถึงรุนแรงมีความต้องการญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันค่อนข้างมาก และเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายเดิมพบว่าญาติผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมทุกด้าน เช่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดการความเครียดของผู้ป่วย เป็นต้น ทำให้ญาติผู้ดูแลบางรายไม่มั่นใจเมื่อกลับไปที่บ้าน และถ้ามีปัญหาไม่มีช่องทางติดต่อขอรับคำแนะนำหรือปรึกษากับทีมสุขภาพได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลบางรายตัดสินใจแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสมส่งผลกระทบด้านลบต่อผู้ป่วย บางรายเกิดความวิตกกังวลและความเครียดแล้วจัดการความเครียดไม่ได้ ขาดการประสานความร่วมมือที่ชัดเจนระหว่างพยาบาลผู้จำหน่าย และพยาบาลเยี่ยมบ้าน เมื่อมีการเปลี่ยนตัวผู้ดูแลกลางคันไม่มีระบบการฝึกผู้ดูแลใหม่ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปี 2563-2564 โรงพยาบาลมีนโยบายห้ามญาติเยี่ยมยิ่งทำให้มีข้อจำกัดในการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลและการติดตามเยี่ยมที่บ้านมากยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งหวังที่จะพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองและความพร้อมของญาติผู้ดูแลให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยทำการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วพบว่าแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ[2]มีผู้นิยมนำไปใช้เป็นกรอบแนวคิดของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเรื้อรังและญาติผู้ดูแลอย่างกว้างขวาง เนื่องจากแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ มีจุดเน้นที่น่าสนใจ กล่าวคือ มุ่งเน้นการดูแลที่ต่อเนื่อง (broad range of time-limited services designed to ensure health care continuity) การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (prevent health complications) และป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (prevent

rehospitalization) อีกทั้งยังเน้นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอีกด้วย[2]

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลหนองคาย

**สมมติฐานของการวิจัย**

1. ก่อนการทดลองให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันของกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันไม่มีความแตกต่างกัน

2. หลังการให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

**วิธีการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ 60 เตียง ชั้น 3 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 60 ราย โดยดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนตุลาคม 2566 – ธันวาคม 2566

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มที่ 1 ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองคาย

**เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)** ดังนี้ 1) เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านและอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 4) อ่านออก เขียนได้ สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้

**การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง** จากงานวิจัยของวาสนา มูลฐี (Moonthee W, Mongkong S,Sirapo-ngam Y, Leelacharas S., 2016) เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ได้คำนวณหาขนาดของอิทธิพล (effect size) ได้ระดับ large effect size ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจใน การทดสอบ (power) ที่ 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 21 คู่ แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้อยู่ใน สถานการณ์โรคระบาด จึงได้ลดขนาดของกลุ่มตัวอย่างลง โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามแนวทางของ Polit & Hungler(1999) ที่ระบุว่างานวิจัยกึ่งทดลองควรใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คู่

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และเครื่องมือในการดำเนินการตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ได้แก่ 1) แผนการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 2) แผนการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับญาติผู้ดูแล 3) คลิปการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่พัฒนาโดยสถาบันประสาทและเขตบริการสุขภาพที่ 7 และ 4) คู่มือโรคหลอดเลือดสมอจากการ

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน การให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯนี้ใช้เวลาประมาณ 25 นาที ผ่านสื่อคลิปวิดีทัศน์ รายละเอียดของขั้นตอนการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมีดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การจัดเตรียมและสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลา 5 นาที) 1) เลือกเวลาที่เหมาะสม โดยการศึกษาครั้งนี้เลือกทำในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 2) จัดเตรียมสถานที่ให้มีความสงบและเป็นสัดส่วนภายในหอผู้ป่วยพิเศษ 60 เตียง ชั้น 3 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง รวมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ได้แก่ มือถือ ที่มีคลิปวีดีทัศน์โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ
3) ก่อนการให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ ผู้จัดเตรียมเข้าพบผู้ป่วยและสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองโดยการยิ้มแย้ม ทักทาย และแนะนำตนเอง พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ

**ขั้นตอนที่ 2** การให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯโดยผ่านสื่อคลิปวีดีทัศน์ (ใช้เวลา 25 นาที) 1) ผู้จัดเตรียมเปิดคลิปวีดีทัศน์ให้ผู้ป่วยดู พร้อมทั้งปรับความดังและความคมชัดของภาพให้เหมาะสม 2) หากมีข้อมูลส่วนไหนที่ดูไม่ทันหรือมีข้อสงสัยผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย สามารถซักถามได้ทันที และอาจเปิดคลิปวีดีทัศน์ให้ดูซ้ำ

**ขั้นตอนที่ 3** การประเมินผล (ใช้เวลา 5 นาที) หลังจากการฉายคลิปวีดีทัศน์สิ้นสุดลง ผู้ช่วยวิจัยจัดเตรียมสอบถามความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯที่ให้ไป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยซักถามปัญหา และตอบข้อสงสัย

**การหาความตรงเชิงเนื้อหา** โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองและความพร้อมของญาติผู้ดูแลและเครื่องมือดำเนินการตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองและความพร้อมของผู้ดูแลโดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน แล้วนำผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของญาติผู้ดูแล

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษาอาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ย โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนผู้ช่วยในการดูแล จำนวนผู้ที่อยู่ในความดูแล และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

2.1.2 แบบประเมินความพร้อมในการดูแล (Preparedness Scale) พัฒนาขึ้นโดย Archbold & Stewart[3] หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ 0.88[12] แบบประเมินนี้มี 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์ 3) การหาข้อมูล 4) การจัดการความเครียด 5) การดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ 6) การจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 7) การดูแลผู้ป่วยด้านขอความช่วยเหลือ 8) การดูแลผู้ป่วยในภาพรวมมีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likerts Scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความพร้อมเลย คะแนน 4 หมายถึง มีความพร้อมมากที่สุด การแปลความหมายคะแนนรวม 0-10 ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับต่ำ คะแนนรวม 11-21 ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับปานกลาง และคะแนนรวม 22-32 ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับสูง
การประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ได้นำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความพร้อมในการดูแลโดยตรง เท่ากับ 0.72

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ การสมรส จำนวนผู้ดูแลหลัก ชนิดของการอุดตัน อาการสำคัญ โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพของสมองจากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การรักษาที่ได้รับ ค่ารักษา ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่พบขณะรักษาในโรงพยาบาล

2.2.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ดัชนีบาร์เธล เอ ดีแอล (The Barthel Activity of Daily Living Index) การศึกษาครั้งนี้ใช้ประเมินความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันจากดัชนีกิจวัตรประจำวันบาร์เทล แบบประยุกต์ ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ[4]ซึ่งประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด 3) การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ 10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ประเมินความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันจากดัชนีกิจวัตรประจำวันบาร์เทล แบบประยุกต์ ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2544) ผลการประเมิน 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง พึ่งตนเองได้ 5 – 11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และ 0 – 4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือมีความพิการ

การประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ได้นำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความพร้อมในการดูแลโดยตรง เท่ากับ 0.85

2.2.3 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ได้แก่ การเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ โดยการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia) และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) ใช้เกณฑ์การประเมินของ Centers of Disease Control and prevention[5] แผลกดทับใช้เกณฑ์การประเมินของ National Pressure Ulcer Panel Advisory[6]

2.2.4 แบบบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ ได้แก่ วันเดือนปีที่กลับมารักษาซ้ำ โรค/ปัญหาที่กลับมารักษาซ้ำ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย สถิติ Chi-Square test

3. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t- test และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test ก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบข้อมูลที่ได้ พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติดังกล่าว

4. การเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติจำนวน และร้อยละ

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลจังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพ รวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่ม ตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

**ผลการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองและความพร้อมของผู้ดูแลโรงพยาบาลหนองคาย โดยใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ[2] ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนตุลาคม 2566 - ธันวาคม 2566 นำเสนอตามลำดับของวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

**1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง** พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย

กลุ่มควบคุม มีผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพศชายและหญิงจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 50 อายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 56.7 สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 46.7 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 76.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 63.3 รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 46.7 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 36.7 นอนในโรงพยาบาลนาน 7 วันมีมากที่สุด ร้อยละ 23.3

กลุ่มทดลอง มีผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพศชาย 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.3 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 56.7 อายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 50 สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน มีร้อยละ 46.7จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ86.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 33.3รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 40.0 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 46.7 นอนในโรงพยาบาลนาน 2 วัน ร้อยละ 50.0 และผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีโรคประจำตัวทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง จำนวนใกล้เคียงกัน

**2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง**

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ paired t-test

| ความรู้ของผู้ดูแล | กลุ่มทดลอง(n=30) | | t | กลุ่มควบคุม(n=30) | | t |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$ | SD | | $\bar{x}$ | SD | |
| ในระยะก่อนการใช้รูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง | 17.77 | 3.29 | -4.04* | 16.40 | 4.25 | 6.88* |
| ในระยะหลังการใช้รูปแบบการจำหน่ายป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | 20.30 | | | 22.90 | | |

* p-value < .05

จากตารางที่ 1 ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะหลังการใช้รูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**3. ข้อมูลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและอัตรากลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล**

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และจำนวนครั้งของการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ t-test

| ความรู้ของผู้ดูแล | กลุ่มทดลอง (n=30) | | กลุ่มควบคุม (n=30) | | t |
|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$ | SD | $\bar{x}$ | SD | |
| จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล | 6.33 | 3.93 | 2.83 | 1.05 | -4.17* |
| จำนวนครั้งการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล | 0.17 | 0.38 | 0.00 | 0.00 | -2.41* |

* p-value < .05

ผู้ป่วยกลับมารักษาในโรคพยาบาลจำนวน 3 ครั้ง (1 ครั้งต่อ 1 ราย) รายที่ 1 เป็นโรคกลุ่มควบคุม Pneumonia รายที่ 2 และ 3 เป็นโรค Urinary tract infection

จากตารางที่ 2 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและจำนวนครั้งของการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## อภิปรายผล

จากสมมติฐานที่ว่า ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้รูปแบบการจำหน่ายตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น และมีจำนวนวันนอนรวมทั้งวันกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนลดลง ผลการวิจัยพบว่าสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 3 เรื่องดังนี้

**1. ความรู้**

1.2 ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้มีการเรียนรู้จากพยาบาลประจำการตามปกติแต่บางครั้งอาจไม่ได้เน้นประเด็นสำคัญหรือภาวะแทรกที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองได้บ่อยตอบแบบสอบถามข้อที่ 11 คือการดูดเสมหะควรดูดหลังให้อาหารทุกครั้ง ใช่หรือไม่ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยได้คะแนน 0 ถึง ร้อยละ 80 คือตอบ ใช่ ร้อยละ 26.7 และไม่ทราบ ร้อยละ 53.3 เหตุนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยไม่มีอาการลิ้นแข็งพูดไม่ชัด สามารถกลืนอาหารได้เองจึงไม่ได้ให้ความสำคัญในประเด็นนี้ จึงมักทำให้ต้องกลับมารักษาด้วยการสำลักอาหารและน้ำ เกิดเป็นปอดอักเสบตามมา[7]

**2. จากการวิจัย** พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มควบคุมนานกว่ากลุ่มทดลองนั้น อาจเนื่องจากไม่ได้มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ เช่น รอทำกายภาพ รอเรียนอาหารปั่นแล้วอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น คือ มีผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่เป็นโรคหัวใจ 4 ราย คือ NSTEMI (โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ) 1 รายต้องนอนให้ Anti-platelet 3 วัน และมีภาวะหัวใจล้มเหลว 3 ราย ต้องให้ยาขับปัสสาวะต่ออีก 2 วัน จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น[8,9]

**3. การกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล** พบในกลุ่มควบคุม 3 ราย ได้แก่ โรค Pneumonia 1 ราย Urinary tract infection 2 ราย จากการติดตามพบว่า สำลัก อาหาร และไม่สามารถ ไอขับเสมหะเองได้ หลังจำหน่ายกลับไปบ้านได้ 7 วันจึงเริ่มมีไข้ไอและหายใจเหนื่อยหอบกลับมารักษา ส่วนอีก 2 ราย ทราบจากญาติว่ากลางวันไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยต้องอยู่บ้านคนเดียวและไม่สามารถช่วยตนเองได้จึงไม่ได้ดูแลความสะอาดร่างกายและอวัยวะเพศประกอบกับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย ส่วน

ผู้ป่วยอีกรายผู้ดูแลไม่ทราบว่าต้องทำความสะอาดอวัยวะเพศให้ผู้ป่วยจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและอาจทำให้เกิดการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดตามมาได้ถ้าผู้ป่วยและผู้ดูแลยังไม่ตระหนัก[10,11]

**ข้อเสนอแนะ**

การส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนช่วยลดจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล และการกลับเข้ามารักษาซ้ำลดลง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ส่งเสริมให้มีการใช้รูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

2. ส่งเสริมความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลเพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองเป็นระบบ และมีการติดตามผลอย่างเป็นระยะ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และลดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

3. ผู้บริหารการพยาบาลมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการวางนโยบายและเป็นผู้นำให้กับพยาบาลวิชาชีพ ได้พัฒนาและปรับปรุงการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยให้การสนับสนุนงบประมาณ คู่มือ และอุปกรณ์ต่างๆ

**เอกสารอ้างอิง**

1. สถาบันประสาทวิทยา, แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลื่อดสมองฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3, ed. พ. 1. 2559, กรุงเทพา: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
2. Naylor M, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. Components of comprehensive and effective transitional Care. J Am GeriatrSoc [internet]. 2017
3. Archbold PJ, Stewart BJ. Family Caregiving Inventory [Unpublished manuscript]Portland: Oregon Health Sciences University; 1986.
4. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, และคณะ. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (บก.), หลักสำคัญ ของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (หน้า 85-86). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2544.
5. Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Guide to diagnosis of infections in hospitals. Bangkok: Aksorngraphic & desing; 2018
6. Haesler E, et al. Prevention and treatment of pressure ulcers: reference guidelines [internet]. 3nd ed. EPUAP/ NPIAP/PPPIA: 2019[cited in 2021 March 29]. Available from: https://www.epuap.org/wp-content/ uploads/2021/04/qrg-2019-thai-04-21.pdf [cited 2021/11/9].65;1119-1125. Available from: https://www.researchgate.net/publication/ 315776473
7. กระทรวงสาธารณสุข (ร่าง) Intermediate care service plan กระทรวงสาธารณสุข คณะทำงานโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation)พศ. 2558 2559
8. การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู(Subacute Rehabitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และถอดบทเรียนการดำเนินงาน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. 2559, สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย: กรุงเทพฯ.
9. รัชวรรณ สุขเสถียร, การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา :ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์. J Thai Rehabil Med, 2014. 24(2):
10. Budratana S. Effects of discharge preparedness program among primary caregivers of patients with ischemic stroke in NongBuaLamphu Hospital. Nursing, Health, and Education Journal 2020; 3: 56-64. (in Thai)
11. De Wit, L., et al., Motor and functional recovery after stroke: a comparison of 4 European rehabilitation centers. Stroke, 2007. 38(7): p. 2101-7. p. 37-43.
12. Boonchuwong O, Saneha C, Pinyopasakul W, Nilanont Y. Factors influencing readiness of caregivers of patients with stroke before hospital discharge. Journal of Nursing Science 2017; 35: 46-5. (in Thai)

# การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

# Discharge planning for patients with schizophrenia who use substances in the continuous phase with the participation of caregivers.

(Received: January 8,2024 ; Revised: February 22,2024 ; Accepted: February 24,2024)

**คณิวรรณ ภูษา[1] ณัชมนพรรณ ปลื้มรุ่งโรจน์[1]**
**Kaniwan Phusa[1] Natchamonphan Pleumrungroj[1]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และเพื่อศึกษาความแตกต่างของการผิดนัดการรักษาและการขาดยาในผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภูมิจิต โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - เดือนธันวาคม 2566 จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หาความตรงของเนื้อหาได้ค่า CVI=0.91 และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค=0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติทดสอบ t-test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย 2) สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ 3) ส่งเสริมความร่วมมือ และ 4) ติดตามดูแลต่อเนื่อง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการผิดนัดการรักษาลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และหลังเข้าโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 1, 2 และ 3 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$
**คำสำคัญ** : รูปแบบการวางแผนจำหน่าย,ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด,การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

**Abstract**

This research was a quasi-experimental research. To develop a discharge planning model for patients with schizophrenia who use substances on an ongoing basis with the participation of caregivers. and to study the differences in treatment defaults and medication lapses in psychiatric patients before and after using the discharge planning model. between the control group and the experimental group Sample size were 60 patients with schizophrenia and their caregivers admitted to the mental health ward. Nong Khai Hospital Between October 2023 - December 2023 were divided into an experimental group of 30 cases and a control group of 30 cases. The data collection tools included a general information questionnaire. and medication behavior assessment form according to treatment criteria Find content validity with a value of CVI=0.91 and find the confidence value. Cronbach's alpha coefficient was obtained = 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test and Mann-Whitney U test.

The research results found that The discharge planning model consists of 4 activities: 1) creating awareness of patient care, 2) creating knowledge and building confidence, 3) promoting cooperation, and 4) continuous monitoring of care. After joining the program The experimental group had a significantly lower number of treatment defaults than the control group ($p<0.01$) and after entering the program The experimental group had a significantly higher mean medication adherence score from the 1st, 2nd, and 3rd follow-up than the control group at $p<0.05$.
**Keywords:** Discharge planning model, schizophrenia patients who use substances, caregiver participation

**บทนำ**

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีจำนวนมากขึ้น จากการศึกษาของ เจนเนอร์ และ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยภูมิจิต กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหนองคาย

คณะ[1] พบความชุกของความผิดปกติการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 47.0 โดยความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 33.7 และความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ร้อยละ 27.5 โดยบุหรี่เป็นสารเสพติดที่ใช้มากที่สุด ร้อยละ 73.2ในเพศชาย และร้อยละ 56.3 ในเพศหญิง[2]ความชุกของความผิดปกติของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตมีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 1.0- 51.0[1] ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ การใช้สารเสพติดทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภท และอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการใช้สารเสพติด[3]ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา[4]เพราะนอกจากต้องให้การดูแลอาการทางจิตตามรายโรคแล้วยังต้องให้การดูแลอาการที่เกิดจากร่างกายขาดสารเสพติดและผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของผู้ป่วย นอกจากนี้แล้วเมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วย โรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีอายุการเริ่มต้นเกิดโรคจิต เร็วกว่า มีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลหลายครั้งมากกว่า ให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่า มีการปรับตัวต่อสังคมยากกว่า เสี่ยงต่อโรคติดเชื้อ เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การฆ่าตัวตายและการไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตมากกว่า รวมทั้งค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพื่อรักษาด้านอายุรกรรมและจิตเภทสูงกว่าด้วยเช่นเดียวกัน[5]

ยาเสพติดมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกันไปแต่ละประเภท เช่น กระตุ้นประสาทหลอนประสาทกดประสาท เป็นต้น ซึ่งลักษณะการออกฤทธิ์มีผลทำให้นำไปสู่ภาวะการติดยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีผลให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรมและมีปัญหาทางจิตใจ การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจำเป็นที่จะต้องมีการบำบัดทั้งในด้านการรักษาทางร่างกายด้านจิตสังคม ร่วมกับการบำบัดเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำเพราะมีผลการวิจัยพบว่าการรักษาที่มีการบูรณาการร่วมกันจะได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะการรักษาทางด้านจิตสังคม ได้แก่ 1) จิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) 2) จิตบำบัดกลุ่ม (group psychotherapy) 3) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy)4) ครอบครัวบำบัด (family therapy) 5) การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family psycho education) 6) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (milieu therapy) การบำบัดแบบกลุ่ม โดยทั่วไปจะเริ่มหลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมเข้าสู่ระยะของการมีเสถียรภาพ (stabilization)[6]

จากการทบทวนเวชระเบียนโรงพยาบาลหนองคาย มีผู้ป่วยจำนวน 275 คน และ 654 คน ปี 2565-2566 และยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน เพิ่มมากขึ้นร้อยละ 58 ทั้งนี้ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงของการติดสารเสพติดมากกว่าผู้ป่วยทั่วไปจากความบกพร่องของสมอง การเผชิญกับสิ่งแวดล้อมหรือครอบครัวที่เกี่ยวข้องสารเสพติด รวมถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยโรคจิตเภทซึ่งทำให้ความสามารถต่ำลง ทั้งด้านทางสังคมและการทำงาน นอกจากนี้การใช้สารเสพติดมีผลทำให้อาการแย่ลง เกิดความอยากยาและติดการเสพสารอย่างรุนแรง[7]อย่างไรก็ตาม สาเหตุของการป่วยซ้ำไม่ได้มาจากผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ระบบบริการที่จำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้นขณะที่ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเองและการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น[8] ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง อาการของผู้ป่วยอาจกำเริบหรือป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 50-90[9]การป่วยซ้ำไม่เพียงมีผลต่อผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลต่อผู้ดูแลที่ต้องใช้เวลาในการช่วยเหลือดูแลและทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยน้อยจะเกิดความเครียด ความกดดันและรับรู้ถึงความ รู้สึกเบื่อหน่ายเป็นภาระ (burden)

แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) เป็นระยะ

ต่อจากระยะควบคุมอาการ (acute phase) ซึ่งช่วงระยะควบคุมอาการ รวมกับระยะให้ยาต่อเนื่อง จะมีช่วงเวลารวมกันประมาณ 6 เดือน เป็นช่วงที่ความรุนแรงของอาการทางจิตลดลงอย่างต่อเนื่องจนสามารถควบคุมอาการได้ เป้าหมายการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทระยะควบคุมอาการเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยระยะให้ยาต่อเนื่อง คือ ประคับประคองบรรเทาหรือควบคุมอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีทักษะในการดูแลตนเอง มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับสังคมและชุมชนได้ มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทการบำบัดรักษาเป้าหมายสำหรับญาติผู้ดูแล คือ มีความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคการบำบัดรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ ทักษะการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่สำคัญ คือ ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่มีความชำนาญเฉพาะทางมีทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วย และมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดอาการกำเริบ เป้าหมายสำหรับชุมชน คือ ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย จิตเภท ประสานเครือข่ายและสถานบริการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

จากการทบทวนกระบวนการวางแผนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมระยะต่อเนื่องโรงพยาบาลหนองคาย พบว่า กระบวนการวางแผนจำหน่ายยังไม่มีรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่ชัดเจน มีการปฏิบัติที่แตกต่างกันไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมไม่ได้รับการวางแผนที่เฉพาะเจาะจงก่อนจำหน่ายทำให้ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน ส่งผลให้ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เกิดการติดเชื้อกลับมา รักษาซ้ำและกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม จึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล คาดหวังว่าการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นนี้จะช่วยพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เคยใช้สารเสพติดและผู้ดูแล ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่กลับมารักษาซ้ำและไม่กลับมาเสพซ้ำและแก้ไขปัญหาการผิดนัดของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โรงพยาบาลหนองคาย เพื่อป้องกันการผิดนัดการรักษา การขาดยา และภาวะแทรกซ้อน ไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของการผิดนัดการรักษา การขาดยา และภาวะแทรกซ้อนไม่กลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ช่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental) โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โรงพยาบาลหนองคาย เพื่อป้องกันการผิดนัดการรักษา การขาดยา และภาวะแทรกซ้อนไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ณ หอผู้ป่วยภูมิจิต โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม 2566- เดือนธันวาคม 2566 จำนวน 60 คน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยภูมิจิต โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566 จำนวน 60 คน

**คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง** โดยใช้โปรแกรม G* power version 3.1 สำหรับการวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ a=0.05 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คนโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 27 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ทำให้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน โดยจะนับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักที่จะเป็นผู้เข้าร่วมโปรแกรมรวมกันเป็น 1 ชุดข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากโดยเลือกวันที่ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา (วันคู่วัน) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

**ผู้ดูแลหลัก** 1) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยภูมิจิต โรงพยาบาลหนองคาย ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 ธันวาคม 2566 2) มีที่อยู่อาศัยที่ถาวร สามารถเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลได้สะดวกและต้องอาศัยอยู่ที่เดิม ต่อไปอีกอย่างน้อยจนสิ้นสุดโปรแกรม 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดีทั้งการพูด การอ่าน และการเขียน 4) สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ตลอดการทดลอง

**สำหรับผู้ป่วย** 1) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยภูมิจิตโรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566 2 ) มีประวัติผิดนัดการรักษาอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือเข้ารับการรักษาหรือมีคะแนนการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับปานกลาง-ต่ำ หรือทั้งสองอย่าง 3) มีที่อยู่อาศัยถาวร สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้สะดวกและจะต้องอาศัยอยู่ที่เดิมต่อไปจนกว่าจะสิ้นสุดโปรแกรม 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดีทั้งการพูด การอ่าน และการเขียน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแล โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูรา[10] ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

1) สร้างความตระหนักให้กับผู้ดูแล

2) สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ดูแล โดยการสอนด้วยสื่อแผ่นพับการให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภท โรคจิตจากสารเสพติด โรคจิตจากแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า และโรคไบโพลา (อารมณ์สองขั้ว) ยาจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอาการกำเริบ

3) ส่งเสริมความร่วมมือ โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม

4) ติดตามดูแลต่อเนื่องโดยหลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลและให้คำแนะนำหากเกิดปัญหา

**2. เครื่องมือที่ใช้ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล**

2.1. แบบบันทึกและสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วย 3 ตอน

1) แบบบันทึกและสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย ข้อวินิจฉัยของแพทย์ ประวัติการผิดนัดการรักษา ประวัติการ

ขาดยา ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยความเจ็บป่วยทางจิตเภท โรคทางกาย และจำนวนสมาชิกครอบครัว ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน

2) แบบบันทึกและสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย และจำนวนคนที่ช่วยดูแลผู้ป่วย

3) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาจาก การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยนอกของ พรทิพย์ วัชรดิลก และ[11] ซึ่งประยุกต์มาจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร เชี่ยวโสธร (2545)[12] ที่ได้พัฒนามาจาก Farragher[13] มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ เป็นแบบ Likert scale มี 5 ระดับคะแนน คำตอบแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือข้อความทางลบ 7 ข้อ และข้อความทางบวก 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน (4 คะแนน)

บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง) (3 คะแนน)

นานๆ ครั้ง หมายถึง นานๆ ปฏิบัติสักครั้ง (เดือนละ 1 ครั้ง) (2 คะแนน)

ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน)

หากเป็นข้อความทางบวกให้คะแนน 4-3-2-1 ตามลำดับ หากเป็นข้อความทางลบ ให้คะแนน 1-2-3-4 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 64 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่

คะแนน <21 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ

คะแนน 21-42 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องปานกลาง

คะแนน > 42 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูง

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย** ด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) พิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเภท 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเภท ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.91 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ใช้สถิติ Mann-Whitney U test วิเคราะห์หาความแตกต่างของการมาตรวจตามนัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Pair t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างคะแนนก่อนเข้าโปรแกรมกับคะแนนการติดตาม 3 ครั้งหลังเข้าโปรแกรมและใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาทั้งก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 22/2566

**ผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ดังนี้

1.1 กลุ่มควบคุมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55 อายุเฉลี่ย 32.75 ปี (SD= 11.94) อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 60 ปี การวินิจฉัยโรค

ส่วนใหญ่ คือ โรคจิตจากสารเสพติด ร้อยละ 55 รองลงมาโรคจิตเภทร้อยละ 40 ขาดนัดเฉลี่ย 1.35 ครั้ง ขาดยาเฉลี่ย 46.75 วัน ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 เพศชาย 40 อายุเฉลี่ย 56.50 ปี (SD=10.55) อายุต่ำสุด 35 ปี สูงสุด 75 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 30 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา ร้อยการรับประทานยา ร้อยละ 95

1.2 กลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65 อายุเฉลี่ย 28.75 ปี (SD=9.96) อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 60 ปี การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ คือ โรคจิตจากสารเสพติด ร้อยละ 45 รองลงมาโรคจิตเภท ร้อยละ 35 ขาดนัดเฉลี่ย 1.20 ครั้ง ขาดยาเฉลี่ย 53.80 วัน ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 54.45 ปี (SD=8.19) อายุต่ำสุด 40 ปี อายุสูงสุด 73 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร 35 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา ร้อยละ 85 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ การรับประทานยา ร้อยละ 95

**2. ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล** หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองคาย

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของการผิดนัดการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการผิดนัดการรักษาของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้วมีการติดตามการผิดนัดการรักษาของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการไม่มาตามนัดลดลงมากแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.001 รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนครั้งการไม่มาตามนัดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n=60) โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

| ระยะการทดลอง | | Mean Rank | n | Mann Whitney U | p |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนเข้าโปรแกรม | กลุ่มทดลอง | 19.50 | 30 | 180.00 | 0.60 |
| | กลุ่มควบคุม | 21.50 | 30 | | |
| หลังเข้าโปรแกรม | กลุ่มทดลอง | 14.75 | 30 | 85.00** | 0.001 |
| | กลุ่มควบคุม | 26.25 | 30 | | |

**p<0.001

**2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม** จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measurement Analysis of Variance : ANOVA) การติดตาม จำนวน 3 ระยะ พบว่า มีการละเมิดข้อตกลงเรื่องความเท่ากันของความแปรปรวนในชุดของข้อมูลที่วัดต่างเวลากัน (Sphericity) เพื่อลดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (type I error) (ระดับความเชื่อมั่นจะเหลือเพียงไม่เกิน ร้อยละ 85.00 หรือ $\alpha \leq 0.85$ เนื่องจากการวิเคราะห์ 3 ครั้ง จะเกิดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 / ครั้ง เท่ากับความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นร้อยละ 15. ดัดแปลงมาจาก เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. 2546 : 145) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้การทดสอบของ กรีนเฮ้าส์-เกรเซอร์ เอฟซิลอน (Greenhouse-geisser Epsilon) เนื่องจากวิเคราะห์เพียง 1 ครั้ง ($\alpha = 0.05$) ผลการทดสอบความแปรปรวน ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเปรียบเทียบของคะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ของผู้ป่วยก่อนครบกำหนดการติดตาม 3 ระยะ (n=60)

| แหล่งความแปรปรวน | SS | DF | MS | F | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **ระหว่างกลุ่ม** | | | | | |
| กลุ่ม | 3691.894 | 1 | 3691.894 | 249.317** | 0.00 |
| ความคาดเคลื่อน | 858.880 | 58 | 14.808 | | |

**หมายเหตุ :** ** หมายถึง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ของผู้ป่วยก่อนกำหนดการติดตาม 3 ระยะ

| แหล่งความแปรปรวน | SS | DF | MS | F | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **ภายในกลุ่ม** | | | | | |
| ช่วงเวลา | 14.065 | 1.512 | 9.301 | 53.432 | 0.000** |
| ช่วงเวลา*กลุ่ม | 0.176 | 1.512 | 0.116 | 0.668 | 0.475 |
| ความคลาดเคลื่อน | 18.426 | 105.856 | 0.174 | | |

**หมายเหตุ :** ** หมายถึง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$)

จากตารางที่ 2 พบอิทธิพลหลักของการทดลอง โดยมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{1,58}$ = 249.317, p=0.00) และจากตารางที่ 3 พบอิทธิพลหลักของช่วงเวลาและคะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{1.512,105.856}$ = 0.475, p=0.00) และไม่พบอิทธิพลร่วมระหว่างช่วงเวลาและการทดลอง จึงสามารถการแปลผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำได้

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง จำนวนการติดตาม 3 ระยะ

| ประเภทกลุ่ม | $\overline{X}$ (S.D.) | | | p-value |
|---|---|---|---|---|
| | ระยะที่ 1 | ระยะที่ 2 | ระยะที่ 3 | |
| กลุ่มทดลอง (n = 30) | 41.90 (3.41) | 35.30 (3.38) | 37.75 (4.50) | 1.332 |
| กลุ่มควบคุม (n = 30) | 40.20 (7.43) | 36.55 (11.22) | 38.80 (11.49) | 1.352 |

จากตารางที่ 4 สรุปได้ว่า ผลการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติ

**2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาทั้งก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม** จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measurement Analysis of Variance : ANOVA) การติดตาม จำนวน 3 ระยะ พบว่า มีการละเมิดข้อตกลงเรื่องความเท่ากันของความแปรปรวนในชุดของข้อมูลที่วัดต่างเวลากัน (Sphericity) เพื่อลดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (type I error) (ระดับความเชื่อมั่นจะเหลือเพียงไม่เกิน ร้อยละ 85.00 หรือ $\alpha \leq 0.85$) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้การทดสอบของ กรีนเฮ้าส์-เกรเซอร์ เอฟซิลอน (Greenhouse-geisser Epsilon) ผลการทดสอบความแปรปรวน ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเปรียบเทียบของคะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ของผู้ป่วยเมื่อครบกำหนดการติดตาม 3 ระยะ

| **แหล่งความแปรปรวน** | **SS** | **DF** | **MS** | **F** | **p** |
|---|---|---|---|---|---|
| **ระหว่างกลุ่ม** | | | | | |
| กลุ่ม | 3844.519 | 1 | 3844.519 | 258.056 | 0.000** |
| ความคลาดเคลื่อน | 864.130 | 58 | 14.898 | | |

**หมายเหตุ :** ** หมายถึง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p < .01)

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ของผู้ป่วยเมื่อครบกำหนดการติดตาม 3 ระยะ

| **แหล่งความแปรปรวน** | **SS** | **DF** | **MS** | **F** | **p** |
|---|---|---|---|---|---|
| **ภายในกลุ่ม** | | | | | |
| ช่วงเวลา | 7.176 | 1.394 | 5.148 | 39.029 | 0.000** |
| ช่วงเวลา*กลุ่ม | 1.954 | 1.394 | 1.402 | 10.626 | 0.000** |
| ความคลาดเคลื่อน | 12.870 | 97.569 | 0.132 | | |

**หมายเหตุ :** ** หมายถึง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p < .01)

จากตารางที่ 5 พบอิทธิพลหลักของการทดลอง โดยมีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยในการรับประทานยาของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F_{1,58}$ = 258.056, p = 0.000) และจากตารางที่ 6 พบอิทธิผลหลักของช่วงระยะเวลาการรับประทานยาและพบอิทธิพลร่วมระหว่างช่วงเวลาและการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F_{1,1.394}$ = 10.626, p = 0.000)

เนื่องจากผลการวิเคราะห์แหล่งความแปรปรวนข้างต้น พบอิทธิพลร่วมระหว่างช่วงเวลาและการทดลอง จึงไม่สามารถสรุปผลการทดลองได้ ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ต่อโดยการทดสอบค่าที (t-test) ระหว่างกลุ่ม ณ ช่วงเวลาการติดตามครั้งที่ 1 การติดตามครั้งที่ 2 และการติดตามครั้งที่ 3 หลังการรับประทานยา และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (One Way Repeated Measurement Analysis of Variance) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการทดสอบค่า t พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยในการรับประทานยาของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p<0.01) ทั้งสามครั้ง

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับประทานยาทั้งก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (n = 60)

| **คะแนนการรับประทานยา** | **กลุ่มทดลอง (n=30)** | | | **กลุ่มควบคุม (n=30)** | | | **t** | **p-value** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\overline{X}$ | **SD** | **df** | $\overline{X}$ | **SD** | **df** | | |
| ติดตามครั้งที่ 1 | 51.90 | 3.41 | 38 | 46.40 | 7.43 | 22.67 | 3.00** | 0.000 |
| ติดตามครั้งที่ 2 | 54.30 | 3.38 | 38 | 37.55 | 11.22 | 22.43 | 6.39** | 0.000 |
| ติดตามครั้งที่ 3 | 54.75 | 4.50 | 38 | 38.80 | 11.49 | 24.70 | 5.77** | 0.000 |

**หมายเหตุ :** แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p < .01)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า คะแนนการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้เข้าโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ที่ได้รับการพยาบาลตามฐานปกติ รายละเอียดผลการวิเคราะห์ปรากฏตามตารางที่ 7

**อภิปรายผล**

ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล หอผู้ป่วยภูมิจิต โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้วมีการติดตามการผิดนัดการรักษากลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการไม่มาตามนัดลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.001 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 38.75 (SD=6.67) และคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 1, 2 และ 3 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 51.90 (SD=3.41), 54.30 (SD=3.38) และ 54.75 (SD=4.50) ตามลำดับ เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามหลังเข้าโปรแกรมทั้งสามครั้งมาเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาก่อนเข้าโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าโปรแกรมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.01 ทั้งสามครั้ง คะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามทั้ง 3 ครั้งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการติดตามครั้งที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 การติดตามครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.01 ทั้งสองครั้ง ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล[14,15] ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแล โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนโดยใช้แนวคิดทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูรา[10]

**ข้อเสนอแนะ**

ควรนำโปรแกรมวางแผนฯ ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภททุกโรคและทุกคนที่มีผู้ดูแลในหอผู้ป่วยในจิตเวช โรงพยาบาลหนองคาย ที่ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

1) สร้างความตระหนักให้กับผู้ดูแล

2) สร้างองค์ความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ดูแล โดยการสอนด้วยสื่อแผ่นพับการให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภท โรคจิตจากสารเสพติด โรคจิตจากแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า และโรคไบโพลา (อารมณ์สองขั้ว) ยาจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอาการกำเริบ

3) ส่งเสริมความร่วมมือ โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม

4) ติดตามดูแลต่อเนื่องโดยหลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลและให้คำแนะนำหากเกิดปัญหา

**เอกสารอ้างอิง**

1. Jenner, L., Kanavanagh, D. J., Greenway, L., & Saunders, J. B. (1998). Dual diagnosis Consortium 1998 report. Brisbane: Dual Diagnosis Consortium.
2. Jabensky, A., McGrath, J., & Herrman, H. (1999). People living with psychotic illness; An Australian study 1997-98. National Mental Health Strategy, Commonwealth Department of Health and Aged Care.

3. ธวัชชัย ลีฬหานาจ. ระบาดวิทยาของโรคติดสารเสพติด, โรคจิตเวชที่เกิดร่วมกับโรคติดสารเสพติดและ ความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติด. ในพิชัย แสง ชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 4. กรมสุขภาพจิต. (2557). เอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพจิตและจิตเวชระยะที่ 2. วันที่ 15- 16 กันยายน 2557. นนทบุรี: โรงแรมริชมอนด์.

5. ฐานันดร์ ปิยศิริศิลป์. (2557). โรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม. เอกสารประกอบการบรรยาย การประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 13. 2557. เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต.

บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติดกรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ป.ป.ส; 2549. หน้า 3-115.

6. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรค ทางจิตเวช.(พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.2553.

7. พิชัย แสงชาญชัย. (2549). หลักการประเมินและการเข้าถึงผู้ป่วยติดสารเสพติดและการสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ. ในพิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), ตำราจิตเวชศาสตร์ การติดสารเสพติด (หน้า77-163). กรุงเทพมหานคร:สำนักงาน ป.ป.ส.

8. ปัทมา ศิริเวช. (2552). การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์.ตำราโรคจิตเภท (หน้า 305- 316). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

9. Suzuki, Y. (2003). Associated factors of rehospitalization among schizophrenic patients. Psychiatric Clinical Neurosis, 57, 555-561.14-1158(046-060)4.indd 6010/30/141:41:11 AM

10. Bandura A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman.

Cheng KD, Huang CJ, Tsang HY, Lin CH. (2014). Factors related to missed first appointments after discharge among patients with schizophrenia in Taiwan. J Formos Med Assoc;113(7) :436-441.doi:10.1016/j.jfma.2012.09.016

11. พรทิพย์ วัชรดิลก, ธีระ ศิริสมุด, สินีนุช ชัยสิทธิ์, อนุชา เศรษฐเสถียร. (2559). การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย; วารสารสภาการพยาบาล;31(2):96-108.

12. สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

13. เยาวภา ไตรพฤกษชาติ. (2554). การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. [การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช].ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

14. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จิตเภท (ฉบับปรับปรุง 2551) [อินเตอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ก.ค. 24] เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/download/DMHKM/styAWBOOK.pdf

15. อติญา โพธิ์ศรี. (2562). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาที่ชุมชนบ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด, ศรีนครินทร์เวชสาร;34(1):83-9

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน
ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567

# ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Necrotizing Fasciitis)

# Effectiveness of the Discharge Planning Program on Knowledge and Self-Care Behavior of Patients with Necrotizing Fasciitis

(Received: January 8,2024 ; Revised: February 22,2024 ; Accepted: February 24,2024)

**สุรีรัตน์ สมคุณา[1] รัศมี โพธินักขา[1]**
**Sureerat Somkhuna[1] Rasamee Phothinakkha[1]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi -experimental research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (One group pre-posttest) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566 จำนวน 28 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

**คำสำคัญ**: โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย, ความรู้, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยที่มีโรคแบคทีเรียกินเนื้อ

**Abstract**

This research was quasi-experimental research, one group pre-posttest, with the objective of evaluating the effectiveness of the discharge planning program on knowledge and self-care behavior of patients with bacterial diseases. eat meat At the male surgical ward 1 Male surgery ward 2 and female surgery ward Nong Khai Hospital Nong Khai Province Between October 2023 and December 2023, there were 28 people. Data was collected using a questionnaire consisting of personal information. Self-care knowledge and behavior Data were analyzed using percentage statistics, averaging. and standard deviation and Paired t-test.

The results of the study found that the mean knowledge and self-care behavior scores after the experiment of the experimental group were higher than before the experiment. with statistical significance ($p < .05$).

**Keywords:** Distribution planning program, knowledge, self-care behavior, patients with flesh-eating bacteria disease

## บทนำ

โรคแบคทีเรียกินเนื้อ หรือ Necrotizing fasciitis เป็นการติดเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อรา[1] ของผิวหนังที่มีการแพร่กระจายลงไปในชั้นใต้ผิวหนัง ก่อให้เกิดเนื้อเยื่อตายบริเวณกว้าง ผู้ป่วยโรคเนื้อเน่ามักมีอาการในระยะแรก ได้แก่ มีไข้ ปวด บวมแดง อักเสบบริเวณผิวหนังต่อมา ผิวหนังจะเริ่มมีการเปลี่ยนสี เป็นแผลตุ่มน้ำหรือมีหนองออกมาจากบริเวณที่ติดเชื้อ ผู้ป่วยอาจมีอาการเหนื่อยเพลีย วิงเวียน คลื่นไส้อาเจียนด้วย[2] ผู้ป่วยที่เป็นโรคแบคทีเรียกินเนื้อ(Necrotizing fasciitis) จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมาพบแพทย์แต่เนิ่นๆ เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็วด้วยยาปฏิชีวนะ บ่อยครั้งที่ต้องได้รับการผ่าตัดเนื้อเยื่อที่ตายออก ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคที่ไม่ได้พบบ่อยนักเมื่อเทียบกับโรคติดเชื้อจากไวรัส แต่ก็อาจมีความรุนแรงถึงขั้น

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหนองคาย

ก่อให้เกิดความพิการจากการสูญเสียอวัยวะและทำให้เสียชีวิตได้จากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ธรรมชาติของโรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Necrotizing fasciitis) มักเกิดจากการที่ผิวหนังของผู้ป่วยมี การบาดเจ็บหรือเป็นแผล ทำให้มีการติดเชื้อแบคทีเรียที่ชั้นใต้ผิวหนัง สำหรับกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีโรคเรื้อรัง[2]เช่น โรคแบคทีเรียกินเนื้อโรคความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคมะเร็งเนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักมีปัญหาของเส้นเลือดส่วนปลายร่วมกับภูมิคุ้มกันที่ไม่ค่อยดีเมื่อมีการติดเชื้อที่ผิวหนัง มักจะแพร่กระจายลงในชั้นใต้ผิวหนังได้ง่ายและรวดเร็ว และเกิดเป็นโรคแบคทีเรียกินเนื้อ(Necrotizing fasciitis) ตามมา ในปัจจุบันสถานการณ์ของโรคแบคทีเรียกินเนื้อ(Necrotizing fasciitis) ในประเทศไทยยังมีการศึกษาวิจัยทางด้านระบาดวิทยาไม่มาก อีกทั้งยังไม่เคยถูกนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ของโรคในภาพรวมของประเทศ ทำให้ไม่ทราบขนาดของปัญหาที่มีอยู่และมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ

โรงพยาบาลหนองคาย มีการรายงานโรคแบคทีเรียกินเนื้อครั้งแรกเมื่อ ปี พ.ศ.2542 ต่อมาพบเพิ่มขึ้นจนถึงปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อจำนวน 528 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงฤดูฝน ซึ่งพบว่าปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยสูงเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในแผนกศัลยกรรม และพบอัตราตายสูงถึงร้อยละ 14.4 อัตราการรักษาโดยการตัดอวัยวะที่เป็นโรคออกร้อยละ 6.6 และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานเกิน 28 วัน ถึงร้อยละ 47.7 ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและเสียค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งปัจจัยที่ทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้นส่วนหนึ่งมาจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของผู้ป่วย ซึ่งจากการซักประวัติมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 6.60 ที่มาพบแพทย์ทันทีที่เริ่มมีอาการ 1-2 วัน และผู้ป่วยร้อยละ 84.3 ที่เสียเวลารักษาด้วยยาที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นเหตุให้ได้รับการผ่าตัดล่าช้า อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน (Re-admission) หรือมาก่อนวันนัดสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.68 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.50 ในปี 2565 เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนทั้งจากไตวาย หลอดเลือดหัวใจตีบ แผลที่เท้าและอาจถูกตัดขาและเท้าต่อไป โดยพบสาเหตุเกิดจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการรับสารอาหารที่เหมาะสมร้อยละ 45.63[3] บ่งบอกถึงการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัย พบว่า มีหลายปัจจัยทั้งจากผู้ป่วยหรือจากระบบบริการสุขภาพ ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ดูแลตัวเองไม่ได้ ปัจจัยทางด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยไม่ตระหนักและไม่เห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเองหรือไม่มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง[4] หรือผู้ป่วยบางรายไม่สามารถนำความรู้มาปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ ทั้งในเรื่องของการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย หรือรับประทานยาไม่ครบถ้วน[5] จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตต่อไป ซึ่งสามารถป้องกันโดย การดูแลตนเองประกอบด้วยการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การรับสารอาหาร ที่เหมาะสม[6]

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการให้บริการสุขภาพในผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อในโรงพยาบาลหนองคาย ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคแบคทีเรียกินเนื้อ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้องก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการสอนและให้ข้อมูลเป็นหลัก ยังไม่มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะพยาบาลจะให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยขาดการมีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และข้อมูลบางอย่างที่แพทย์หรือพยาบาลนำ อาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามไม่ได้ ทำให้มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่มีส่วนร่วมที่ชัดเจนในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นวิธีการหนึ่งที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสมและต่อเนื่องหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งด้านการรับสารอาหาร ที่เหมาะสมการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพและเท้าและด้านการใช้ยา สามารถควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มขึ้น นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขเหมือนบุคคลทั่วไป[7] นอกจากนี้รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคแบคทีเรียกินเนื้อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังมีน้อยและไม่ครอบคลุมทั้งความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อโดยใช้การส่งเสริมการดูแลตนเองในระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ร่วมกับการใช้รูปแบบ D-METHOD ซึ่งเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการใกล้บ้านเพื่อให้ผู้ป่วย สามารถปรับตัวในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคได้ ชะลอการเสื่อมโทรมของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคให้สอดคล้องแลครอบคลุมกับปัญหาเฉพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยคาดผลว่าการวิจัยจะช่วยให้พยาบาลสามารถส่งเสริมความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้ออันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

**ขอบเขตของการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ศัลยกรรมชาย 2 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลหนองคาย โดยมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ากลุ่มทดลอง ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566-ธันวาคม พ.ศ. 2566

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ที่รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลหนองคาย

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และ โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566-ธันวาคม พ.ศ. 2566

คำนวณขนาดกลุ่ม ตัวอย่างจากขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .71 จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันของรัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม16 ที่กำหนดระดับความคลาดเลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 25 ราย และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ทำให้มีขนาดกลุ่มเป็น 28 คน และมีเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

**เกณฑ์คัดเข้า (Inclusive criterias)** คือ 1) มีอายุระหว่าง 40 –70 ปี ทั้งชายและหญิง 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เช่น โรคหัวใจล้มเหลวและโรคทางระบบหายใจ 3) มีการรับรู้ปกติ 4) สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และมีโทรศัพท์มือถือที่สามารถสื่อสารติดต่อได้

**เกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้** (Exclusive Criteria) มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโครงการ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน ซึ่งเครื่องมือประกอบด้วย

1.1 คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค การรักษา การใช้ยา การรักษาความสะอาดแผล อาหารและการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วย การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย และการสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการผิดปกติเล็กน้อย และการไปรับ การรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อมีอาการผิดปกติที่รุนแรง

1.2 คู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับพยาบาล ซึ่งมีแนวทางการจัดกิจกรรมตาม การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ซึ่งมีเนื้อหาตามรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D และการจัดกิจกรรมตามแผนการรักษา

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นโรค ประวัติโรคประจำตัว การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคแบคทีเรียกินเนื้อประวัติผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อในญาติสายตรงในครอบครัว ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า

2.2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากงานวิจัยของรัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม ประกอบด้วยจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคแบคทีเรียกินเนื้อ คำตอบ “ใช่” ให้ 2 คะแนน คำตอบ “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 1-24 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อดีกว่า คะแนนรวมต่ำ ซึ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนน มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 ได้คะแนนตั้งแต่ 19.2 คะแนนขึ้น หมาย ถึงมีความรู้ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50 -4.49 ได้คะแนน 14.4 –19.1 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50 -3.49 ได้คะแนน 9.6 –14.3 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 -2.49 ได้คะแนน 4.8 –9.5 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 ได้คะแนนต่ำกว่า 4.8 คะแนนลงไป หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำมาก

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ผู้วิจัยดัดแปลง มาจากงานวิจัยของรัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 10 ข้อ โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย เป็นคำถามด้านบวกจำนวน 9 ข้อ และด้านลบ จำนวน 1 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 1 – 30 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองดีกว่าคะแนนรวมต่ำ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ ได้แก่

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมนั้นปฏิบัติอย่างน้อย 4-7 วันต่อสัปดาห์ ให้ 3 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นปฏิบัติอย่างน้อย 1-3 วันต่อสัปดาห์ ให้ 2 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมนั้นไม่ได้ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน

**การหาคุณภาพของเครื่องมือ** การศึกษาครั้งนี้ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกิน

เนื้อ หาความตรงตามเนื้อหา (Content validigy) และความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบแบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรง ด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

แบบประเมินความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อ โดยมีค่าดัชนีความตรง (Content Validity Index, CVI) มีค่าเท่ากับ 0.81 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ โดยมีค่าดัชนีความตรง (Content Validity Index, CVI) มีค่าเท่ากับเท่ากับ 0.9 ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อและแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่ได้รับการชี้แนะจากผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลใกล้เคียง ซึ่งมีลักษณะประชากรและสิ่งแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 15 คน แล้วนำคะแนนมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Reliability) มีค่าเท่ากับ 0.750 และ 0.751 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลหนองคาย เลขที่ 32/2566

**ผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม**

จากการเก็บรวบรวมกับผู้ป่วย จำนวน 28 ราย ที่ถูกแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยแบคที่เรียกินเนื้อ แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสถิติขั้นพื้นฐาน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.60 เป็นชาย ส่วนที่เหลือร้อยละ 21.40 เป็นหญิง มากกว่าครึ่งหรือประมาณร้อยละ 53.60 มีอายุตั้งแต่ 61 ปี ขึ้นไป มีอยู่ร้อยละ 53.60 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 51-60 ปี และ ไม่เกิน 50 ปี มีอยู่ร้อยละ 35.70 และร้อยละ 10.70 ตามลำดับ เกือบทั้งหมดหรือร้อยละ 92.90 มีสถานภาพสมรส มีเพียงร้อยละ 7.10 เท่านั้น ที่มีสถานภาพที่เป็นหม้าย การศึกษาระดับสูงสุด คือ จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 75.00 รองลงมาคือ ชั้นมัธยมศึกษา และชั้น ปวช. มีอยู่ร้อยละ 17.90 และร้อยละ 7.10 ตามลำดับ ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 89.30 ที่เหลือประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 10.70 ใช้สิทธิการรักษาด้วยบัตรทอง ร้อยละ 96.40 และประกันสังคม ร้อยละ 3.60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่เกิน 10,000 บาท และมากกว่า 10,000 บาท ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 78.60 และร้อยละ 21.40 ระยะเวลาการเป็นโรค มากกว่าครึ่งหรือร้อยละ 57.10 เวลา 1 ปี และร้อยละ 28.60 ใช้เวลา 2 ปี ส่วนที่เหลือใช้เวลา 3 ปี และ 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 10.70 และร้อยละ 3.60 ตามลำดับ ส่วนประวัติของการเป็นโรคประจำตัว ร้อยละ 75.00 เป็นโรคเบาหวาน ที่เหลือร้อยละ 25.00 ไม่มีโรคประจำตัว การรักษาโรคในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ร้อยละ 85.70 ใช้ยาปฏิชีวินะ ที่เหลือร้อยละ 14.30 ทำแผลเอง จำนวนสมาชิกในครอบครัว มี 4 คน ร้อยละ 42.90 มี 5 คน และ 6 คน มีอยู่ร้อยละ 39.20 และร้อยละ 17.90 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยเกือบทั้งหมด หรือร้อยละ 92.86 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ และร้อยละ 7.14 เท่านั้นที่เคยได้รับ ส่วนเมื่อพิจารณาดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งหรือ ร้อยละ 50.00 มีดัชนีมวลกาย มากกว่า 29.00 ที่เหลือคือ 28.01-29.00 และไม่เกิน 28.00 มีดัชนีมวลกาย ร้อยละ 28.60 และ 21.40 ตามลำดับ ร้อยละ 85.70 มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 85.70 ส่วนร้อยละ 85.70 มีประวัติการดื่มเหล้า และร้อยละ 92.90 มีประวัติถูกผ่าตัด

**ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย** ผู้ป่วยที่มีต่อความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคแบคทีเรียกินเนื้อ

**1. ผู้ป่วยก่อนทดลอง** จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคแบคที่เรียกินเนื้อ พบว่า ผู้ป่วยก่อนการทดลองมีความรู้ในเรื่องแพทย์อาจจ่ายยาปฏิชีวนะกลุ่มเพนิซิลิน หรือยาตัวอื่นๆ ในกรณีที่แผลมีการติดเชื้อ หรือแผลมีความ

เสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ร้อยละ 85.70 รองลงมาคือ หลังแผลหายดี แล้วมีแผลเป็นปรากกฎขึ้น ให้นวดหรือทาบริเวณแผลเป็นนั้นด้วยโลชั่นหรือปริโตรเลียมเจลลี่ ซึ่งช่วยกระตุ้นการสร้างคอลลาเจนที่ผิดโดยรอบ เพื่อรักษาบรรเทาความรุนแรงของรอยแผลเป็นที่เกิดขึ้น ร้อยละ 42.90 วิธีการทำแผล ล้างสิ่งสกปรกออกจากแผล และล้างแผลให้สะอาดด้วยยาฆ่าเชื้อ ร้อยละ 39.30 หลีกเหลี่ยงการแช่ในอ่างอาบน้ำหรือ การว่ายน้ำจนกว่าแผลจะหายดี หรือจนกว่าแพทย์จะอนุญาตเพื่อป้องกันแผลติดเชื้อ ร้อยละ 35.70 รักษาความสะอาดและดูแลแผลให้แห้ง บาดแผลที่ไม่รุนแรงอาจฟื้นฟูและหายดีในเวลาไม่กี่วัน ร้อยละ 25.00 ในกรณีที่แผลอาจมีการปนเปื้อน แพทย์อาจให้เปิดแผลไว้ก่อนจนกว่าจะมั่นใจว่าแผลสะอาดดีแล้ว และไม่มีโรคปนเปื้อน เพราะการเย็บแผลอาจจะเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อแบคทีเรียได้ จากนั้นจึงค่อยเย็บปิดแผล ร้อยละ 21.40 เมื่อแผลเริ่มแห้งและสมานตัว อาเกิดสะเก็ดแผลและรอยแผลเป็นขึ้น โดยผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการแกะหรือเกาบริเวณแผลที่แห้งและตกสะเก็ด เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายแก่ผิวหนังด้านล่างจนแผล สมานตัวช้าลงไปอีก และป้องกันการเกิดรอยแผลเป็นที่รุนแรง ร้อยละ 21.40 ในระหว่างที่พักฟื้น ควรรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน อาหารที่สมบูรณ์ไปด้วยวิตามินและ แร่ธาตุสูงอย่างพวกผักผลไม้และอาหารประเภทเส้นใยสูงอย่างพวกธัญพืช ร้อยละ 17.90 การดูแลสุขภาพ ให้แข็งแรงอยู่เสมอ เช่น นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และออกกำลังกาย เป็นประจำ เป็นต้น ร้อยละ 14.30 การรักษาความสะอาดให้เป็นนิสัย เช่น ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่กับน้ำสะอาด 14.30 และในกรณีที่มีบาดแผลและสูญเสียเนื้อเยื่อไปมาก แพทย์อาจพิจารณาไม่เย็บปิดแผลที่เกิดขึ้นแต่จะเปิดแผลทิ้งไว้เพื่อให้แผลสมานตัวตามกลไกธรรมชาติ ร้อยละ 10.70 รายละเอียดปรากฏตามตารางที่ 2

**2. ผู้ป่วยหลังการทดลอง** จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคแบคที่เรียกินเนื้อ พบว่า ผู้ป่วยหลังการทดลองมีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองถึง ร้อยละ 89.30 ได้แก่ การรักษาความสะอาดให้เป็นนิสัย เช่น ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่กับน้ำสะอาด วิธีการทำแผล ล้างสิ่งสกปรกออกจากแผล และล้างแผลให้สะอาดด้วย ยาฆ่าเชื้อแพทย์อาจจ่ายยาปฏิชีวนะกลุ่มเพนิซิลิน หรือยาตัวอื่น ๆ ในกรณีที่แผลมีการติดเชื้อ หรือแผลมี ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ในระหว่างที่พักฟื้นควรรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน อาหารที่สมบูรณ์ไปด้วยวิตามินและแร่ธาตุสูงอย่างพวกผักผลไม้และอาหารประเภทเส้นใยสูงอย่างพวกธัญพืช การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ เช่น นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นต้น ส่วนที่เหลือ ได้แก่ การรักษาความสะอาดและดูแลแผลให้แห้ง บาดแผลที่ไม่รุนแรงอาจฟื้นฟูและหายดีในเวลาไม่กี่วัน ร้อยละ 85.70 หลังแผลหายดี แล้วมีแผลเป็นปรากกฎขึ้น ให้นวดหรือทาบริเวณแผลเป็นนั้นด้วยโลชั่นหรือปริโตรเลียมเจลลี่ ซึ่งช่วยกระตุ้นการสร้างคอลลาเจนที่ผิดโดยรอบ เพื่อรักษาบรรเทาความรุนแรงของรอยแผลเป็นที่เกิดขึ้น ร้อยละ 78.60 ในกรณีที่มีบาดแผลและสูญเสียเนื้อเยื้อไปมาก แพทย์อาจพิจารณาไม่เย็บปิดแผลที่เกิดขึ้น แต่จะเปิดแผลทิ้งไว้เพื่อให้แผลสมานตัว ตามกลไกธรรมชาติ ร้อยละ 71.40 ในกรณีที่แผลอาจมีการปนเปื้อน แพทย์อาจให้เปิดแผลไว้ก่อนจนกว่าจะมั่นใจว่าแผลสะอาดดีแล้ว และไม่มีโรคปนเปื้อน เพราะการเย็บแผลอาจจะเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อแบคทีเรียได้ จากนั้นจึงค่อยเย็บปิดแผล ร้อยละ 67.90 หลีกเหลี่ยงการแช่ในอ่างอาบน้ำหรือการว่ายน้ำจนกว่าแผลจะหายดี หรือจนกว่าแพทย์จะอนุญาตเพื่อป้องกันแผลติดเชื้อ ร้อยละ 46.40 0 และเมื่อแผลเริ่มแห้ง และสมานตัว อาเกิดสะเก็ดแผลและรอยแผลเป็นขึ้น โดยผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการแกะหรือเกาบริเวณแผลที่แห้งและตกสะเก็ด เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายแก่ผิวหนังด้านล่างจนแผลสมานตัวช้าลงไปอีก และป้องกันการเกิดรอยแผลเป็นที่รุนแรง ร้อยละ 39.30

**การเปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง** ผลการเปรียบเทียบของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$ = 19.36) มากกว่าก่อนการทดลอง ($\overline{X}$ = 14.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดปรากฏตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยที่มีต่อความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคแบคทีเรียกินเนื้อ

| กลุ่ม | $\overline{X}$ | S.D. | n | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนการทดลอง | 14.64 | 2.82 | 28 | 5.549* | 0.00 |
| หลังการทดลอง | 19.36 | 2.31 | 28 | | |

**หมายเหตุ:** * หมายความว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

**พฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคแบคที่เรียกินเนื้อ**

1. ผู้ป่วยก่อนการทดลอง จากจำนวน 28 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติเป็นประจำ พบว่า ในเรื่องหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่อาจกระทบต่อบาดแผลและกระบวนการสมานอย่างการเล่นกีฬาไปก่อนจนกว่าแผลจะหายดี มีการปฏิบัติร้อยละ 14.29 รองลงมาคือ มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ร้อยละ 10.71 จะปิดแผลหรือรักษาความสะอาดบริเวณที่เกิดแผล ให้แผลแห้งและสะอาดอยู่เสมอเพื่อช่วยให้แผลสมานตัวดีและเร็วขึ้น ร้อยละ 7.14 ต้องล้างมือให้สะอาดขณะและเปลี่ยนผ้าพันแผลเสมอและการเปลี่ยนผ้าพันแผลบ่อยๆ เมื่อมือสกปรกด้วยตนเองที่บ้าน ร้อยละ 7.14 หลีกเลี่ยงการแช่ในอ่างอาบน้ำหรือการว่ายน้ำจนกว่าแผลจะหายดี หรือจนกว่าแพทย์จะอนุญาต เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ร้อยละ 7.14 หลังการผ่าตัด ท่านรอ 2-4 วัน หลังผ่าตัดพันแผลแล้วจึงอาบน้ำ ร้อยละ 3.57 ในระหว่างที่พักฟื้นท่านรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพโดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน ส่วนที่มีการปฏิบัติเป็นประจะร้อยละ 3.57 ได้แก่ อาหารที่อุดมไปด้วยวิตามินและแร่ธาตุอย่างสูงพวกผักผลไม้ และอาหารประเภทที่มีเยื้อใยสูงอย่างพวกธัญพืช รับประทานยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 7-14 วัน และดูแลรักษาสุขภาพตนเองปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และไปพบแพทย์ตามนัดหมายเสมอ และไม่ได้ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ คือ หลังการทำแผลแล้วระบบภูมิคุ้มกินของร่างกายจะเริ่มเกิดกระบวนการอักเสบ เพื่อป้องกันการติดเชื้อของบาดแผล โดยจะเริ่มมีอาการบวมแดง และเจ็บบริเวณบาดแผล จะบรรเทาอาการด้วยการรับประทานยาแก้ปวดตามที่แพทย์หรือเภสัชกรแนะนำ

2. ผู้ป่วยหลังการทดลอง จากจำนวน 28 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติเป็นประจำ พบว่า มีผู้ป่วยปฏิบัติเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละมากที่สุด คือ ดูแลรักษาสุขภาพตนเองปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และไปพบแพทย์ตามนัดหมายเสมอ ร้อยละ 78.57 รองลงมา ที่มีการปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 67.86 ได้แก่ ต้องล้างมือให้สะอาดขณะและเปลี่ยนผ้าพันแผลเสมอและการเปลี่ยนผ้าพันแผลบ่อยๆ เมื่อมือสกปรกด้วยตนเองที่บ้าน รับประทานยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 7-14 วัน และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีการปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ร้อยละ 64.29 ได้แก่ หลังการผ่าตัด ท่านรอ 2-4 วัน หลังผ่าตัดพันแผลแล้วจึงอาบน้ำ และในระหว่างที่พักฟื้นท่านรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพโดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน อาหารที่อุดมไปด้วยวิตามินและแร่ธาตุอย่างสูงพวกผักผลไม้ และอาหารประเภทที่มีเยื้อใยสูงอย่างพวกธัญพืช ส่วนร้อยละ 53.57 คือ หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่อาจกระทบต่อบาดแผลและกระบวนการสมานอย่างการเล่นกีฬาไปก่อนจนกว่าแผลจะหายดี ที่เหลือคือ หลีกเลี่ยงการแช่ในอ่างอาบน้ำหรือการว่ายน้ำจนกว่าแผลจะ หายดี หรือจนกว่าแพทย์จะอนุญาต เพื่อป้องกันการติดเชื้อ หลังการทำแผลแล้วระบบภูมิคุ้มกินของร่างกาย จะเริ่มเกิดกระบวนการอักเสบ เพื่อป้องกันการติดเชื้อของบาดแผล โดยจะเริ่มมีอาการบวมแดง และเจ็บบริเวณ

บาดแผล จะบรรเทาอาการด้วยการรับประทานยาแก้ปวดตามที่แพทย์หรือเภสัชกรแนะนำ และจะปิดแผลหรือรักษาความสะอาดบริเวณที่เกิดแผล ให้แผลแห้งและสะอาดอยู่เสมอเพื่อช่วยให้แผลสมานตัวดีและเร็วขึ้น คิดเป็นร้อยละ 46.43 ร้อยละ 42.86 และร้อยละ 35.71 ตามลำดับ

**การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง**

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองกับหลัง การทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$ = 25.11) มากกว่าก่อนการทดลอง ($\overline{X}$ = 14.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดปรากฏตามตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคแบคทีเรียกินเนื้อ

| กลุ่ม | $\overline{X}$ | S.D. | n | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนทดลอง | 14.54 | 3.35 | 28 | 9.160* | 0.00 |
| หลังทดลอง | 25.11 | 4.38 | 28 | | |

**หมายเหตุ:** * หมายความว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

**สรุปและอภิปรายผล**

1. ผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการสนับสนุนความรู้ในการดูแลตนเองมีประสิทธิผล ในการเพิ่มความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิด การส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับวางแผนจำหน่าย เนื่องจากโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีการออกแบบอย่างเป็นระบบตามกรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D รวมทั้งการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ มีการสอน ชี้แนะ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค แนวทางการรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม พร้อมกับการฝึกทักษะในการดูแลตนเองและการประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรม ไปใช้ในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล[6]

พร้อมกันนี้ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังได้รับการชี้แนะและสนับสนุนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม ได้แก่ การสร้างความมั่นใจ รับฟังปัญหา ให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือ ในกิจกรรม อีกทั้งได้รับคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ที่ผู้ป่วยนำกลับไปอ่านเพิ่มเติม ที่บ้านเป็นรูปภาพประกอบคำบรรยายที่อ่านง่ายเหมาะกับผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ สามารถนำมาทบทวนซ้ำซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9]

2. ผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้สูงกว่าการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมในโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ผู้วิจัยกำหนดแผนการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละรายที่ชัดเจน โดยแบ่งช่วงจัดกิจกรรมได้ 4 ระยะตามลำดับตามความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย กิจกรรม ได้แก่ การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคแบคทีเรียกินเนื้อ การฝึกปฏิบัติจริง เช่น การรับสารอาหารที่เหมาะสมการออกกำลังกาย การรับประทานยา เป็นต้น รวมทั้งให้ข้อมูลป้อนกลับ การ

ส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเมื่อฝึกทักษะได้อย่างถูกต้อง

นอกจากนี้ในการกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลตนเองทุกขั้นตอน เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย โดยดำเนินการอย่างต่อเนื่องตามแผนการจำหน่าย ซึ่งเริ่มตั้งแต่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลพร้อมติดตามประเมินผลการดูแลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้ป่วยและญาติหรือครอบครัวมีส่วนร่วม พร้อมกันนี้การจัดกิจกรรมคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจในการดูแลตนเองและ การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากการพยาบาลตามปกติ ส่วนใหญ่เน้นการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว การให้ความรู้และฝึกทักษะ ส่วนใหญ่จะต้องปฏิบัติภายใต้เวลาการให้บริการที่จำกัดและขาดการติดตามผลลัพธ์หลังการให้การพยาบาล[3]

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

ควรส่งเสริมให้พยาบาลมีแนวทางหรือกรอบแนวคิดในการวางแผนการจำหน่าย โดยประยุกต์ใช้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มและกรอบแนวคิดจำหน่ายรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

ควรทำการวิจัยในระยะยาว 6-12 เดือน เพื่อติดตามผลของการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไปและอาจศึกษาตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น คุณภาพชีวิต การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เป็นต้น

## เอกสารอ้างอิง

1. Conte MS, Bradbury AW, Kolh P, White JV, Dick F, Fitridge R, et al. Global vascular guidelines on the management of chronic limb-threatening ischemia. J Vasc Surg. 2019 Jun;69(6S):3S-125S.e40.
2. Beaumier M, Murray BA, Despatis MA, J Patry J, Murphy C, Jin S, et al. Best practice recommendations for the revention and management of peripheral arterial ulcers. [Internet]. 2020[cited 23 Aprl 23]:1-76. Available from:https://www.woundscanada. ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop /1690-wc-bpr-prevention-and
3. ทศพร อุทธิเสน. การศึกษา Necrotizing Fasciitis ย้อนหลัง 418 ราย โรงพยาบาลศรีสะเกษ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2551; 23(1): 7-16
4. Necrotizing Fasciitis. [online]. 2017 Nov 21,[cited 2023 Jully 8] Available from: https://emedicine.medscape.com/article/2051157-overview
5. Necrotizing Fasciitis. [online]. 2017 Nov 21,[cited 2023 Jully 8] Available from: https://emedicine.medscape.com/article/2051157-overview#aNecrotizing fasciitis: risk factors of mortality. [online] 2014 November 18[cited 2023 Jully 8
6. อภิรักษ์ ศรีมันตะ. การศึกษาข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนังเน่าและรับการรักษาในโรงพยาบาลยโสธร. กลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลยโสธร; 2552.
7. เสาวลักษณ์ ภูนวกุล,นพรัตน์ เรืองศรี อรพรรณ มันตะรักษ์ จารุภา คงรส. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมองโรงพยาบาลพิจิตร. วารสารกรมการแพทย์ 2560; 42(6): 102-107
8. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ทริคธิงค์; 2562. หน้า 17.
9. Edlich RF, Cross CL, Dahlstrom JJ, Long WB. Modern concepts of the diagnosis and treatment of necrotizing fasciitis. J Emerg Med 2010;39(2):261–5.

# ผลของแนวทางอบอุ่นร่างกายต่อภาวะหนาวสั่นในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในโรงพยาบาลหนองคาย

# Effects of warm-up guidelines on chills in pregnant women undergoing abdominal childbirth surgery under anesthesia using spinal anesthesia in Nong Khai Hospital.

(Received: February 18,2024 ; Revised: February 22,2024 ; Accepted: February 24,2024)

**สายฝน กุลเนตร[1] ประภัสสร คำเหลือง[1]**
**Saifon Kullanet[1] Prapassorn Khamlueang[1]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experiment research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลภาวะหนาวสั่นของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังแบบ elective 38 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 3 เดือน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 19 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกส่วนบุคคล และ แบบบันทึกการหนาวสั่น วิเคราะห์ด้วยข้อมูลทางสถิติหา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่าการนำแนวทางอบอุ่นร่างกายต่อภาวะหนาวสั่นในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในโรงพยาบาลหนองคาย คะแนนเฉลี่ยอาการหนาวสั่น กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คะแนนเฉลี่ยอาการหนาวสั่นกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.842 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.834 คะแนนเฉลี่ยอาการหนาวสั่นกลุ่มทดลองเท่ากับ 0.489 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.917 ค่า t = – 3.699 ค่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P = 0.004)

**คำสำคัญ :** แนวทางอบอุ่นร่างกาย ภาวะหนาวสั่น การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง

**Abstract**

This research was quasi-experimental research. The objective is to study the results of the nursing management model for shivering in pregnant women after abdominal childbirth surgery using anesthesia using anesthesia. cerebrospinal fluid channel The sample group is Pregnant women undergoing abdominal childbirth surgery under elective spinal anesthesia, 38 cases, between October - December 2023, totaling 3 months. The sample was sampling by simple random sampling. Divided into an experimental group and a control group, 19 people per group. The tools used to collect data were a personal diary form and a shivering diary form. Analyze with statistical data to find number, percentage, mean, standard deviation, Independent t-test statistics.

The results of the research found that the use of warm-up guidelines for chills in pregnant women undergoing abdominal childbirth surgery under anesthesia using spinal anesthesia in Nong Khai Hospital. Average chills score The group that received care according to the guidelines was significantly different from the group that received regular nursing care at 0.05. The mean chills score in the control group was 1.842, standard deviation 0.834, the mean chills score in the experimental group was 0.489. Standard deviation 0.917, t value = – 3.699 with statistical significance at the 0.05 level (P = 0.004).

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล หนองคาย

**Keywords:** warm-up guidelines, shivering, cesarean section, Anesthesia is performed by injecting anesthetic into the cerebrospinal fluid cavity.

**บทนำ**

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นหัตถการทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อยมากขึ้น เนื่องจากมีข้อบ่งชี้เพื่อความปลอดภัยของมารดาและบุตร จากการศึกษาใน 150 ประเทศช่วงปี 2533-2557 มีการผ่าคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 19.1 ในปี 2557 โดยอัตราการผ่าคลอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.4 หรือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 ต่อปี ลาตินอเมริกาและแคริบเบียนมีอัตราการผ่าคลอดสูงสุด คือ ร้อยละ 40.5 ส่วนเอเชียร้อยละ 19.2 แต่มีอัตราการผ่าคลอดรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.1 คิดเป็นอันดับ 2 ของโลก และมีอัตราการเพิ่มการผ่าคลอดเฉลี่ยต่อปีสูงสุด คือ ร้อยละ 6.4 ขณะที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการผ่าคลอดเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.5 ต่อปี ในประเทศไทยมีอัตราผ่าคลอดร้อยละ 14.8 ใน ปี พ.ศ. 2533 เพิ่มเป็นร้อยละ 20.7 ใน ปี พ.ศ. 2544 และเพิ่มเป็นร้อยละ 39.4 ใน ปี พ.ศ. 2557 สูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดตัวเลขที่เหมาะสมว่าควร เป็นร้อยละ 10-15 ในส่วนของโรงพยาบาลหนองคาย หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ 53.84, 56.75 และ 54.56 ตามลำดับ นับเป็นการผ่าตัดที่มารับบริการทางวิสัญญีสูงเป็นอันดับ 1 ของทุกปี[1]

โรงพยาบาลหนองคายเป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัด ให้บริการตรวจรักษาผู้รับบริการในเขตบผิดชอบและให้บริการในเครือข่ายทั้งจังหวัดหนองคาย ให้บริการผ่าตัดแก่ผู้รับบริการหลายสาขา เช่น ศัลยกรรม สูติกรรม กระดูกและข้อ เป็นต้น การให้บริการผ่าตัดบางประเภทมีการให้บริการทางวิสัญญีร่วมด้วยเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย ไม่ได้รับความเจ็บปวด และสามารถผ่าตัดได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการผ่าตัดและวิสัญญี โรงพยาบาลหนองคายได้ให้บริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้งในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล และรับผ่าตัดคลอดหญิงตั้งครรภ์ในเครือข่ายทั้งหมด ปีงบประมาณ 2563 - 2565 ผู้มารับการผ่าตัดคลอดทั้งหมด 627 ราย 567 ราย 593 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้ได้รับการระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาทางช่องไขสันหลัง จำนวน 242 ราย 278 ราย 294 รายตามลำดับ[1]

จากการศึกษาอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีจากรายงานอุบัติการณ์ในประเทศไทย ปี 2558 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในประเทศไทย มีอัตราการเกิดภาวะหนาวสั่นระยะหลังการระงับความรู้สึก ร้อยละ 33 ถึงร้อยละ 66[2] จากสถิติของงานวิสัญญีโรงพยาบาลหนองคาย พบว่าภาวะหนาวสั่นหลังการให้ยาระงับความรู้สึกในปี 2564 ร้อยละ 30 ถึงร้อยละ 40 ของการให้บริการระงับความรู้สึกทั้งหมด สถิติการเกิดภาวะหนาวสั่นในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาทางช่องไขสันหลัง ปี 2562 – 2564 เท่ากับร้อยละ 38.6 , 49 และ 49.5 ตามลำดับ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะหนาวสั่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและภาวะหนาวสั่นเกิดจากการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน มีการเปิดเผยร่างกายผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น การสวนล้างอวัยวะด้วยน้ำอุณหภูมิห้อง การให้สารน้ำอุณหภูมิห้องปริมาณ 1 ลิตร มีผลทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง 0.25 องศาเซลเซียส[3] อุณหภูมิห้องผ่าตัดอยู่ระหว่าง 18-20 องศาเซลเซียส การพยาบาลหลังเกิดภาวะหนาวสั่นที่ได้รับนอกจากห่มผ้าห่มและใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อนแล้ว วิสัญญีแพทย์ได้พิจารณาให้ยาเพดทีดีน 12.5 -50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาอาการหนาวสั่นโรงพยาบาลหนองคายเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ให้บริการตรวจรักษาผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบและให้บริการในเครือข่ายทั้งหมดของจังหวัดหนองคายให้บริการผ่าตัดแก่ผู้รับบริการหลายสาขา เช่น ศัลยกรรม สูติกรรม กระดูกและข้อ เป็นต้น การให้บริการผ่าตัดบางประเภทมีการ

ให้บริการทางวิสัญญีร่วมด้วยเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย ไม่ได้รับความเจ็บปวดและสามารถผ่าตัดได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาและพัฒนาแนวทางการให้ความอบอุ่นร่างกายในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากการให้ยาระงับความรู้สึกโดยการให้ยาชาทางช่องไขสันหลังในหญิงตั้งครรภ์นั้น วิสัญญีแพทย์ใช้ยามอร์ฟีนผสมฉีดในช่องไขสันหลังร่วมด้วย การให้การรักษาภาวะหนาวสั่นโดยใช้ยาเพดทีดีน ยังเพิ่มความเสี่ยงทำให้กดการหายใจ จากฤทธิ์ยาที่เสริมกันได้การให้การพยาบาลโดยไม่ใช้ยา การพัฒนาแนวทางอบอุ่นร่างกายหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นจึงมีความสำคัญต่อผู้วิจัยในฐานะที่เป็นวิสัญญีพยาบาล นอกจากนี้โรงพยาบาลหนองคาย ยังไม่มีแนวทางการให้ความอบอุ่นร่างกายในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาทางช่องไขสันหลัง ดั้งนั้น ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการเกิดภาวะหนาวสั่นในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยวิธีให้ยาชาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ของโรงพยาบาลหนองคาย จึงได้ศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลภาวะหนาวสั่นของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังของโรงพยาบาลหนองคายเพื่อผู้รับบริการปลอดภัย ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นที่เกิดจากภาวะหนาวสั่น และอุณหภูมิร่างกายต่ำได้

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลภาวะหนาวสั่นของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง

2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของอุณหภูมิร่างกายของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลภาวะหนาวสั่นของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดย การระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

**สมมติฐานการวิจัย**

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลภาวะหนาวสั่นของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง มีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องที่ได้รับการดูแลการอบอุ่นร่างกายปกติ และ เกิดภาวะหนาวสั่นน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องที่ได้รับการดูแลการอบอุ่นร่างกายปกติ

**ขอบเขตการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental) โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลของรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลภาวะหนาวสั่นของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ณ หน่วยงานวิสัญญี ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 38 คน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในโรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย แบบ elective

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในโรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม- ธันวาคม 2566 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน โดยใช้สูตรของ Bernard Rosner[4] ได้จำนวน ประชากร 2 กลุ่ม กลุ่มละ 17 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวม กลุ่มละ 19 คน ดังนี้

$$n_1 = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2/\kappa)(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\Delta^2}$$

$$n_2 = \frac{(\kappa * \sigma_1^2 + \sigma_2^2)(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\Delta^2}$$

โดยกำหนดให้

n1 = ขนาดตัวอย่างของกลุ่มที่ 1

n2 = ขนาดตัวอย่างของกลุ่มที่ 2

$\sigma$1 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มที่ 1

$\sigma$ 2 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มที่ 2

$\Delta$ = ผลต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม

$\kappa$ = สัดส่วน = n2 / n1 = 1

$Z_{1-\alpha/2}$ = two-sided $Z$ value ($Z$ = 1.96 สำหรับ 95% confidence interval)

$Z_{1-\beta}$ = อำนาจการทดสอบ (power) = 90%

ตัวแปร $\Delta$ และ $\sigma$ นำมาจากการศึกษาของปนัดดา สถิตวัฒน์[5] รายงานการวิจัยการลดภาวะหนาวสั่นโดยการใช้ผ้าคลุมศีรษะ สวมปลอกแขนและขา ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โรงพยาบาลนครพนม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ จึงนำผลการศึกษามาคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ใช้ผ้าคลุมศีรษะ สวมปลอกแขนและขา ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง เฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 95.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.6 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 87.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.9 เมื่อแทนค่าในสูตรคำนวณได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 17 คน ผู้วิจัยได้ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเผื่อสูญเสียหรือมีการถอนตัวร้อยละ 10 จะได้กลุ่มทดลอง 19 คน และกลุ่มควบคุม 19 คน รวมทั้งหมด 38 คน

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ Inclusion criteria 1) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในโรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดเชียงใหม่แบบ elective 2) หญิงตั้งครรภ์ไม่มีโรคร่วมเกี่ยวกับระบบต่อมไร้ท่อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด 3) หญิงตั้งครรภ์มีอุณหภูมิแกนอยู่ระหว่าง 36 – 37.5 องศาเซลเซียส เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกโครงการ Exclusion criteria 1) มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังเป็นการความรู้สึกด้วยวิธีแบบทั่วไป 2) มีการเสียเลือดมากกว่า 1,000 ซีซี 3) เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ชัก หรือแพ้ยาอย่างรุนแรง 4) หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องคณะผู้วิจัยได้อาศัยองค์ประกอบพื้นฐานของความรู้ในการศึกษาเป็น 3 ส่วนประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2. แนวทางอบอุ่นร่างกายต่อภาวะหนาวสั่นในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (ในกลุ่มตัวอย่าง) ได้แก่

2.1 ห่มผ้าเป่าลมร้อนแบบครึ่งตัว Forced air warming ที่อุณหภูมิ 43 องศาเซลเซียส ห่มลำตัว

ร่างกายส่วนบน เสียบปลั๊กไฟ และเปิดปุ่มเครื่องทำความร้อน และร่างกายส่วนล่างห่มผ้าห่มหนา

2.2 สวมหมวกและสวมถุงเท้าให้ผู้ป่วย ขณะทำให้ปิดเครื่องปรับอากาศก่อนผ่าตัด 30 นาที และควบคุมอุณหภูมิของห้องผ่าตัด 22-24 องศาเซลเซียส

3. แบบบันทึกข้อมูลอุณหภูมิและอาการหนาวสั่น เครื่องวัดอุณหภูมิ และแบบประเมินการหนาวสั่นที่ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของ Butwick et al[6] โดยแบ่งการหนาวสั่นออกเป็น 5 ระดับคะแนน ได้แก่

0 = ไม่มีอาการหนาวสั่น

1 = ขนลุก หรือหลอดเลือดส่วนปลายหด หรือมีการเขียวของอวัยวะส่วนปลายที่ไม่มีสาเหตุอื่นอย่างใดอย่างหนึ่ง

2 = มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อ

3 = มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อมากกว่าหนึ่งกลุ่ม

4 = มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย

การวิจัยนี้ประเมินการเกิดภาวะหนาวสั่นเมื่อได้คะแนน 2 คะแนนขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ความตรงเชิงเนื้อหา โดย ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้แก่ วิสัญญีแพทย์ 2 ท่าน และสูติแพทย์ 1 ท่านพิจารณาคัดเลือกตามจุดประสงค์ ที่มีดัชนีความสัมพันธ์ของความสอดคล้องของความคิดเห็น (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ถึง 1.00 ได้ค่า IOC = 0.91 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์ของคอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) โดยการนำแนวทางการให้ความอบอุ่นร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในโรงพยาบาลหนองคาย มาใช้ทดสอบในกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์ของคอนบาร์คเท่ากับ 0.875 แสดงว่าเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับยอมรับได้

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลหนองคาย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพ รวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

**ขั้นตอนดำเนินการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experiment) แบ่งการศึกษา 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์ข้อมูล ทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ออกแบบรูปแบบแนวทางอบอุ่นร่างกายต่อภาวะหนาวสั่นในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังและนำไปทดลองใช้

2. ระยะการใช้แนวทางอบอุ่นร่างกายต่อภาวะหนาวสั่นในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง โดย ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังของโรงพยาบาลหนองคาย ศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566 รวมระยะเวลา 3 เดือน แบบ elective 38 ราย โดยแบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 19 ราย และ กลุ่มตัวอย่าง 19 ราย เลือกแบบสะดวก โดยกลุ่มศึกษาใช้แนวทางอบอุ่นร่างกายต่อภาวะหนาวสั่นในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง และ กลุ่มตัวอย่างให้ความอบอุ่นแบบปกติ

3. ระยะแปลผล โดยการนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์ทางสถิติ อภิปราย สรุปผลวิจัย

4. นำเสนอข้อมูลวิจัยในรูปแบบหลักฐานเชิงประจักษ์

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปดังนี้ อายุ(ปี) หญิงตั้งครรภ์อายุอยู่ในช่วง 15 – 20 ปี กลุ่มทดลองอายุมากที่สุดคือ อายุ 26 – 30 ปีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 31.58 และน้อยที่สุดคือ อายุ 36 – 40 ปีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.53 กลุ่มควบคุมอายุมากที่สุดคืออายุ 31 – 35 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 36.84 และน้อยที่สุดคืออายุ 36 – 40 ปีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.53 ($\bar{x}$= 28.68, SD = 5.4 ) น้ำหนัก (กิโลกรัม) หญิงตั้งครรภ์น้ำหนักอยู่ในช่วงระหว่าง 60 – 90 กิโลกรัม กลุ่มทดลองน้ำหนักมากที่สุดคือ น้ำหนัก 80 – 89 กิโลกรัม จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 47.73 และน้อยที่สุดน้ำหนัก 60 – 69 กิโลกรัม จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 21.05 กลุ่มควบคุมน้ำหนัก 60 – 69 กิโลกรัม จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 42.11 และน้ำหนัก 90 กิโลกรัม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.26 ($\bar{x}$= 74.86, SD = 9.41 ) ระยะเวลาผ่าตัด (นาที) ระยะเวลาในการผ่าตัดอยู่ในช่วงระหว่าง 40 – มากกว่า 60 นาที กลุ่มทดลองระยะเวลาการผ่าตัด 46 – 50 นาทีมากที่สุด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 47.37 และระยะเวลาการผ่าตัด > 60 นาทีน้อยที่สุด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.26 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมระยะเวลาการผ่าตัด 40 - 45 นาที และ 46 – 50 นาที มากที่สุดจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 31.58 และ ระยะเวลาการผ่าตัด > 60 นาทีน้อยที่สุดจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.26 ( $\bar{x}$= 47.36, SD = 16.46) ภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยาเข้าไขสันหลัง แทรกซ้อนจากการฉีดยาเข้าไขสันหลังแยกตามลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ กลุ่มทดลองไม่พบภาวะแทรกซ้อน และ ความดันโลหิตต่ำ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 47.73 และคลื่นไส้อาเจียน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 21.05 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมไม่พบภาวะแทรกซ้อน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 68.42 ความดันโลหิตต่ำ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 26.32 และ คลื่นไส้อาเจียน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.26 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบอุณหภูมิร่างกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อุณหภูมิแรกรับ กลุ่มทดลองอุณหภูมิเฉลี่ย 36.68 องศาเซลเซียส กลุ่มควบคุมอุณหภูมิเฉลี่ย 36.58 อุณหภูมิหลังฉีดยาเข้าไขสันหลัง 15 นาทีกลุ่มทดลองอุณหภูมิเฉลี่ย 36.5 องศาเซลเซียส กลุ่มควบคุมอุณหภูมิเฉลี่ย 36.41 อุณหภูมิหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดหรือแรกรับห้องพักฟื้น กลุ่มทดลองอุณหภูมิเฉลี่ย 36.35 องศาเซลเซียส กลุ่มควบคุมอุณหภูมิเฉลี่ย 36.25 อุณหภูมิห้องพักฟื้นก่อนกลับหอผู้ป่วย กลุ่มทดลองอุณหภูมิเฉลี่ย 36.32 องศาเซลเซียส กลุ่มควบคุมอุณหภูมิเฉลี่ย 36.22 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอุณหภูมิร่างกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

| **อุณหภูมิเฉลี่ย** | $\bar{x}$ | SD | t | P-value |
|---|---|---|---|---|
| แรกรับ | | | | |
| กลุ่มทดลอง ( n = 19) | 36.68 | 0.279 | 1.261 | 0.107 |
| กลุ่มควบคุม (n = 19) | 36.58 | 0.203 | | |
| หลังฉีดยาเข้าไขสันหลัง 15 นาที | | | | |
| กลุ่มทดลอง (n = 19) | 36.5 | 0.367 | 1.049 | 0.15 |
| กลุ่มควบคุม (n = 19) | 36.41 | 0.141 | | |
| เสร็จสิ้นการผ่าตัดหรือแรกรับห้องพักฟื้น | | | | |
| กลุ่มทดลอง (n = 19) | 36.35 | 0.584 | 0.669 | 0.253 |

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอุณหภูมิร่างกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

| อุณหภูมิเฉลี่ย | $\bar{x}$ | SD | t | P-value |
|---|---|---|---|---|
| กลุ่มควบคุม (n = 19) | 36.25 | 0.198 | | |
| ห้องพักฟื้นก่อนกลับหอผู้ป่วย | | | | |
| กลุ่มทดลอง (n = 19) | 36.32 | 0.326 | 1.104 | 0.138 |
| กลุ่มควบคุม (n = 19) | 36.22 | 0.257 | | |

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการหนาวสั่นหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยอาการหนาวสั่นหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทดลองด้วยสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการหนาวสั่นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่0.05 ( P = 0.004 ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางโดยการสวมหมวก สวมถุงเท้า ห่มผ้าห่ม เป่าลมร้อนแบบครึ่งตัวร่างกายส่วนบน และผ้าห่มหนาในร่างกายส่วนล่าง มีค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการหนาวสั่นหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

| คะแนนเฉลี่ยอาการหนาวสั่น | $\bar{x}$ | SD | t | P-value |
|---|---|---|---|---|
| ห้องพักฟื้นก่อนกลับหอผู้ป่วย | | | | |
| กลุ่มทดลอง ( n = 19) | 0.489 | 0.917 | -3.699 | 0.004 |
| กลุ่มควบคุม (n = 19) | 1.842 | 0.834 | 4.50 | |

**สรุปและอภิปรายผล**

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดโรงพยาบาลหนองคาย อายุอยู่ระหว่าง 15 – 40 ปี น้ำหนักอยู่ในช่วงระหว่าง 60 – 90 กิโลกรัม ในการผ่าตัดคลอดใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดอยู่ในช่วงระหว่าง 40 –60 นาที เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยาเข้าไขสันหลัง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ และคลื่นไส้อาเจียน ตามลำดับ จากการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลภาวะหนาวสั่นของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง พบว่า การดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามแนวทาง พบว่าอุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 35.1 – 37.5 องศาเซลเซียส พบอาการสั่นได้ตั้งแต่อุณหภูมิ 35.1 – 37.5 องศาเซลเซียส

คะแนนเฉลี่ยอาการหนาวสั่นหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทดลองด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการหนาวสั่นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P = 0.004) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบ ฯ โดยการสวมหมวก สวมถุงเท้า ห่มผ้าห่มเป่าลมร้อนแบบครึ่งตัวร่างกายส่วนบน และผ้าห่มหนาในร่างกายส่วนล่าง มีค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

0.05 สอดคล้องกับ รายงานการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิต่ำเพื่อการพัฒนาโปรแกรมอบอุ่นร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง โรงพยาบาลหนองบัวลำภู[7] พบว่า โดยรวมผู้ป่วย SB มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำลดจากร้อยละ 17.96 เป็นร้อยละ 12.53 ภาวะหนาวสั่นลดจากร้อยละ 14.29 เป็นร้อยละ 8.12 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิร่างกายต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ประเภทการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดมากกว่า 500 มล. การได้รับสารน้ำมากกว่า 2,000 มล. และระยะเวลาผ่าตัดมากกว่า 30 นาที และพบว่ามองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อทั่วร่างกายเมื่ออุณหภูมิต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส และจากการวิจัยพบว่า การนำแนวทางมาใช้โดยการในสารน้ำอุ่น การสวมหมวก ใส่ถุงเท้า และห่มผ้าในหญิงตั้งครรภ์จะเห็นผลลัพธ์ในระยะหลังฉีดยา 15 นาที หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดหรือแรกรับห้องพักฟื้นและห้องพักฟื้นก่อนกลับหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยการลดภาวะหนาวสั่นโดยการใช้ผ้าคลุมศีรษะ สวมปลอกแขนและขาผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โรงพยาบาลนครพนม[5] พบว่า ใช้ผ้าคลุมศีรษะ สวมปลอกแขนและขา ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังสามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะหนาวสั่นเหลือร้อยละ 1.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.001 และสอดคล้องกับรายงานการวิจัยผลของการให้โปรแกรมอบอุ่นร่างกายต่ออุณหภูมิแกนและอาการหนาวสั่นในหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชา เข้าช่องไขสันหลัง[8] พบว่าหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชา เข้าช่องไขสันหลังที่ได้รับโปรแกรมอบอุ่นร่างกายมีอุณหภูมิแกนเฉลี่ยสูงกว่าหญิงที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 20.13$, $p < .001$) และมีอาการหนาวสั่นน้อยกว่าหญิงที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X = 20.13$, $p < .001$) จากการวิจัยยัง พบว่า ในระยะห้องพักฟื้นพบอุณหภูมิร่างกายต่ำและเกิดอาการสั่นมากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับ รายงานการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหนาวสั่นที่ห้องพักฟื้นในผู้ป่วยที่ฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง[9] พบว่า ผู้ป่วยที่ศึกษา 1,208 ราย พบภาวะหนาวสั่นที่ห้องพักฟื้น 366 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.3 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่นที่ห้องพักฟื้น แบบ Multiple logistic regession ได้แก่ เพศหญิง (aOR 1.47 95%CI 1.05-2.07) ระดับการชาที่ T4-6(aOR 1.25 95%CI 1.08-1.45) และการมีภาวะหนาวสั่นที่ห้องผ่าตัด(aOR 3.82 95%CI 1.27-11.48) ดั้งนั้นเพื่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยการนำรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลภาวะหนาวสั่นของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในโรงพยาบาลหนองคาย

**ข้อเสนอแนะในการวิจัย**

1. ควรมีการต่อยอดการศึกษาแนวทางอบอุ่นร่างกายต่อภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดโดยยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ

2. การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้นำแนวทางไปใช้ และความสุขสบายของผู้ป่วยผ่าตักคลอดที่มารับบริการ เพื่อให้แนวทางมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรมีการศึกษาความพึงพอใจและความสุขสบายของผู้ป่วยผ่าตัดคลอด

**เอกสารอ้างอิง**

1. โรงพยาบาลหนองคาย รายงานสถิติตัวชี้วัดและภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีประจาปี 2565.
2. สมรัตน์ จารุลักษนันท์. (2560). โครงการวิจัยสหสถาบัน เรื่อง การศึกษาอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีจากรายงานอุบัติการณ์ในประเทศไทย.กรุงเทพฯ:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
3. อภิชาต ศุภธรรมวิทย์. (2559). ตำราวิสัญญีพื้นฐานและแนวทางปฏิบัติ.กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
4. Bernard, R. (2000). Fundamentals of biostatistics. (5th ed.).Duxbery:Thomson learning,308.
5. ปนัดดา สถิตวัฒน์. (2563). การลดภาวะหนาวสั่นโดยการใช้ผ้าคลุม สวมปลอกแขนและขา ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โรงพยาบาลนครพนม, 4(1),43-52.
6. Butwick, A.J., Lipman, S.S., & Carvalho, B. (2007). Intraoperative Forced Air – Waerming during Cesarean Delivery under Spinal Anethesia does not Prevent Maternal Hypothemia. Obstetric Anesthesiology, 105(5),1413-19.
7. เกสร พั่วเหล็ก.(2560).ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิต่ำเพื่อการพัฒนาโปรแกรมอบอุ่นร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โรงพยาบาลหนองบัวลำภู.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 25(3),294-305.
8. สาธร หมื่นสกุล. (2555).ผลของการให้โปรแกรมอบอุ่นร่างกายต่ออุณหภูมิแกนและอาการหนาวสั่นในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง. 21(4),62-73.
9. วนิดา ศรีสถาน. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหนาวสั่นในห้องพักฟื้นในผู้ป่วยที่ฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง.หน่วยงานวิสัญญีกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด.

# การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม

# Strengthening health literacy in caring for diabetes patients among community leaders Nakhon Pathom Province.

(Received: February 18,2024 ; Revised: February 21,2024 ; Accepted: February 25,2024)

**ปริญญา มาลัยเปีย[1], มนัสศิริ ยิ้มถนอม[2]**
**Parinya Malaipia[1], Manasiri Yimtanom[2]**

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชนและผลของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน มีระยะเวลาในวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึง เดือนธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการดำเนินงานความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยเบาหวานและความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

**คำสำคัญ :** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้นำชุมชน การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

**ABSTRACT**

This study was action research aimed to study health literacy in caring for diabetic patients among community leaders and the results of enhancing health literacy in caring for diabetic patients among community leaders. The research period is between October 2023 and December 2023, a total of 3 months. Data was collected from questionnaires. Analyze data By content analysis (Content Analysis), frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that after the operation, community leaders' understanding of how to behave in diabetic patients and health knowledge in caring for diabetic patients. Nakhon Pathom Province There was a statistical significant difference at the .05 level. After the operation, community leaders' understanding of patient behavior Nakhon Pathom Province Better before operation

**Keywords:** health literacy, community leaders, diabetes care

## บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคน ของกระทรวงสาธารณสุข ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี และหากรวมอีก 3 โรค คือ โรคความดันโลหิต

[1] นักวิชาการสาธารณสุข(ด้านส่งเสริมพัฒนา) ระดับชำนาญการ กลุ่มงานบริหารงบลงทุนภูมิภาค กองบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสามพราน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

สูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ภาครัฐสูญเสียงบประมาณในการรักษารวมกันสูงถึง 302,367 ล้านบาทต่อปี โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs อีกมากมาย อาทิ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต ฯลฯ[1]

โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพ และทำงานล้มเหลว เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต หลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง รวมถึงเป็นแผลง่ายหายยาก ชาปลายมือปลายเท้า หลักในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นอยู่กับชนิดของเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย การใช้ ยารักษาโรคเบาหวาน (การฉีดอินซูลินสำหรับเบาหวานชนิดที่ 1 และยากินหรือฉีดอินซูลินร่วมด้วยสำหรับเบาหวานชนิดที่ 2) และการปรับวิถีการดำเนินชีวิตซึ่งถือว่ามีความสำคัญอย่างมาก ซึ่งในการปรับวิถีชีวิต หรือพฤติกรรมความเป็นอยู่ ควรต้องปรับในเรื่องอาหารการกิน คือ ต้องควบคุมอาหารโดยมีเป้าหมายเพื่อให้น้ำหนักลดลงช้าๆ มากกว่าที่จะพยายามททำให้น้ำหนักเป็นปกติ และพยายามหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง และควรออกกำลังกายอยู่เป็นประจำวัน แม้ว่าในปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นโรคที่ยังรักษาไม่หายขาด และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ก็อาจส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้ นอกจากนี้ การให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งสาเหตุและการดำเนินของโรค เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เช่นเดียวกันกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว หากครอบครัวให้ความร่วมมือในการปรับเลี่ยนพฤติกรรมก็จะทำให้การรักษาประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น[5]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการในการทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลตนเอง โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวมมีการควบคุมเบาหวาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ จากรายงานวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) โดยมีความสามารถทำนายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพอาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรค (DeWalt et al., 2004) โดยการใช้ทักษะทางด้านการคิด ด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทาความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพ และบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อต่างๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทาให้เกิดการ จูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการใช้ยา[7,8]

ในการที่จะสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของชุมชนนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชน ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญ เนื่องจากเป็นการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนให้เกิดความเข้มแข็งมากขึ้น โดยผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในชุมชน โดยผู้นำชุมชนจะเป็นผู้สื่อสารข้อมูลให้ประชาชนได้ทราบ ตลอดจนเรับฟังข้อมูลหรือข้อเท็จจริง และพิจารณาข้อคิดเห็นร่วมกับประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมในเวทีของการมีส่วนร่วม การเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานเพื่อสร้างการตัดสินใจให้กับประชาชน การให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจในการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนเองซึ่งจะทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นเกิดความรักสามัคคี และเกิดร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สุขภาพของชุมชนมี ความแข็งแรงขึ้นได้ ดัง

จะเห็นได้จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน [17]

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ และเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวาน ดูแลตนเองและมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนและอันตรายจากโรคเบาหวานในชุมชนต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1. ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน
2. ศึกษาแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน
3. ศึกษาผลของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชนและผลของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

**รูปแบบงานวิจัย**

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในวิจัย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566 รวม 3 เดือน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

1. ประชากร ได้แก่ ผู้นำชุมชน ในตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนผู้นำชุมชน ในตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม ประกอบไปด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่บ้านละ 3 คน และตัวแทนครัวเรือน หมู่บ้านละ 5 คน รวม 8 คน ต่อหมู่บ้าน มี 8 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น จำนวน 64 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน โดยมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน ประกอบด้วย การเรียนรู้ปัญหา ความต้องการและหลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชนตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ และการสรุปความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการใช้ยา
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้นำชุมชน อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้นำชุมชน อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้นำชุมชน อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้นำชุมชน อยู่ระดับ น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้นำชุมชน อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

| คะแนนเฉลี่ย | แปลผล |
|---|---|
| 4.21 – 5.00 | มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด |
| 3.41 – 4.20 | มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก |
| 2.61 – 3.40 | มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง |
| 1.81 – 2.60 | มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย |
| 1.00 - 1.80 | มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด |

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง ( Validity ) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .928

2.2 แบบวัดความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐมเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้นำชุมชน อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้นำชุมชน อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้นำชุมชน อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้นำชุมชน อยู่ระดับ น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้นำชุมชน อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

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 ) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .952

**ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย**

1. ศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน

2. จัดทำโครงร่างในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน

3. ประสานพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างในการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน

4. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จำนวน 3 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1 การเรียนรู้ปัญหา ความต้องการและหลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ครั้งที่ 2 การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชนตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ

ครั้งที่ 3 การสรุปความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการใช้ยา

4. ประเมินผลการดำเนินงานและสรุปถอดบทเรียนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน โดยมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน ประกอบด้วย การเรียนรู้ปัญหา ความต้องการและหลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชนตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพและการสรุปความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการใช้ยา

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม ก่อนและหลังดำเนินการ

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม ก่อนและหลังดำเนินการ

**ผลการวิจัย**

1. ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม

1.1 ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. แนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 การเรียนรู้ปัญหา ความต้องการและหลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ครั้งที่ 2 การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชนตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 3 การสรุปความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน

3. การเปรียบเทียบความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม

3.1 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม (Dependent t - test)

| ตัวแปร | ก่อน | | หลัง | | df | t | p-value | 95%CI | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ค่าเฉลี่ย | S.D. | ค่าเฉลี่ย | S.D. | | | | lower | upper |
| การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ | 2.82 | 0.48 | 4.78 | 0.26 | 63 | -22.597 | .000 | -2.13860 | -1.79109 |
| ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ | 3.00 | 0.48 | 4.73 | 0.28 | 63 | -18.926 | .000 | -1.91750 | -1.55125 |
| การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ | 2.97 | 0.65 | 4.71 | 0.40 | 63 | -13.643 | .000 | -1.99737 | -1.48701 |
| การตัดสินใจด้านสุขภาพ | 3.09 | 0.42 | 4.68 | 0.27 | 63 | -19.020 | .000 | -1.75688 | -1.42281 |
| การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง | 3.02 | 0.50 | 4.72 | 0.29 | 63 | -17.507 | .000 | -1.88882 | -1.50180 |
| การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ | 3.03 | 0.65 | 4.69 | 0.41 | 63 | -12.850 | .000 | -1.91832 | -1.40199 |
| รวม | 2.99 | 0.18 | 4.72 | 0.11 | 63 | -50.567 | .000 | -1.79953 | -1.66271 |

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่า หลังการดำเนินงานความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

3.2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม(Dependent t - test)

| ตัวแปร | ก่อน | | หลัง | | df | t | p-value | 95%CI | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ค่าเฉลี่ย | S.D. | ค่าเฉลี่ย | S.D. | | | | lower | upper |
| การบริโภค | 2.96 | 0.22 | 4.73 | 0.13 | 63 | -40.906 | .000 | -1.85495 | -1.68216 |
| การออกกำลังกาย | 2.96 | 0.39 | 4.71 | 0.19 | 63 | -24.967 | .000 | -1.88796 | -1.60813 |
| การผ่อนคลายความเครียด | 3.16 | 0.39 | 4.61 | 0.24 | 63 | -18.826 | .000 | -1.60392 | -1.29608 |
| ด้านการใช้ยา | 3.03 | 0.27 | 4.72 | 0.18 | 63 | -30.998 | .000 | -1.80668 | -1.58785 |
| รวม | 3.03 | 0.16 | 4.69 | 0.10 | 63 | -52.945 | .000 | -1.72885 | -1.60309 |

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่า หลังการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความรอบ

รู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร[2] ดังนั้นจึงได้จัดทำแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 การเรียนรู้ปัญหา ความต้องการและหลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ครั้งที่ 2 การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชนตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 3 การสรุปความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ[5,6,8] และแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน [12,13] สอดคล้องกันกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน[17] ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า 1) รูปแบบฯ ประกอบด้วยการอบรม เรื่อง โรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวฯ การเยี่ยมบ้านฯโดยทีมสุขภาพ และคู่มือการดูแลตนเองฯ 2) ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 74.0 และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 70.4 การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้ผู้ มีความรู้และมีการปฏิบัติตนดีขึ้น ดังนั้น ควรนำแนวทางการพัฒนารูปแบบฯ ไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นเบาหวานดูแลตนเองและมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนและอันตรายจากโรคเบาหวานในชุมชนต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปักธงชัย ผลการศึกษาพบว่า 1) ภายหลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว เท่ากับ 117.6 (SD=14.5) มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และค่าน้ำตาลสะสมหลังการทดลอง เท่ากับร้อยละ 7.3 (SD=1.2)[9]

**ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย**

ในการศึกษาความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม ควรมีการดำเนินงานแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชนประกอบด้วย ครั้งที่ 1 การเรียนรู้ปัญหา ความต้องการและหลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ครั้งที่ 2 การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชนตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 3 การสรุปความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

ควรมีการศึกษาผลจากการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน

**เอกสารอ้างอิง**

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2564). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง. Online https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc

2. พิรุณี สัพโส.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น . 5(1). 169-83
3. จันทร์เพ็ญ ประโยงค์ พิสมัย ไชยประสบ ดรุณี มั่นใจวงค์.(2563) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 29 ฉบับที่ 5 กันยายน - ตุลาคม 2563 803-12
4. จีระศักดิ์ ทัพผา นฤนาท ยืนยง ปณิธาน กระสังข์.(). แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน.
5. กระทรวงสาธารณสุข. (2557) . คู่มือนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
6. กระทรวงสาธารณสุข. (2557). ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
7. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556) แนวทางดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
8. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2561). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง ปี 2561. โรงพิมพ์กองสุขศึกษา : กระทรวงสาธารณสุข.
9. ชูสง่า สีสัน ธณกร ปัญญาใสโสภณ. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปักธงชัย.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 36(3). 519 - 32
10. ศูนย์เบาหวานศิริราช. (2558). กินอย่างไรกับเบาหวาน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
11. สมเกียรติ โพธิสัตย์, วรรณี นิธิยานันท์, อัมพา สุทธิจำรูญ และยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์. (บรรณาธิการ). (2556). การให้ความรู้เพื่อจัดการโรคเบาหวานด้วยตัวเอง (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
12. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. ปทุมธานี: ร่มเย็นมีเดีย.
13. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2551). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: บริษัทรุ่งศิลป์การพิมพ์ จำกัด.
14. สุรินธร กลัมพากร. (2554). การประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีในการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคในชุมชน. ใน อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินธร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำปั่น และขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ (บรรณาธิการ), การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน:การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (หน้า 29-68). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
15. กองสุขศึกษา (2556). การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
16. อัครฎี ภักดีวงษ์. (2562). การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน และงานบริการในชุมชน ประจาปีงบประมาณ 2562. วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาสถิติ : มหาวิทยาลัยศิลปากร.
17. จุฑาพงศ์ เตชะสืบ วราภรณ์ บุญเชียง รังสิยา นารินทร์.(2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน. พยาบาลสาร 47, 2 (เม.ย.-มิ.ย. 2563), 111-121

# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาพรม อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

# Factors Influencing Preventive Behaviors for Cerebrovascular Disease Among Eldery at Risk Group in Ban Nong Ta Prom Tambon Health Promoting Hospital, Wanghin District, Srisaket Province.

(Received: February 18,2024 ; Revised: February 21,2024 ; Accepted: February 25,2024)

**บุญเย็น ศรีกุล**[1]
**Bunyen Srikul**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ที่เป็นตัวแทนประชากร ได้มาจากการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน เครื่องมือการวิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า เพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน เพศหญิง ร้อยละ 51.7 เพศชาย ร้อยละ 48.3 อายุเฉลี่ย 69.4 ปี (S.D = 5.8) การศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 52.1 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45.8 ส่วนใหญ่รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 80.0 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.4 เบาหวาน ร้อยละ 32.1 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 67.5ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 72.9 และมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100 ($\bar{X}$ = 2.63, S.D =0.018) สำหรับปัจจัยที่มีส่วนร่วมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเรียงตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน และรายได้ มีส่วนร่วมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 16.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< .05

**คำสำคัญ** : พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

**Abstract**

This study was survey research by cross-sectional study design. The purpose to study the preventive behaviors and factors influencing to preventive behaviors for cerebrovascular disease among elderly at- risk group. The 240 samples were sampling, there were elderly with moderate and high level of cerebrovascular disease risk assessment. The instrument was the interview form. For the data analyzed include frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple linear regression

The result showed that there were few difference about gender, there was 51.7% of female and 48.3 of male, and 69.4 years old of average age in their participants. Almost of them were 52.1%, graduated in primary school, 45.8% agricultural, and 80% in the group of income less than 5000 baht. Moreover, there were 55.4 hypertension, 32.1% diabetic mellitus and 67.5% no family history of cerebrovascular disease. For the knowledge level of cerebrovascular disease, there was 72.9 % in good level, while the preventive behavior was (100%) in moderate level ($\bar{x}$ = 2.63, S.D =0.018). As the 7 factors that cannot predict preventive behavior of cerebrovascular disease in elderly at-risk groups include perception of risk, perception of severity, perception of benefits of practices to prevent the disease, perceived barriers, social support from media, family, and public health officials. In contrast, the 2 factors for predicting cerebrovascular preventive behavior are include social support from neighbors and

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาพรม อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

income. There were involved in predicting preventive behavior by 16.1%, with statistical significance at the P<.05 level

***Key words:*** Disease preventive behavior, Cerebrovascular disease, Elderly at risk group, Health Promoting Hospital

**บทนำ**

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต ยังพบว่าเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งของโรคทางระบบประสาท และเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ ซึ่งนำไปสู่การเกิดความพิการและเสียชีวิต องค์การอัมพาตโลกรายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 17 ล้านคน และเป็นสาเหตุอันดับ 3 ของความพิการ[1] จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขปี 2563 ประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน คิดเป็นอัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน เพศชายร้อยละ 58 และเพศหญิงร้อยละ 42 ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมองมีความชุกที่สูงขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ด้วยอัตรา 5,096 ต่อ 100,000 ประชากรโลก [1] มีการประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรทั่วโลก ปี 2562 พบว่า ทุกๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 80 ล้านคน[2]ทั้งนี้จะส่งผลให้เกิดผลกระทบตามมา เช่น เกิดเป็นผู้ป่วยติดเตียง เกิดภาวะพึ่งพิงและเสียชีวิต คุณภาพชีวิตลดลง ภาระค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นในระยะยาว

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2562-2564 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 479,534,588, และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560-2563 พบอัตราตายต่อประชาชนแสนคน จากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48,47,53,และ 53 ตามลำดับ[3] หากพิจารณาอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนตามเขตสุขภาพ ในช่วงปี 2561-2563 พบว่า เขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ มีอัตราป่วยสูงเป็นอันดับ 1 รองลงมา เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา และเขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี เท่ากับ 392.67, 363.41 และ 349.45 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) พบว่าการสูญเสียด้านสุขภาพในหน่วยปีสุขภาวะที่สูญเสียจำแนกเป็นเพศชาย ร้อยละ 6.4 และ เพศหญิง ร้อยละ 8.0 ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.76[4]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาพรม อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ พื้นที่ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นชุมชนชนบท มีเขตรับผิดชอบ จำนวน 11 หมู่บ้าน 1,221 หลังคาเรือน ประชากรทั้งสิ้น จำนวน 4,799 คน เพศชาย 2,396 คน เพศหญิง 2,403 คน มีผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 755 คน คิดเป็นร้อยละ 15.73 ของประชากรทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ ซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือเบาหวาน จำนวน 477 คน คิดเป็นร้อยละ 63.17 ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.79 จากข้อมูลอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2563-2565 มีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เท่ากับ ร้อยละ 0.31, 0.33 และ 0.34 และข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2563-2565 เพิ่มขึ้นเท่ากับ ร้อยละ 0.26, 0.27 และ 0.28 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้[5]จากการประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ปี 2565 พบว่า มีระดับความเสี่ยงสูง ร้อยละ 6.48 มีระดับความเสี่ยงปานกลาง ร้อย

ละ 8.45 จากหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบัน พบว่า โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 80 โดยการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรค

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าในพื้นที่ที่ศึกษามีอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น และมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่ปรากฏผลการศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาพรม ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา เนื่องจากต้องการที่จะหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพนี้ได้ ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีหลายตัวแปร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[6] มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และผู้วิจัยจะนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษา มาพัฒนารูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

**วิธีดำเนินการวิจัย**

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional descriptive study design) ทำการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2566 – เดือนพฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลา 3 เดือน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาพรม ตำบลวังหิน อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน จำนวน 455 คน กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษาไทยได้ดี 3) เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน และ 4) เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ และเกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ที่ความต้องการยกเลิกระหว่างเข้าร่วมดำเนินการวิจัย 2) เป็นผู้ที่ย้ายออกนอกพื้นที่ในระหว่างเข้าร่วมดำเนินการวิจัย และ3)เป็นผู้ที่เสียชีวิตหรือมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และเกณฑ์ในการยกเลิกจากการศึกษา(Discontinuation criteria) คือกลุ่มตัวอย่างไม่สบายใจหรือลำบากใจในการให้ข้อมูล

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาหลักแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 9 ข้อ และเป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย คำถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ (ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 6 และข้อ 7) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6 ข้อ (ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 3) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ โดยข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ของลิเคิร์ท (Likert scale) ซึ่งใช้เกณฑ์ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม คำถามประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งใช้เกณฑ์ 3 ระดับ คือ ได้รับเป็นประจำ ได้รับบางครั้ง ไม่ได้รับ

แบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ซึ่งผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยขอรับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**

1. ผู้ทำวิจัยดำเนินการของหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาพรม ตำบลวังหิน เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน กันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

2. หลังจากได้รับการอนุมัติโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาพรม ตำบลวังหินแล้ว ผู้ทำวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและขอความร่วมมือ

3. ผู้ทำวิจัยได้ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาพรม ตำบลวังหิน ในการช่วยตรวจสอบและคัดเลือกรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน และสุ่มเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4. ผู้ทำวิจัยประชุมทีมเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ สร้างความเข้าใจในแบบสัมภาษณ์และอธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล

5. ผู้ทำวิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย แจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงการรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับ พร้อมเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้อธิบายรายละเอียดข้อมูล ทั้งนี้ผู้ทำวิจัยและทีมเก็บข้อมูลจะอ่าน

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple regression analysis)

**จริยธรรมการวิจัย**

ได้การรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หมายเลขรับรอง SPPH 2023-139

**ผลการวิจัย**

ข้อมูลทั่วไป เพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน เพศหญิง จำนวน 124 คน ร้อยละ 51.7 เพศชาย 116 คน ร้อยละ 48.3 อายุเฉลี่ย 69.4 ปี (S.D = 5.8) อายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 81 ปี กลุ่มอายุส่วนใหญ่ 60-69 ปี 146 คน ร้อยละ 60.8 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา 125 คน ร้อยละ 52.1 รองลงมา ต่ำกว่าประถมศึกษา 84 คน ร้อยละ 35.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 110 คน ร้อยละ 45.8 รองลงมารับจ้าง 81 คน ร้อยละ 33.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท 192 คน ร้อยละ 80.0 รองลงมา 5,001 – 10,000 บาท 28 คน ร้อยละ 11.7 รายได้เฉลี่ย 5,518 บาท รายได้ต่ำสุด 2,500 บาท รายได้สูงสุด 30,000 บาท ประวัติโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 133 คน ร้อยละ 55.4 รองลงมา เบาหวาน 77 คน ร้อยละ 32.1 ป่วยทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง 30 คน ร้อยละ 12.5 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 162 คน ร้อยละ 67.5

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 72.9 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคือ 1) โรคหลอดเลือดสมองทำให้พูดไม่ชัด หรือพูดลำบาก ตาพร่ามัว หรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองเห็นได้ลดลงอย่างเฉียบพลัน ,2)ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มประชาชนวัยทำงาน, 3) ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่ดื่ม และ4) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ควรงดรับประทานอาหารรสเค็ม รสหวานเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 86.7 และ โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน มีสาเหตุมาจากภาวะลิ่มเลือดอุดหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 82.5 สำหรับข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ 1) วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน คือการแกว่งแขนและยืดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 53.3 2) ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 40.0 และ3) เมื่อมีอาการอ่อนแรงแขนขา มึนชา ตามัว ปากเบี้ยว เดินเซ วิงเวียนศีรษะ ต้องนำส่งโรงพยาบาลภายในเวลา 5 ชั่วโมง ร้อยละ 22.5

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.38, S.D = .452) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ($\overline{X}$ = 4.29, S.D = .547) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน หากไม่มีบิดา มารดาหรือญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะไม่มีโอกาสที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($\overline{X}$ =2.86, S.D =.763)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.90, S.D = .314) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วต้องใช้เงินจำนวนมากในการรักษา เกิดผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล ($\overline{X}$ = 4.54, S.D = .671) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้ว สามารถกลับมาเป็นซ้ำได้อีก ($\overline{X}$ = 3.68, S.D = .814)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.46, S.D = .499) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ($\overline{X}$ = 4.37, S.D = .491) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด รสหวานจัด ขนมหวานจัด กะทิ และไขมันสูง

ไม่สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ($\bar{X}$ = 2.70, S.D = .981)

การรับรู้อุปสรรค กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับ น้อย ($\bar{X}$ = 1.37, S.D = .484) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การที่จะไม่ให้วิตกกังวล เครียด เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เนื่องจากมีปัญหาต่างๆ ให้คิดหรือต้องแก้ไข ($\bar{X}$ = 2.37, S.D = 1.002) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ไม่ได้ เนื่องจากเพื่อนบ้านชักชวน ($\bar{X}$ = 1.76, S.D = .640)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.35, S.D = .477) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่จากโทรทัศน์ แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต ($\bar{X}$ = 2.50, S.D = .384) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียด จากโทรทัศน์ แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ อินเตอร์เน็ต ($\bar{X}$ = 2.18, S.D = .384)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากรอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.46, S.D = .677) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ครอบครัวให้กำลังใจเมื่อท่านมีปัญหา วิตกกังวล เครียด ($\bar{X}$ = 2.51, S.D = .504) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ครอบครัวของท่านปรุงอาหารโดยใช้น้ำมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันจากรำข้าว ถั่วเหลือง ($\bar{X}$ = 1.90, S.D = .327)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.00, S.D = .556) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด มีจำนวน 2 ข้อ คือ 1) เพื่อนของท่านให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และ2) เพื่อนของท่านให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}$ = 2.01, S.D = .553) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ เพื่อนของท่านชวนท่านไปออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น รำวง รำไทเก็ก ($\bar{X}$ = 1.97, S.D = .428)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.99, S.D = .091) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้ท่านรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง ($\bar{X}$ = 3.00, S.D = .065) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองให้กับท่าน ($\bar{X}$ = 2.86, S.D = .345)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.63, S.D =.018 ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการรับประทานยา ($\bar{X}$ = 3.46, S.D = .305) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการควบคุมอาหาร($\bar{X}$ = 2.36, S.D = .481) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านลด/เพิ่มขนาดของยาด้วยตนเอง ($\bar{X}$ = 3.85, S.D = .586) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การสูบบุหรี่ ($\bar{X}$ = 1.50, S.D = .525)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง คือ แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและรายได้ที่เป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 16.1 ($R^2$ = 0.161) โดยเรียงจากตัวแปรที่มีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงสุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคม

จากเพื่อนบ้าน และรายได้ ($\mathcal{B}$ = .015 และ -2.020 ตามลำดับ) โดยมีสมการพยากรณ์ ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง = 2.641 + 0.015(แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน) + -2.020(รายได้)

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

Z พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง = 1.437*Z(แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน) + -2.094*Z(รายได้)

จากสมการแสดงว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ 0.015 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.015 หน่วย รายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ -2.058 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ รายได้เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจะลดลงเท่ากับ 2.058 หน่วย

**อภิปรายผล**

ผลการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาพรม อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ สามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.63, S.D =.018 ) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาพรม ได้จัดคลินิกบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง สื่อในการให้ความรู้เรื่องโรคและรูปแบบการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ยังไม่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยเท่าที่ควร ทำให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารยังไม่มีประสิทธิภาพมากพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wan, Zhao, Zhang, Deng, Li, He, and Ruan[7] ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจีนแผ่นดินใหญ่ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของศิราณีย์ อินธรหนองไผ่, วีณา จำเริญบุญ, จิราภรณ์ ฉัตรศุภกุล, และธัญชนก กองทอง[8] ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอลาดยาง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ศิราณีย์ อินธรหนองไผ่ และคณะ[8] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน[9] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความแตกต่าง กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่าง

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น 16 ตัวแปร พบมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาพรม อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบ 2 ตัวแปร ได้แก่ 1)รายได้ และ 2) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน สามารถอภิปรายรายละเอียดได้ดังนี้

**รายได้** มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเชิงลบ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการ

วิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน อาจจะทำให้ขาดความสนใจในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง มุ่งหารายได้เพื่อนำมาใช้จ่ายในชีวิตประจำวันสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธนา ชนะพันธ์[10] ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อธิบายได้ว่า รายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพในการดูแลตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี สอดคล้องกับข้อค้นพบของ กันยารัตน์ อุ๋ยสกุล[11] และสุริยา หล้าก่ำ[12] ที่พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขัดแย้งกับข้อค้นพบของ พรสวรรค์ คำทิพย์[13] ที่พบว่า รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน** มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เป็นไปตามแนวคิดของ Becker and Maiman[6] ได้กล่าวว่า การกระตุ้นจากภายนอกบุคคล ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านสื่อมวลชน การเตือนและให้คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด จะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านเกี่ยวกับคำแนะนำสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การชักชวนกันไปออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์ และคณะ[14] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านเป็นปัจจัยร่วมพยากรณ์ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด อธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในระดับทุติยภูมิ ตามบทบาทและความสัมพันธ์ถือว่าเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แต่ความเข้าใจ ความผูกพันและความลึกซึ้งน้อยกว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

**ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้**

1.ควรมีนโยบายให้บุคลากรด้านสาธารณสุขเน้นกิจกรรมการให้คำแนะนำกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การรับประทานยาต่อเนื่อง พบแพทย์ตามนัด และการสังเกตอาการเตือน

2. บุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเน้นกิจกรรมให้ความรู้ ให้การสนับสนุนเพื่อนบ้านเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะเรื่องอาการเตือน ด้านอาหาร และด้านการออกกำลังกาย เพื่อสามารถนำไปให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง

3. บุคลากรสาธารณสุขควรปรับกระบวนการดำเนินงาน โดยเน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง เพื่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1.ควรนำปัจจัยที่มีอิทธิพลมาสร้างเป็นโปรแกรมแบบผสมผสาน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรม

2. ควรมีการนำทฤษฎีอื่นมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการขยายการศึกษาให้กว้างขึ้น

**เอกสารอ้างอิง**

1. World Stroke Organization. Face the Facts: Stroke is Treatable. [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 29]. From: http://www.worldstrokeczmpaign.org/learn.html.
2. World Health Organization. Stroke, Cerebrovascular accident [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 29] From http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
3. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราป่วย/ตาย ปี 2559-2562 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง,หลอดลมอักเสบ, ถุงลมโป่งพอง) [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 18 พย. 65] เข้าถึงจาก http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail. php?id=138938&tid=32&gid=1-020
4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2557 นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์. 2560.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาพรม. สรุปรายงานประจำปี (งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง). 2565.
6. Becker, M. H., & Maiman, L.A. The health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. Health Education Monography 1975; 2, 336-385.
7. Wan, L-H., Zhao, J., Zhang. X-P., Deng, S-F., Li., He, S-Z., & Ruan, H-R. Stroke Prevention Knowledge and Prestroke Health Behaviors Among Hypertensive Stroke Patiens in Mainland China. The Journal of Cardiovascular Nursing 2014; 29:1-9.
8. ศิราณีย์ อินธรหนองไผ่, วีณา จำเริญบุญ, จิราภรณ์ ฉัตรศุภกุล และธัญชนก กองทอง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2561; 14:573-582.
9. บุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2562; 13:122-134.
10. ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2561; 21: 109-119.
11. กันยารัตน์ อุ่ยสกุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในภาคใต้ประเทศไทย. วารสารพยาบาลตำรวจ 2554; 4:15-26.
12. สุริยา หล้าก่ำ และศิราณีย์ อินธรหนองไผ่. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลตำรวจ 2560; 9:85-94.
13. พรสวรรค์ คำทิพย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อและความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย อายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลตำรวจ 2556; 6:44-45.
14. ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, จารีศรี กุลศิริปัญโญ, อรุณ นุรักษ์เข และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสาร มฉก.วิชาการ 2561; 22:55-69.

# การพยาบาลให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอชไอวีที่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาต้านไวรัส : กรณีศึกษา

# Nursing counseling for HIV patients with complications from antiretroviral drugs : Case study

(Received: February 18,2024 ; Revised: February 21,2024 ; Accepted: February 25,2024)

**วาสนา ท้วมแสง**[1]
**Wasana Tuemsang**[1]

**บทคัดย่อ**

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอชไอวีที่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาต้านไวรัส

**ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 42 ปี มารับคำปรึกษาที่คลินิกให้การปรึกษาวันที่ 2 มีนาคม 2566 ด้วยอาการสำคัญ หายใจเหนื่อย มีก้อนที่คอด้านซ้าย แผลในปาก รับประทานอาหารได้น้อย 3 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยตรวจเลือด พบว่าติดเชื้อเอชไอวีจากสามีปี 2564 รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หลังรับประทานยาต้านไวรัสมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และมีอาการตับอักเสบ มีความท้อแท้ จึงหยุดรับประทานยาบ่อย ระยะก่อนให้คำปรึกษา สร้างสัมพันธภาพ และค้นหาปัญหาผู้ป่วย ระยะให้คำปรึกษา ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องยาและวิธีการปฏิบัติตัว มีภาวะแทรกซ้อนจากยาต้านไวรัส มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากโรคฉวยโอกาส ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ได้รับการเปลี่ยนยาและให้คำแนะนำร่วมกับมารดา ระยะหลังให้คำปรึกษา ติดตามการดูแลรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องขึ้น มารดามารับยาแทนบางครั้ง

**สรุป:** บทบาทของพยาบาลผู้ดูแลและให้คำปรึกษามีส่วนช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา การรักษาสุขภาพ และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

**คำสำคัญ:** การพยาบาล, การให้คำปรึกษา, ผู้ป่วยเอชไอวี, ยาต้านไวรัส

**Abstract**

**Objective:** To study the nursing process and counseling for HIV patients with complications from antiretroviral drugs.

**Results:** Thai female patient, 42-year-old, came for consultation at the counseling clinic on 2 March, 2023 with important symptoms: shortness of breath, a lump on the left side of neck, sores in mouth, and eating little before coming to the hospital for 3 weeks. Blood test results found that the patient was infected with HIV from her husband in 2021 and did not take medication continuously. After taking antiretroviral drugs, patient had a nausea, vomiting, and symptoms of hepatitis. The patient is discouraged and then frequently stop taking medicine. Period before counseling, nurses build relationships and find patient problems. Consultation period, patient lack knowledge about medicine and how to behave. The patient had complications from antiretroviral drugs and a risk of infection from opportunistic diseases. The patient was changed medication and given advice along with the mother. After giving advice and the patient was continuous flow up. Patient received continuous medication regularly and behave more correctly. Sometimes, the patient's mother comes to pick up the medicine instead.

**Conclusion:** The role of caring and counseling nurses helps people with HIV and AIDS for understanding about drug use, maintaining health and cooperate in maintaining and taking medicine continuously including the participation of caregivers.

**Keywords:** nursing, counseling, HIV patients, antiretroviral drugs

[1] โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

**บทนำ**

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทางการได้รับเลือด การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และมีการติดต่อจากแม่สู่ลูก โดยกลุ่มอาการเป็นโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือบกพร่องอันเนื่องมาจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายบกพร่อง ร่างกายอ่อนแอ ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ เป็นเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยวิกฤตรุนแรงและซับซ้อน มากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ โดยการติดเชื้อเอชไอวีแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะติดเชื้อเฉียบพลัน คือระยะที่รับเชื้อมาใหม่ ผู้ติดเชื้อบางรายมีอาการคล้ายไข้หวัด บางรายไม่มีอาการ 2) ระยะไม่ปรากฏอาการ คือ เป็นระยะที่ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถแพร่ให้บุคคลอื่นได้ง่าย 3) ระยะมีอาการ ในระยะนี้จะมีอาการผิดปกติ เกิดขึ้น เช่น เริ่มมีฝ้าขาวในปาก มีตุ่มคันขึ้นที่แขน ขา มีไข้เรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ ท้องเสีย เรื้อรัง น้ำหนักลด เป็นต้น และ 4) ระยะเอดส์ คือระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลาย ลงไปมาก เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ลดลง มีการติดเชื้อฉวยโอกาส เสียชีวิตในที่สุดถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ปฏิกิริยาด้านลบและการถูกตีตราจากสังคม จากการถูกมองว่าเป็นโรคของคนไม่ดี มีพฤติกรรมสำส่อน กลายเป็นคนที่มีมลทินภายในใจ นำมาซึ่งผลกระทบต่อจิตใจและจิตวิญญาณ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน รวมทั้ง เศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นการรักษาเพื่อลดจำนวนเชื้อไวรัสให้มากที่สุด เป็นเวลานานที่สุด กดไม่ให้เชื้อไวรัสเพิ่มจำนวน และพยายามเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย ให้มากขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้มีการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเกิดผลร้ายจากการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งวิธีการรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบัน คือ การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี (Antiretrovirus) หลายตัว ร่วมกัน (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข, 2560)

จากสถิติโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์สะสม จำนวน 2,324 ราย, 2,424 ราย และ 2,526 ราย ตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านไวรัส ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ตับอักเสบ ส่งผลให้เกิดการขาดนัด จำนวน 194 ราย, 182 ราย และ 195 ราย ตามลำดับ พยาบาลประจำคลินิกให้การปรึกษามีหน้าที่และบทบาทสำคัญ คือ ซักประวัติ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ นัดหมายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การเตรียมความพร้อมให้เกิดความเข้าใจในเรื่องการป้องกันการรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาสและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างรอบด้าน ซึ่งการรับประทานยาสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงมีความสนใจศึกษา การพยาบาลให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอชไอวีที่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาต้านไวรัส เพื่อเพิ่มคุณภาพในการพยาบาล

**กรณีศึกษา**

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 42 ปี เชื้อชาติไทย ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้าง มารับคำปรึกษาที่คลินิกให้การปรึกษาวันที่ 2 มีนาคม 2566 โดยรถนอน

**อาการสำคัญ**

หายใจเหนื่อย มีก้อนที่คอด้านซ้าย แผลในปาก รับประทานอาหารได้น้อย 3 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน**

3 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีก้อนที่คอด้านซ้าย แผลในปาก วันนี้มีหายใจเหนื่อย มีก้อนที่คอด้านซ้ายยังไม่ยุบ แผลในปากลุกลามขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต**

ผู้ป่วยตรวจเลือด พบว่าติดเชื้อเอชไอวีจาก สามีปี 2564 เริ่มยาต้านไวรัส เดือน กุมภาพันธ์ 2564 หลังรับประทานยาในช่วงแรก มีอาการคลื่นไส้อาเจียน และมีอาการตับอักเสบ จึงหยุดรับประทานยา

บ่อย เมื่ออาการดีขึ้น จะไปตรวจที่โรงพยาบาลอื่น เพื่อป้องกันคนรู้จัก วันที่ 27 พฤศจิกายน 2565 ตรวจพบวัณโรคปอด และมีภาวะตับอักเสบ หลังจากนั้นพบก้อนที่คอด้านซ้ายส่ง Supraclavicular mass Gene Xpert พบ MTB Detected High. Rif Resistance Detected. C/S for TB พบ INH & Rif Resistance. ส่ง Sputum C/S รักษาด้วย MDR TB สูตร Shorter Regimen 9 เดือน

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

**CD4**

CD4 (470-1404) 120 cells/ul

% CD4 (24.1-50.7) 3.34%

**Viral load**(< 50 copies/ml) 420 copies/ml

WBC (5,000-10,000 cell/$mm^3$) 3,820 cell/$mm^3$

**Liver Function Test**

SGPT (5-35) 48 IU/L

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล**

**ระยะก่อนให้คำปรึกษา**

สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ครั้งนี้มารดามาด้วยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย ไอบ่อย มีอาการเหนื่อยเป็นพักๆ จากการสอบถามมารดา แจ้งว่าผู้ป่วยไม่ค่อยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง เพราะรู้สึกไม่สุขสบายหลังรับประทานยา คลื่นไส้ อาเจียนบ่อย ซึ่งพบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

**1. เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ**

**ข้อมูลสนับสนุน**

มีก้อนที่คอขนาด 3x5 cms บ่นแน่นคอ และมีอาการเหนื่อยขึ้น วัด $O_2$sat =95% อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ไอเสมหะสีขาวขุ่น

**วัตถุประสงค์**

ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไม่เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ได้แก่ หายใจลำบาก เหนื่อยขึ้น หายใจไม่เป็นจังหวะ รวมทั้งประเมินสัญญาณชีพเพื่อประเมินสภาวะของโรค

2. จัดท่านอนศีรษะสูงเพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวและปอดขยายตัวได้มากขึ้น สอนการหายใจเข้า–ออกลึกๆ อย่างถูกวิธีตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อขับเสมหะ

3. ประสานศูนย์นำส่งนำถังออกซิเจน เพื่อเตรียมให้ O2 cannula 3 LPM เมื่อมีอาการเหนื่อยมากขึ้น

4. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิแจน เช่น กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ไม่สม่ำเสมอ

5. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในโซนรอตรวจที่สามารถสังเกตอาการได้ชัดเจน และจัดลำดับคิวตรวจคนแรก

**การประเมินผล**

ไม่เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ $O_2$sat =95-96%

**2. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีแผลในช่องปาก และเสี่ยงต่อการขาดสารน้ำและอาหาร**

**ข้อมูลสนับสนุน**

เจ็บปาก รับประทานอาหารได้ 4-5 คำ คลื่นไส้ อาเจียนบ่อย มีแผลในช่องปาก ช่องปากสกปรก มีคราบที่ขอบฟันทั้งด้านบนและล่าง

**วัตถุประสงค์**

บรรเทาอาการเจ็บแผลในปาก และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละมื้อ

2. แนะนำอมบ๊วยเค็ม หรืออาหารเปรี้ยว จะช่วยลด เจ็บแผลในช่องปาก เกิดความอยากอาหาร

3. แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดช่องปาก กระตุ้นให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำเกลือที่จัดให้ก่อนและหลังอาหารทุกครั้ง เพื่อลดและป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก ส่งเสริมการหายของแผลและเพื่อเพิ่มความอยากอาหารมากขึ้น

4. แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย และรับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารที่แข็งหรือเคี้ยวลำบาก อาหารที่มีรสเผ็ด และอาหารไม่ควรร้อนเกินไปเพราะจะทำให้ระคายเคืองต่อแผลในช่องปาก

5. หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ เพราะจะทำให้เกิดการระคายเคืองแผลในช่องปาก

6. ในกรณีที่มีการเบื่ออาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นแรง อาจต้องปรึกษาแพทย์เพื่อได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียนในขณะที่มีอาการ

7.หากมีอาการเคี้ยวหรือกลืนลำบาก ควรรับประทานอาหารที่แห้ง นุ่มหรือเหลว

8.แนะนำควรพักก่อนมื้ออาหาร ไม่รับประทานอาหารหลังทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเจ็บปวด

9.เลือกอาหารที่ผู้ป่วยชอบ และมีสารอาหารโปรตีน คาร์โบไฮเดรทและแคลอรี่สูง

10. ประเมินภาวะขาดสารอาหาร เช่น อ่อนเพลีย ซีด ผิวหนังแห้ง น้ำหนักลดลง เป็นต้น

11. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางสารอาหาร สะอาดและปลอดภัย

12. ให้ชั่งน้ำหนักตัวสัปดาห์ละครั้ง จดบันทึก เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ

**การประเมินผล**

ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจาก 35 กิโลกรัม เป็น 39 กิโลกรัม ในระยะเวลาติดตาม 1 เดือน รับประทานอาหารได้มากขึ้นมื้อละ 1 จาน ครบทั้ง 3 มื้อ

**ระยะให้คำปรึกษา**

หลังผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ ผู้ป่วยมีผลข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสและยารักษาวัณโรคปอด แพทย์จึงเปลี่ยนยาต้านไวรัสจากสูตร TDF+FTC+EFV เป็นยา TDF+FTC+RPV ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

**1. เสี่ยงต่อการรับประทานยาต้านไวรัสไม่ถูกต้องและสม่ำเสมอเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ**

**ข้อมูลสนับสนุน**

ผู้ป่วยขาดนัด และขาดยาบ่อย เมื่ออาการดีขึ้น หรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จะหยุดยาเอง

**วัตถุประสงค์**

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจการรับประทานยาต้านไวรัสได้ถูกต้อง สม่ำเสมอ

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. สร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ

2. ให้ความรู้เรื่องเชื้อเอชไอวี ระบบภูมิคุ้มกัน ยาต้านไวรัสและความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

3. สำรวจแรงจูงใจในการรักษา เนื่องจากการรับประทานยาต้านไวรัสให้ได้ผลดีนั้น ผู้ป่วยต้องมีวินัย มีความตั้งใจจริงที่จะรับประทานยาเพราะจะต้องรับประทานยาให้สม่ำเสมอตรงเวลาและต่อเนื่องตลอดชีวิต ผลจากการให้การปรึกษาพบว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการรักษา คือ การต้องการกลับไปใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า มีครอบครัวที่อบอุ่น กลับไปทำงานและเข้าสังคมได้ไม่กลัวคนรังเกียจ

4. ให้ผู้ป่วยเลือกและกำหนดเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งผู้ป่วยเลือกเวลา 20.00 น. ซึ่งเป็นเวลาที่ผู้ป่วยมีความพร้อมมากที่สุด

5. อธิบายการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง หลีกเลี่ยงการรับประทานกับเครื่องดื่มอื่นๆ หรือนม ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และแนะนำการรับประทานยาลดอาการคลื่นไส้ Motilium 1 tab oral tid ac

6. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าสามารถโทรศัพท์ปรึกษาผู้ให้คำปรึกษาได้ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติและยังได้รับการดูแลจากทีมของแพทย์ เภสัชกร และจิตอาสาที่ช่วยงานในคลินิก

7. ดูแลให้พบเภสัชกรเพื่อแนะนำเรื่องยา การเก็บรักษายาและการจัดการเมื่อลืมรับประทานยา

8. นับเม็ดยาที่เหลือทุกครั้งเมื่อกลับมารับบริการให้สัมพันธ์กับวันนัดทุกครั้ง

9. หาวิธีแจ้งเตือนการกินยาตรงเวลาเริ่มตั้งแต่สัญญาณเตือนทางโทรศัพท์เมื่อถึงเวลารับประทานยา บุคคลใกล้ชิดบอกมารดาถึงเวลารับปนะทานยา

**การประเมินผล**

ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจการรับประทานยาต้านไวรัสที่ถูกต้อง จากการติดตามการรับประทานยาสม่ำเสมอ

**2. มีโอกาสเกิดการแพ้ยาต้านไวรัสสูตร** TDF+FTC+RPV

**ข้อมูลสนับสนุน**

แพทย์เปลี่ยนยาต้านไวรัสจากสูตร TDF+FTC+EFV เป็นยา TDF+FTC+RPV

**วัตถุประสงค์**

ป้องกันเกิดการแพ้ยาต้านไวรัสสูตร TDF+FTC+RPV

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินสุขภาพและประเมินการรับประทานยายาต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2. ประเมินอาการแพ้ยาทุกครั้ง ได้แก่ แผลในปาก มีปวดเมื่อยตามตัว ผิวหนังลอกหรือมีผื่นขึ้นตามตัว ตาแดงและบวม หรืออาจบวมที่ใบหน้าและเยื่อบุตรงปากด้วย

3. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติของการแพ้ยา เช่น ผื่น แผลพุพองบริเวณเนื้อเยื่ออ่อนแน่นหน้าอก หายใจสะดวก

4. สอบถามถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา

5. ดูแลให้พบเภสัชกรเพื่อแนะนำเรื่องอาการแพ้ยาที่เป็นอันตราย

**การประเมินผล**

หลังรับประทานยาต้านไวรัสสูตร TDF+FTC+RPV 1 สัปดาห์มีอาการ แผลในปาก มีปวดเมื่อยตามตัว แต่อาการไม่รุนแรง

**3. เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนและโรคฉวยโอกาส เนื่องจากมีไวรัสในกระแสเลือดสูงและระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ต่ำ**

**ข้อมูลสนับสนุน**

CD4 120 cells/ul, Viral load 420 copies/ml, WBC 3,820 cell/$mm^3$

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. แนะนำดูแลความสะอาดของร่างกายผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง และรักษาสิ่งแวดล้อมให้สะอาด

2. แนะนำสังเกตอาการและการแสดงของการติดเชื้อจากภาวะไข้ อาการหนาวสั่น เหงื่อออก

3. แนะนำให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

4. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น

5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีสม่ำเสมอมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 เพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ

6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างติดเชื้อวัณโรค ได้แก่ การรับประทานตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิด ถ้วยชาม ภาชนะ ช้อนส้อม ภาชนะควรแยก

7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจ WBC, CD4, viral load ผลการตรวจเสมหะ ผลการเอกซเรย์ปอด เพื่อประเมินระดับการฟื้นหายและความรุนแรง

**การประเมินผล**

ได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรค MDR TB และยาต้านไวรัส ไม่มีภาวะติดเชื้อจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นเพิ่ม ให้ความร่วมมือในการรักษาดี

**ระยะหลังให้คำปรึกษา**

**1. มีภาวะเครียด ท้อแท้ ขาดการยอมรับ รู้สึกเป็นตราบาป**

**ข้อมูลสนับสนุน**

ประเมินความเครียด 2Q positive, 9Q=11 (มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย) บ่นท้อแท้บ่อย

**วัตถุประสงค์**

ป้องกันภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมความมีคุณค่าในตัวเอง

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินภาวะเครียด ซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน 2Q, 9Q

2. ให้คำปรึกษาและสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด รับฟังอย่างเข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดและระบายความรู้สึก โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ

3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา

4. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและมารดาเกี่ยวกับโรค การบำบัดรักษาและการดูแลตนเอง

5. ช่วยผู้ป่วยค้นหาบุคคลหรือแหล่งที่พึ่งพาในการช่วยเหลือดูแลเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านและสังคม

6. แนะนำให้พบจิตแพทย์เพื่อเข้ารับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

**การประเมินผล**

พูดระบายความรู้สึกคับข้องใจมากขึ้น บอกรู้สึกสบายใจมากขึ้นที่ได้พูด พยาบาลให้กำลังใจและชวนให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงคุณค่าของตนเอง ผู้ป่วยรับฟังพร้อมพูดว่า ตนเองพร้อมที่จะสู้ต่อไป และจะพยายามทำตนเองให้แข็งแรงขึ้น

**สรุปและอภิปรายผล**

กรณีศึกษาได้รับการรักษาพยาบาลและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจต้องการความช่วยเหลือ ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง ได้กล่าวถึงความไม่สมดุลของความสามารถของบุคคลและความต้องการดูแลตนเอง เมื่อบุคคลมีความต้องการมากกว่าความสามารถที่จะกระทำได้ จะอยู่ในภาวะต้องการความช่วยเหลือการพยาบาล และทฤษฎีระบบการพยาบาลได้อธิบายถึงการช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมแทนบุคคลและช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความผาสุกของบุคคลนั้นๆ การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านไวรัส มีปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เมื่อกลับไปบ้าน ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นการดูแลตนเองและส่งเสริมความสามารถการดูแลตนเองในการปรับพฤติกรรมให้ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นบทบาทของพยาบาลให้คำปรึกษาที่สำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งนอกจากการให้ความรู้ การให้คำแนะนำ การเป็นที่ปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาแล้ว ยังเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเคารพสิทธิ์ของผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการรักษา และคงสถานการณ์รักษาต่อเนื่องซึ่งต้องการความรู้ ทัศนคติและทักษะในวิชาชีพพยาบาลทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึกเพื่อสามารถให้การดูแลทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ถูกต้อง และได้รับความศรัทธา ไว้วางใจจากผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้

**เอกสารอ้างอิง**

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ประเทศไทย ปี 2565. ห้างหุ้นส่วนจำกัด สำนักพิมพ์อักษร กราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.
2. ขนิษฐา สุขทอง. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี: 30(2); 95-108.
3. พรศิริ พันธสี. (2559). กระบวนการพยาบาล& แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่18. ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร.
4. เพ็ญพักตร์อุทิศ, ชมพูนุช โสภาจารีย์, ปริยศ กิตติธีระศักดิ์. (2560). คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ แบบองค์รวม. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
5. รัฐการต์ ปาระมี.(2563). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลแม่สาย. เชียงรายวารสาร:12;31-43.
6. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). Nursing: Concepts of practice. St. Louis: Mosby.

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

# Nursing care for patients with ischemic stroke with complications from bloodstream infections: a case study.

(Received: February 18,2024 ; Revised: February 21,2024 ; Accepted: February 25,2024)

**ธัญพร เรือนนุช**[1]
**Thanyaporn Ruangnuch**[1]

## บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด และ 2) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดหลอดเลือดสมองตีบ ญาติหรือผู้ดูแล สนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูได้อย่างเหมาะสม

จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วม โดยผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ถึงแม้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทัน golden period เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติสมองขาดเลือดในช่วง 3 เดือนก่อนหน้าซึ่งเป็นข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามสภาพปัญหา ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการดูแลติดตามช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกรับที่ผู้ป่วยมีอาการเฉียบพลัน ระยะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และระยะที่กลับไปอยู่ในชุมชนเพื่อฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำด้านการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การรับรู้ การกลืน ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลจนปลอดภัย ได้รับการฟื้นฟูสภาพและทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่กลับมาเป็นซ้ำและสามารถนำแนวทางไปเป็นข้อมูลในการศึกษาต่อไปได้

**คำสำคัญ:** โรคหลอดเลือดสมองตีบ ติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาลผู้ป่วย

## Abstract

This case study had propose 1) To study The objectives of this case study are 1) To study the nursing process for patient In Ischemic stroke with Septicemia and 2) To encourage patient, relatives and caregivers can appropriately and assist Ischemic stroke patient during the recovery period.

From the case study, the diagnosis of patient was ischemic stroke with sepsis. The patient did not receive the thrombolytic drug (rt-PA) even though the patient came to the hospital in time for the golden period because the patient had a history of cerebral ischemia in the previous 3 months, which is a contraindication to the administration of thrombolytic drug drugs. Patients receive treatment according to the problem condition. The nurses played a crucial role, which is care, follow-up, and help from the first stage of receiving the patient with acute symptoms, staying in the hospital, and returning to the community for physical and mental rehabilitation with continuous follow-up visits, also provide advice on movement, communication, perception and swallowing to maximize self-help. The results showed that the patients have been safely treated, rehabilitated, and skilled in self-care and also can carry out more daily activities with no complications and recurrence. In addition, the results can use as a guideline for further study.

**Keywords:** Ischemic Stroke Septicemia Nursing Care

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

**บทนำ**

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) คนส่วนใหญ่เรียกว่า โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตหมายถึง ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากการที่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก จนเกิดการทำลายเนื้อสมองทำให้สมองสูญเสียการควบคุมการทำงานของอวัยวะในร่างกาย โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการในอัตราที่ค่อนข้างสูง จึงทำให้ทั่วโลกตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพการดูแลโรคหลอดเลือดสมองหรือ Stroke หรือ Cerebrovascular disease (CVD) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก เสียชีวิต 5 ล้านคน เกิดภาวะทุพลภาพถาวร 5 ล้านคน และ 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา[1] ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตาย อันเนื่องมาจากมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค[2] รายงานว่าในปี 2560 - 2563 พบอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรทั้งประเทศ เท่ากับ 366.81, 352.3, 425.24 และ 431.28 และมีอัตราตายเท่ากับร้อยละ 5.9, 8.14, 7.97 และ 8.01 ตามลำดับ ซึ่งการเสียชีวิตมาจากภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อตำแหน่งต่างๆ ของร่างกาย ปอดอักเสบจากการสำลักหรือนอนนาน การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น จากข้อมูลทางสถิติของจังหวัดนครปฐม[3] ในปี 2556 - 2558 มีพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรเท่ากับ 469.26, 434.46 และ 519.56 ตามลำดับ และจากรายงานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลสามพราน[4] ปี 2562 -2566 พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 135.30, 148.20, 152.70 ,145.49 และ 181.82 ตามลำดับ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในระดับโลก ประเทศ และในระดับจังหวัด

ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ทันเวลา ซึ่งจะช่วยลดอัตราการตาย ลดความพิการถาวร ลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น ภาวะสมองบวม ภาวะหายใจล้มเหลวจากปอดอักเสบเฉียบพลันจากการสำลักอาหารหรือจากการนอนนาน การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น[5] ดังนั้นการจัดการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนอกจากการดูแลตามแบบแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลแล้ว ยังต้องมีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยทีมการพยาบาลมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาและมีการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง อีกทั้งญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมั่นใจจากแบบแผนการดูแลแบบองค์รวมดังกล่าว จึงนำมาประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษาซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเชื่อมโยงกัน ในระบบเครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย มีการฟื้นสภาพที่ดีและนำผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาถ่ายทอดเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดหลอดเลือดสมองตีบ ญาติหรือผู้ดูแล สนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูได้อย่างเหมาะสม

**วิธีการศึกษา**

1. การศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสามพรานและได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เป็นการศึกษารายกรณี (Case study)

2. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย จากเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รวมทั้งปรึกษาแพทย์ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ

3. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล จำหน่ายจากโรงพยาบาลและมีการติดตามดูแลต่อเนื่อง

**ผลการศึกษา**

การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวดังนี้

**1. ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ป่วยเป็นหญิงไทยอายุ 74 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ แม่บ้าน สถานภาพ สมรส หม้าย จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร BMI 24.00

**2. อาการสำคัญ**

แขนขาข้างขวาอ่อนแรง วูบในห้องน้ำ ไม่รู้สึกตัว 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

**3. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน**

ก่อนมาโรงพยาบาล 5 วัน ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ อาเจียน 2 ครั้ง แขนและขาข้างขวาอ่อนแรง มีตาพร่ามัวและอ่อนเพลียร่วมด้วย และวันที่ 8 ตุลาคม 2566 เวลา 12.30 น. ผู้ป่วยมีอาการวูบในห้องน้ำ ซึมลง ไม่รู้สึกตัว จึงนำส่งโรงพยาบาลสามพราน แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติสมองขาดเลือดในช่วง 3 เดือนก่อนหน้า ซึ่งเป็นข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด จึงไม่ได้ให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ถึงแม้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทัน golden period และได้ส่งตัวผู้ป่วยไปสถาบันประสาทเพื่อพิจารณาการรักษาด้วยวิธี Thrombectomy หลังทำการตรวจฉีดสีหลอดเลือดสมองไม่พบเส้นเลือดแดงใหญ่อุดตันจึงไม่ได้พิจารณาการรักษาด้วยวิธี Thrombectomy และวันที่ 16 ตุลาคม 2566 โรงพยาบาลสถาบันประสาทได้ส่งตัวผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสามพรานเพื่อรักษาภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยให้กลับบ้านได้ประสานกลุ่มงานปฐมภูมิในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

**4. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต**

ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial fibrillation) เริ่มเป็นตั้งแต่ปี 2564 รักษาที่โรงพยาบาลศิริราชอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 2 ปี ต่อมาแพทย์ส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาลสถาบันประสาทเมื่อเดือน ตุลาคม 2566 ไม่เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุร้ายแรงใดๆมาก่อน

โรคสมองขาดเลือด วินิจฉัย กันยายน 2566 อ่อนแรงแขนขาข้างซ้ายระดับ 3, CT BRAIN NON CONTRAST : Old infarctions at right fronto-parietal region and both cerebellar regions.

**5. ประวัติการแพ้ยาและสารอาหาร** ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

**6. การสูบบุหรี่และสารเสพติด** ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

**7. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว** บุคคลในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัว

**8. แบบแผนการดำเนินชีวิต**

นอนหลับพักผ่อนวันละ 7 - 8 ชั่วโมง อุจจาระวันละ 1 ครั้ง ไม่มีอาการท้องผูก ชอบรับประทาน อาหารประเภทผักและเนื้อสัตว์

**9. สภาพอารมณ์และจิตใจ** หงุดหงิดง่าย

**10. การรับรู้** สามารถทำตามคำสั่งได้แต่การตอบสนองค่อนข้างช้า

**11. ความทรงจำ** ลืมง่าย ต้องให้ญาติช่วยในบางครั้ง

**12. การเผชิญปัญหา** อยู่ในภาวะพึ่งพิง ต้องให้ญาติเป็นผู้ตัดสินใจแทน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับญาติและหลานอีก 2 คน

**13. การประเมินสภาพร่างกาย**

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 180/104 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที

GA : not pale, no jaundice

SKIN : normal

HEENT : normal

Heart and Lung : normal

Neurological : E4V3M5, pupil 3 mm. RTL BE, Motor power แขนขวาระดับ 0 ขาขวาระดับ 0 แขนซ้ายระดับ 3 ขาซ้ายระดับ 3, Right facial palsy NIHSS Score 15 คะแนน $O_2$ Saturation เท่ากับ 96%

**14. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลเอ็กซเรย์:**

วันที่ 8 ตุลาคม 2566

Complete blood count: white blood cell 14,000 cell/cu.mm., neutrophils 76.00%, Lymphocyte 10.00%, Hematocrit 46.2%, Hemoglobin 15.3 g/dl, Platelet Count 244.0*10³/µL,

Creatinine1.35mg/dl,GFR47.87mL/min/1.73m*2,

Na136mM/L, K3.97mM/L, Cl103.2mM/L, CO2 21.6mM/L

Antigen Test Kid (ATK) negative DTX 168 mg%,

CXR และ EKG : normal

CT Brain : Ill-defined hypodensity lesion at parasagittal left frontal region, probably acute cerebral infarction, Old cerebral infarction at right fronto-parietal region.

Urinary analysis : Turbid, yellow color, Ph 5.5, Specific gravity 1.020, WBC 50-100/HPF, RBC 30-50/HPF, Epithelium cell 3-5/HPF,

Urine culture : pending, Hemoculture : pending

วันที่ 9 ตุลาคม 2566 Cholesterol 210.01 mg/dl, Triglyceride 86.4 mg/dl, HDL 46.4 mg/dl, LDL146.3 mg/dl

วันที่ 10 ตุลาคม 2566 Urine culture : Klebsiella pneumoniae x $10^5$ CFU/ml, Hemoculture : No growth after 3 days

**6.15 การวินิจฉัย** Ischemic Stroke with UTI Septicemia

**กิจกรรมการพยาบาล**

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะวิกฤต**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) หรือภาวะสมองถูกทำลายซ้ำ เนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบตัน**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ระดับความรู้สึกตัวลดลง Glasgow coma scale แรกรับเท่ากับ 12 (E4V3M5) | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศา รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวปกติของร่างกายเพื่อให้เลือดดำไหลกลับสะดวก (นอนราบเลือดดำคั่งในสมอง นอนศีรษะสูงเกินไปเกิดสมองเลื่อน Brain herniation) แนะนำให้เลี่ยงการนอนท่าคว่ำหรือศีรษะต่ำกว่าปลายเท้า[6]<br>2. แนะนำให้เลี่ยงการงอพับของคอ และการหมุนหรือหันศีรษะ เพราะเป็นการขัดขวางการไหลกลับ ของเลือดดำจากสมองทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| 2. Pupil เท่ากับ 2-3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติเท่ากันทั้งสองข้าง<br>3. ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ : Ill-defined hypodensity lesion at parasagittal left frontal region, probably acute cerebral infarction, Old cerebral infarction at right fronto-parietal region.<br>4. Motor power แขนขวาระดับ 0 ขาขวาระดับ 0 แขนซ้ายระดับ 3 ขาซ้ายระดับ 3, Right facial palsy NIHSS Score 15 คะแนน<br>5. ความดันโลหิต 150/85 มิลลิเมตรปรอท ถึง 180/104 มิลลิเมตรปรอท<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ปวดศีรษะรุนแรง<br>2. Glasgow coma scale 15 คะแนนหรือไม่ลดลงกว่าเดิม ไม่ชักเกร็ง<br>3. Motor power ดีขึ้นหรือไม่แย่ลง<br>4. Pupil เท่ากับ 2-3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติเท่ากันทั้งสองข้าง<br>5. ความดันโลหิตอยู่ช่วง 90/60-139/90 มิลลิเมตรปรอท หายใจสม่ำเสมอ | 3. แนะนำให้เลี่ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา เนื่องจากจะมีการคั่งของเลือดในช่องท้อง ทำให้แรงดันในช่องท้องสูงเป็นผลให้แรงดันช่องอกสูงขึ้นด้วย มีผลไปขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากศีรษะ<br>4. วัดและประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ประเมินอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับ ความรู้สึกตัว รูม่านตา ขนาดปฏิกิริยาต่อแสง GCS ระยะความถี่ เฝ้าระวังระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป รูม่านตาขยายไม่เท่ากันหรือ GCS แย่ลง มีชักเกร็งต้องให้การช่วยเหลือรายงานแพทย์ทันที<br>5. ตรวจวัดและประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง ตรวจวัดและบันทึกอาการของระบบ ประสาททุก 1/2 - 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากหลอด เลือดสมองซีกขวาตีบและมีภาวะสมองบวม เฝ้าระวังการมีชีพจรเต้นแรงและช้าลง หายใจช้าลง ความดัน โลหิตสูงขึ้นPulse pressure กว้างมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท หายใจสะอึก เกร็ง อาเจียน หายใจไม่สม่ำเสมอเร็วสลับหยุดหายใจเป็นระยะ (Cheyne-Stokes respirations) เพื่อให้การช่วยเหลือที่ทันเวลา<br>6. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา<br>7. สังเกตอาการ ดูแลการได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมิน Intake output ความตึงตัวของผิวหนังและเยื่อบุต่าง ๆ<br>**ประเมินผลการพยาบาล**<br>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่ปวดศีรษะรุนแรง, Glasgow coma scale เท่ากับ 15 Motor power ดีขึ้น แขนขวาระดับ 1 ขาขวาระดับ 1 แขนซ้ายระดับ 3 ขาซ้ายระดับ 3, Pupil เท่ากับ 2.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติเท่ากันทั้งสองข้าง ความดันโลหิตลดลง 140/86 มิลลิเมตรปรอท หายใจ สม่ำเสมอ 22 ครั้งต่อนาที |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ชีพจรเบาเร็ว Pulse rate 96 ครั้ง/นาที<br>2. หายใจเร็ว Respiratory rate 24 ครั้ง/min<br>3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาว (CBC: WBC>14,000 cell), neutrophils 76.00%, Lymphocyte 10.00%<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. ระดับการรู้สึกตัวปกติ<br>2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 90/60-140/90 mmHg, MAP ≥ 65 mmHg, อุณหภูมิกาย 36-37.5$^{0}$C, ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที, หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที<br>3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC 5,000-10,000 cell/cu.mm, Neutrophil 50-60% | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ซักประวัติค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ เก็บปัสสาวะและเสมหะส่งตรวจและส่งเพาะเชื้อเลือด ส่งตรวจภาพเอกซเรย์ปอด<br>2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ สัญญาณทางระบบประสาท และ $O_2$ saturation ทุก 15 นาที 4 ครั้ง หาก อาการคงที่เปลี่ยนเป็นวัดทุก 4 ชั่วโมง<br>3. สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน เช่น เหงื่อออก กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ<br>4. ดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ให้ยา Ceftriaxone 2 gm. วันละ 1 ครั้ง ทุก วัน และสารน้ำชนิด0.9% NSS 1000 ml Rate 120 ซีซีต่อชั่วโมง และตรวจประเมิน CBC ซ้ำ[7]<br>5. ดูแลให้มีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย โดยติดตามผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ เพื่อทำการรักษา<br>6. ลดปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการ ติดเชื้อแทรกซ้อนอื่นโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อในกระบวนการดูแลผู้ป่วย<br>**การประเมินผล**<br>1. ระดับการรู้สึกตัวปกติ<br>2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| 4. ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O2 Saturation) มากกว่า 95% | 3. หลังให้ยา Ceftriaxone 2 gm. วันละ 1 ครั้ง ครบ 7 วัน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ WBC 7,300 cell/cu.mm, Neutrophil 51 % |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. RR >24 ครั้ง/min ชีพจร 96 ครั้ง/นาที<br>2. ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะมีสีเหลืองขุ่น<br>3. ผลตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาว (Urinary analysis : Turbid, yellow color, Ph 5.5, Specific gravity 1.020, WBC 50-100/HPF, RBC 30-50/HPF, Epithelium cell 3-5/HPF) Urine culture : Klebsiella pneumoniae x $10^5$ CFU/ml<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>ลดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. ไม่มีไข้<br>2. ปัสสาวะมีสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน<br>3. ผลการตรวจปัสสาวะปกติ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมงโดยเฉพาะอุณหภูมิกาย<br>2. ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด จัดตรึงสายไม่ให้พับงอเพื่อให้น้ำปัสสาวะไหลสะดวก<br>3. ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะเช้า - เย็นและทุกครั้งหลังการขับถ่าย<br>4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะคือ Ceftriazone 2 gm drip วันละ 1 ครั้ง<br>5. ประเมินข้อบ่งชี้ในการใส่คาสายสวนปัสสาวะทุกวัน เพื่อรายงานแพทย์พิจารณาถอดสายสวน<br>ออกเมื่อหมดความจำเป็น<br>6. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีก<br>7. ติดตามผลการตรวจปัสสาวะและผลเพาะเชื้อทางเดินปัสสาวะ เพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ<br>**การประเมินผล**<br>1. ผู้ป่วยไม่มีไข้ ปัสสาวะมีสีเหลืองใส ไหลออกดี ไม่มีตะกอน ติดตามผลการตรวจปัสสาวะพบ Urinary analysis : Clear, yellow color, Ph 5.5, Specific gravity 1.020, WBC 0-1/HPF, RBC 3-5/HPF, Epithelium cell 1-2/HPF)<br>2. ติดตามผลการตรวจเพาะเชื้อปัสสาวะ พบ Klebsiella pneumoniae x $10^5$ CFU/ml และเชื้อมีความไวต่อยาปฏิชีวนะที่ให้ |

**ระยะที่ 2 การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่องในชุมชน**

ผู้ศึกษาได้ทำการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหลังจากได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสามพรานและโรงพยาบาลสถาบันประสาทโดยมีการนัดหมายล่วงหน้าทุกครั้งในการติดตามเยี่ยมได้พบกับญาติของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ดูแลให้การต้อนรับและรับฟังปัญหาของผู้ป่วย และแนวทางในการดูแลรักษาทุกครั้ง

**การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1** วันที่ 18 ตุลาคม 2566

ได้ประเมินสภาพร่างกาย สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท การทำกิจวัตรประจำวัน กำลังกล้ามเนื้อ อารมณ์ จิตใจของผู้ป่วย และสภาพแวดล้อม ประเมินญาติในการให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพ พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หน้าตาไม่ค่อยสดชื่น สีหน้าวิตกกังวล ลืมตาได้เอง พูดไม่ชัด แขน-ขาซีกขวาอ่อนแรง motor power แขน-ขาซีกขวาระดับ 1 แขน-ขาซีกซ้าย ระดับ 4 กล้ามเนื้อแขน-ขาซ้ายไม่ลีบ ไม่มีปลายเท้าซ้ายตก ไม่มีแขนและข้อเข่าซ้ายติด การรับรู้ต่อการสัมผัส การเคลื่อนไหวของข้อกล้ามเนื้อที่ข้างซ้ายลดลง ผู้ป่วยลุกนั่งเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วยพยุงถึงจะนั่งได้ ประเมิน Activities of Daily Living = 0 คะแนน ไม่มีแผลกดทับ ประเมิน Braden Scale = 9 คะแนน ต้องให้อาหารทางสายยาง สัญญาณชีพ: ความดันโลหิต 145/75 มม.ปรอท อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที แนะนำเรื่องการรับประทานยา การให้อาหารทางสายยางตามเวลา การดูแลสายสวนปัสสาวะ และการทำกายภาพอย่างต่อเนื่อง

**การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2** วันที่ 25 ตุลาคม 2566

ได้ประเมินสภาพร่างกาย สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท การทำกิจวัตรประจำวัน กำลัง

กล้ามเนื้อ แขนขา อารมณ์จิตใจของผู้ป่วย และสภาพแวดล้อม ประเมินญาติในการให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพ พบว่าผู้ป่วยสภาพร่างกายทั่วไปปกติ ใบหน้ายิ้มแย้ม สีหน้าสดชื่นขึ้น ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ ทั้งในเวลากลางวัน และกลางคืน ไม่มีอาการปวดศีรษะ ญาติบอกว่าผู้ป่วยยังเคลื่อนไหวร่างกายลำบากอยู่ ญาติต้องคอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน แขนและขาข้างขวาอ่อนแรงระดับ 1 แขนและขาข้างซ้ายระดับ 4 ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียงบางส่วน เช่น หวีผม แปรงฟัน โดยญาติต้องคอยช่วยเหลือและช่วยเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ ไม่สามารถเคลื่อนที่ไปไหนเองได้ ต้องมีคนช่วยเหลือในการอาบน้ำและใส่เสื้อผ้าให้ ประเมิน Activities of Daily Living (ADL)= 0 คะแนน กล้ามเนื้อแขนขาซ้ายไม่ลีบ ไม่มีปลายเท้าตก ไม่มีข้อติด ไม่มีแผลกดทับ ผิวหนังชุ่มชื้นมีความยืดหยุ่นดี ไม่มีรอยแดง ประเมิน Braden Scale = 16 คะแนน และได้ติดตามประเมินการทำ Passive exercise พบว่าญาติสามารถทำ Passive exercise ให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 37.1องศาเซลเซียส หายใจ 18 ครั้ง/นาที ชีพจร 84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/76 มม.ปรอท แนะนำเรื่องการป้องกันการสำลัก การบริหารการกลืนและการทำกายภาพอย่างต่อเนื่อง

**การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3** วันที่ 26 พฤศจิกายน 2566 ได้ประเมินสภาพร่างกาย สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท การทำกิจวัตรประจำวัน กำลังกล้ามเนื้อ แขนขา อารมณ์จิตใจของผู้ป่วย และสภาพแวดล้อม พบว่าผู้ป่วยสภาพร่างกายทั่วไปปกติ ใบหน้ายิ้มแย้ม อาการโดยรวมดีขึ้น ไม่มีอาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยบอกว่าอยากช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากขึ้น จากการประเมินผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่อของการพูด ญาติบอกว่าผู้ป่วยพูดไม่ชัด ฟังไม่ค่อยรู้เรื่อง ตรวจร่างกายพบ E4V5M6 มีมุมปากซ้ายตก พูดได้ไม่ค่อยชัด แขน-ขาข้างขวาอ่อนแรงระดับ 2 แขน - ขาข้างซ้ายระดับ 4 ประเมิน Activities of Daily Living = 4 คะแนน ผิวหนังไม่มีแผลกดทับ เริ่มพลิกตะแคงตัวได้ แต่ยังไม่สามารถที่จะลุกนั่งเองได้ ประเมิน Braden Scale = 18 คะแนน สามารถทำ active exercise ได้บางส่วน ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม ไม่มีข้อติดแข็ง ผู้ป่วยได้ไปพบแพทย์ตามนัดเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2566 แพทย์พิจารณาให้ถอดสายให้อาหาร ผู้ป่วยเคี้ยวและกลืนอาหารอ่อนได้ ญาติแจ้งว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/79 มม.ปรอท แนะนำเรื่องการป้องกันการสำลัก การบริหารการกลืนและการทำกายภาพอย่างต่อเนื่อง

**การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 4** วันที่ 3 มกราคม 2567 ได้ประเมินสภาพร่างกาย สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท การทำกิจวัตรประจำวัน กำลังกล้ามเนื้อ แขนขา อารมณ์จิตใจของผู้ป่วย และสภาพแวดล้อม พบว่าผู้ป่วยสภาพร่างกายทั่วไปปกติ อาการโดยรวมดีขึ้นมากกว่าปกติ ผู้ป่วยสามารถพูดคุยสื่อสารได้ชัดเจนมากขึ้น บอกว่าช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นแล้ว สามารถตักอาหารรับประทานเองได้ทางปากได้ไม่มีสำลักและได้ติดตาม ประเมินการฝึกบริหารกล้ามเนื้อปาก กล้ามเนื้อลิ้น ผู้ป่วยสามารถฝึกการบริหารกล้ามเนื้อปากและกล้ามเนื้อลิ้นได้ ตรวจร่างกาย E4V5M6 แขน-ขาข้างขวาอ่อนแรงระดับ 2 แขน - ขาข้างซ้ายระดับ 4 ประเมิน ADL= 4 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ขยับตัวเองได้มากขึ้น ผิวหนังชุ่มชื้นดี ไม่มีรอยแดง ไม่เกิดแผลกดทับ ไม่มีข้อยึดติด ประเมิน Braden Scale = 18 คะแนน ผู้ป่วยสามารถบริหารร่างกายโดยใช้มือขวาช่วยทำกายภาพบำบัดด้วยตัวเองได้และมีญาติคอยช่วยเหลือและทำกายภาพให้วันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส หายใจ 18 ครั้ง/นาที ชีพจร 82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/76 มม.ปรอท แนะนำเรื่องการทำกายภาพอย่างต่อเนื่อง

**สรุปผลการศึกษา**

ผู้ป่วยเป็นหญิงไทยอายุ 74 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ แม่บ้าน สถานภาพ สมรส หม้าย จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร BMI 24.00 5 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะอาเจียน 2 ครั้ง แขนและขาข้างขวาอ่อนแรง มีตาพร่ามัวและอ่อนเพลียร่วมด้วย และวันที่ 8 ตุลาคม 2566 เวลา 12.30 น. ผู้ป่วยมีอาการวูบในห้องน้ำ ซึมลงไม่รู้สึกตัว จึงนำส่งโรงพยาบาลสามพราน ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 180/104 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที Neurological : E4V2M5, pupil 3 mm. RTL BE, Motor power แขนขวาระดับ 0 ขาขวาระดับ 0 แขนซ้ายระดับ 3 ขาซ้ายระดับ 3, Right facial palsy NIHSS Score 15 คะแนน $O_2$ Saturation เท่ากับ 96%, white blood cell 14,000 cell/cu.mm, CT Brain : Ill-defined hypodensity lesion at parasagittal left frontal region, probably acute cerebral infarction, Old cerebral infarction at right fronto-parietal region, Urinary analysis : Turbid, yellow color, Ph 5.5, Specific gravity 1.020, WBC 50-100/HPF, RBC 30-50/HPF, Epithelium cell 3-5/HPFแพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติสมองขาดเลือดในช่วง 3 เดือนก่อนหน้าซึ่งเป็นข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด จึงไม่ได้ให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ถึงแม้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทัน golden period และได้ส่งตัวผู้ป่วยไปสถาบันประสาทเพื่อพิจารณาการรักษาด้วยวิธี Thrombectomy หลังทำการตรวจฉีดสีหลอดเลือดสมองไม่พบเส้นเลือดแดงใหญ่อุดตันจึงไม่ได้พิจารณาการรักษาด้วยวิธี Thrombectomy และวันที่ 16 ตุลาคม 2566 โรงพยาบาลสถาบันประสาทได้ส่งตัวผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสามพรานเพื่อรักษาภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยให้กลับบ้านได้ประสานกลุ่มงานปฐมภูมิในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

ทางโรงพยาบาลสามพราน ได้ทำการติดตามเยี่ยม 4 ครั้งพบว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดูแลรักษามีความตั้งใจปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยการไปตรวจตามแพทย์นัด ทำกายภาพบำบัด การดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดีมีความพยายามที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในการดูแล และปฏิบัติตนมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่กลับเป็นซ้ำ

**อภิปรายผล**

โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้โดยการปฏิบัติตัวโดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค และสามารถลดความพิการได้หากผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องสัญญาณเตือนและเข้ารับการรักษาที่รวดเร็ว สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทัน[10] การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูพยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การประเมินแรกรับ การดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการติดตาม เยี่ยมต่อเนื่อง มีการส่งข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยไปยังพื้นที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ โดยให้คำแนะนำซึ่งอาจจะต้องมีการทวนสอบความรู้ความเข้าใจ ของผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุสอนทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการดูแลและฟื้นฟูสภาพ นอกจากนั้นพยาบาลควรเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและได้รับสนับสนุนการช่วยเหลือในด้านสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้นและเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัวอีกด้วย

**ข้อเสนอแนะ**

1 นอกจากการเยี่ยมบ้านแล้วควรมีการปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อค้นหาปัญหาและสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น เช่น หลักการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการส่งเสริมความรู้เฉพาะราย หรือแนวคิดการจัดการตนเอง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจัดการตนเองในด้านการรักษาพยาบาล ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและด้านการจัดการด้านอารมณ์

2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ควรจะมีการศึกษาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล

3. ควรสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบสำหรับทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ

4. การดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยนอกจากทีมสหวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข ควรทำร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน เพื่อเป็นแรงผลักดันในการสนับสนุนให้มีนักบริบาลของตำบล รวมทั้งได้รับการสนับสนุนและดูแลด้านอื่นๆ

## เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศิริราช. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคหลอดเลือดสมอง. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/sirirajonline2021/Article_files/1256_1.pdf.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2560–2564).[ เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2567].เข้าถึงได้จาก:http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-0204.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. (2560). รายงานข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. นครปฐม: กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ.
4. โรงพยาบาลสามพราน. (2566). รายงานข้อมูลด้านสุขภาพ. นครปฐม: กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศด้านสุขภาพ.
5. สถาบันประสาทวิทยา. (2559). แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนาเพรสจำกัด.
6. สถาบันประสาทวิทยา. (2556). คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: (ม.ป.พ.).
7. สาธร ธรรมเนียมอินทร์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน: วารสารการแพทยโรงพยาบาลอุดรธานี. 27(2), 211-222.
8. วิเชียรไพศาล. (2559). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation). กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนาเพรส จำกัด.
9. ภัทรา วัฒนพันธุ์. (2560). การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน. North-Eastern Thai journal of neuroscience. 12(1), 31-43.
10. สมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2565). โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤติ. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับในชุมชน : กรณีศึกษา

# Nursing care of ischemic stroke patients with pressure ulcer complications in the community : case study.

(Received: February 21,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**บุษบา สุวรรณโชติ**[1]
**Busaba Suwannachote**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับในชุมชน โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 79 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพ หม้าย ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มาโรงพยาบาลโคกสำโรง วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 มีอาการสำคัญ คือ แขนและขาข้างขวาอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน

ผลการศึกษา: ประเมินความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยอีกครั้ง ทบทวนความรู้ที่ให้แก่บุตรสาว และผู้ป่วยรับปากว่าจะปฏิบัติต่อเนื่อง แจ้งว่านักกายภาพจะมาทำให้อีก 2 ครั้ง หลังจากนั้นจะเป็นผู้ดูแลในชุมชน อสม. Care Giver มาดูแลต่อเนื่องเป็นระยะ ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมอีกจำนวน 2 ครั้ง โดยทีม IMC ครบ 6 เดือนผู้ป่วยมีพัฒนาการด้านการฟื้นฟูสภาพที่ดี Barthel index 40 เพิ่มเป็น 60 คะแนน Motor Power แขนและขาข้างขวาอ่อนแรงระดับ1เพิ่มเป็นระดับ 4 ADL= 11 คะแนน แผลกดทับเดิมหายไม่พบแผลกดทับใหม่ Braden score=21 คะแนน

**คำสำคัญ :** โรคความดันโลหิตสูง, หลอดเลือดสมองตีบ, โรคเบาหวาน, แผลกดทับ

**Abstract**

This study is a case study aimed at studying nursing care for ischemic stroke patients with pressure ulcer complications in the community. The study was conducted on Thai female patients, age 79 years, Thai ethnicity, Thai nationality, Buddhism, widowed status, education level. Grade 4 does not have a career. Came to Khok Samrong Hospital on November 17, 2022 with important symptoms: weakness in the right arm and leg 3 days before coming to the hospital.

Results: The patient's physical abilities were reassessed. Review the knowledge given to your daughter. and the patient promises to continue the practice Informed that the physiotherapist will come to do the work 2 more times, after which there will be a caretaker in the community, a Care Giver village health volunteer will come to take care of her continuously periodically. The patient received 2 more follow-up visits by the IMC team. After 6 months, the patient had good progress in rehabilitation. Barthel index 40 increased to 60. Motor Power score, right arm and leg weakness level 1 increased to level 4 ADL. = 11 points, original pressure sores healed, no new pressure sores found. Braden score=21 points

**Keywords:** high blood pressure, ischemic stroke, diabetes, pressure ulcers

[1] โรงพยาบาลโคกสำโรง

**บทนำ**

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในเพศหญิงและอันดับสามในเพศชาย พบว่า โรคนี้มีความชุก 206 ต่อ 100,000 ประชากร หรือคนไทยจะเป็นโรคสมองขาดเลือด (Stroke) 1 คน ในทุกๆ 3 นาที โรคนี้เมื่อเป็นแล้ว จะมีการเสียชีวิตร้อยละ 10 และอีกร้อยละ 50-60 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อพบอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปี 2559-2561 เท่ากับ 451.39, 467และ 456.20 ตามลำดับ ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และจากรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชาชนไทย พ.ศ. 2561 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรทั้งในเพศชายและเพศหญิง (ชาย 30,402 ราย, หญิง 31,044 ราย) และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร เป็นอันดับ 2 ในเพศชาย และอันดับ 1 ในเพศหญิงดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นทำให้เกิดภาระต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวจำนวนมากและหากผู้ป่วยไม่สามารถรับภาระดังกล่าวได้ ภาครัฐจะต้องเข้ามารับภาระดังกล่าวส่งผลให้รัฐต้องสูญเสียรายได้จำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง จึงสามารถกล่าวได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อทั้งสังคมและเศรษฐกิจรวมถึงต่อตัวผู้ป่วยเองครอบครัวและประเทศชาติโดยรวม[1]

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโคกสำโรง เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการรับส่งต่อผู้ป่วยและติดตามให้การช่วยเหลือต่อเนื่องที่บ้าน จากสถิติปี 2563-2565 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบในอำเภอโคกสำโรง จำนวน 51 คน, 51 คน และ 55 คน ตามลำดับ จากจำนวนผู้ป่วยดังกล่าว ร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และร้อยละ 50 มีอุปกรณ์ติดตัวกลับบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่สภาพปัญหาที่พบจากการติดตามดูแลพบว่า ผู้ดูแลยังมีประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วยไม่มาก ผู้ป่วยขาดการกระตุ้นในการช่วยเหลือดูแลตนเอง และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจที่เข้ามาเกี่ยวข้อง พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ควบคุมโรคไม่ให้กำเริบ ด้วยการดูแลวิธีปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับอาการและความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่[2] ตลอดจนการรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลที่ดี หรือหายจากโรค นอกจากนี้ต้องมีการประสานหน่วยงานต่างๆ ในการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

**กรณีศึกษา**

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 79 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพ หม้าย ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มาโรงพยาบาลโคกสำโรง วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565

**อาการสำคัญ** แขนและขาข้างขวาอ่อนแรงก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน** 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ล้มและปวดสะโพก พักรักษาตัวที่บ้าน หลังจากนั้น แขนและขาข้างขวาอ่อนแรง ญาติจึงนำตัวส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ขาดยา 1 เดือน แพทย์ให้การรักษาตามอาการด้วยยา สามารถจำหน่ายได้ในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2565

**การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (INHOMESSS)**

**1. Immobility/impairment**

**ความสามารถในการดูแลตนเอง** มีอาการอ่อนแรงของแขนขาด้านขวา ตรวจ motor power ด้านซ้าย ระดับ4 ด้านขวา ระดับ 1 นอนอยู่บนเตียง เคลื่อนไหวตัวเองอยู่กับที่โดยพลิกตะแคงตัวเองได้อย่างช้าๆ ข้างเดียว ประเมิน Barthel Index 10 คะแนน

**2. Nutrition** ภาวะโภชนาการ รับประทานอาหารทางสายยาง ชนิดเหลวปั่น 300 mlx4 feed

**3. Home environment** สภาพแวดล้อมในบ้าน/รอบบ้าน เป็นบ้านชั้นเดียว สร้างด้วยปูน มั่นคงแข็งแรง อยู่ในย่านชุมชน มีสัตว์เลี้ยงเป็นแมว 1 ตัว แสงสว่างภายในบ้านพอเพียง

**4. Other people** สัมพันธภาพกับครอบครัวผู้ป่วยแต่งงาน มีบุตรด้วยกัน 2 คน สามีเสียชีวิตเมื่อ 5 ปีก่อน อยู่ในความดูแลของบุตรสาวคนเล็กเป็น Care Giver ลูกสาวคนโตทำงานที่กรุงเทพฯ เป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายภายในบ้าน มีความรักใครกลมเกลียวกันในครอบครัว

**5. Medication**

1) Vit B co รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า เย็น

2) Amlodipine 5 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า เย็น

3) Folic acid 5 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า

4) Aspirin 81 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า

5) Atorvas 40 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน

6) Metformin รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า เย็น

**6. Examination**

สภาพทั่วไป : รูปร่างสมส่วน สีหน้าเรียบเฉย ผิวดำแดง ไม่ซีด

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท:พูดคุยถามตอบรู้เรื่องดี ทำตามคำสั่งได้ รู้วัน เวลา สถานที่ (GCS=15 คะแนน) Pupil Ø 2mm RTL BE มีปากเบี้ยว

หัวใจและหลอดเลือด: เสียงหัวใจปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที Systolic murmur S1 S2 ปกติ

ระบบหายใจ: หายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีเสียง Wheezing และเสียง Crepitation

ระบบทางเดินอาหาร: คลำบริเวณหน้าท้องนุ่ม เคาะโปร่งไม่มีท้องอืด เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound) 5-6 ครั้งต่อนาที

**7. Safety** ความปลอดภัย พื้นบ้านปูด้วยกระเบื้อง เวลาเปียกน้ำ ทำให้ลื่นได้

**8. Service** บริการที่ได้รับ 1669 สามารถเข้าถึงภายใน 15 นาที

**9. Spiritual** ความเชื่อ นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญใส่บาตรหน้าบ้านทุกวันและไปไหว้พระทำบุญที่วัดทุกวันเป็นประจำทัศนคติ รู้สึกเป็นภาระต้องพึ่งพาลูกและสามี ลูกต้องหยุดงานมาดูแล

**สรุปอาการและอาการแสดง** กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโคกสำโรง ได้รับประสานงานจากหอผู้ป่วยผ่านระบบ Thai COC อาการของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขนและขาข้างขวาอ่อนแรง Motor power ระดับ 1 แขนและขาข้างซ้ายขยับได้ Motor power ระดับ 4 ผู้ป่วยนอนติดเตียงพลิกตะแคงตัวได้น้อย ไม่สามารถลุกนั่งเองได้ แต่พอทำตามคาสั่งได้ มีแผลกดทับที่ก้นกบขนาด 4x5 cms ระดับ 2 ใส่สายให้อาหารทางสายยาง ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/84 มิลลิเมตรปรอท หายใจไม่หอบเหนื่อย วัด $O_2$sat= 96% Room air ประเมิน คะแนน ADL= 2 คะแนน Barthel index = 10 คะแนน จากข้อมูลระบบ Thai COC โดยระบุปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่หลงเหลืออยู่ ได้แก่ การติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง การควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลแผลกดทับ และการดูแลผู้ป่วยขณะใส่สายสวนปัสสาวะ การส่งเสริมโภชนาการและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จากข้อมูลที่ได้รับจึงได้จัดตารางออกเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ใน วันที่ 29 พฤศจิกายน 2565 เพื่อติดตามประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนออกจากโรงพยาบาล

| Lipid profile | | | |
|---|---|---|---|
| Cholesterol | 254 mg/dl | ปกติ | 150-200 mg/dl |
| Triglyceride | 228 mg/dl | สูง | 30-200 mg/dl |
| HDL-cholesterol | 37 mg/dl | ปกติ | 35-100 mg/dl |
| LDL-cholesterol | 178 mg/dl | ปกติ | 130-160 mg/dl |
| FBS | 197 mg/dl | สูง | 70-110 mg/dl |

ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน:

1. Vit B co รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า เย็น

2. Amlodipine 5 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า เย็น

3. Folic acid 5 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า

4. Aspirin 81 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า

5. Atorvas 40 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน

6. Metformin รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า เย็น

**เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2565** ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 79 ปี พักอาศัยอยู่ในบ้านอากาศถ่ายเทสะดวก ผู้ป่วยนอนติดเตียง ประเมินอาการผู้ป่วย พบผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หน้าตาไม่ค่อยสดชื่น สีหน้าวิตกกังวล พูดไม่ชัด แขน-ขาซีกขวาอ่อนแรง Motor power ระดับ 1 แขน-ขาซีกซ้าย ระดับ 4 กล้ามเนื้อแขน-ขาขวาไม่ลีบ ไม่มีปลายเท้าขวาตก ไม่มีแขนและข้อเข่าขวาติด การรับรู้ต่อการสัมผัส การเคลื่อนไหวของข้อกล้ามเนื้อที่ข้างขวาลดลง ผู้ป่วยลุกนั่งเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วยพยุงถึงจะนั่งได้ เดินเองไม่ได้ ญาติบอกว่า“ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย มีแผลกดทับ บริเวณก้นกบขนาด 4x5 cms ระดับ 2 ประเมิน ADL= 2 คะแนน Barthel index = 10 คะแนน ต้องให้อาหารทางสายยาง ผู้ป่วยใส่สายให้อาหารทางสายยางเบอร์ 16 และใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้ม มีตะกอน จากการซักถามญาติ ไม่ได้ให้น้ำเสริมระหว่างมื้อ ขับถ่ายอุจจาระปกติ บอกญาติได้เมื่อต้องการขับถ่าย ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวเองได้น้อย มีบุตรคอยดูแล และช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยยังมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังครั้งนี้ ผู้ป่วยบ่นและถามบ่อยๆว่า “ตนเองจะหายเป็นปกติหรือเปล่าและจะต้องรักษาไปนานเท่าไหร่ เป็นภาระลูกหลานมาก” ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามแผนการรักษาและมีนัดติดตามการรักษาอีกครั้งที่โรงพยาบาลโคกสำโรง ในวันที่ 7 ธันวาคม 2565 สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 142/78 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที เจาะระดับน้ำตาลในเลือด 248 mg/dl

สรุปผลการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน มีแผลกดทับ อาจเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลการเจ็บป่วยเรื้อรัง พร่องความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสภาพร่างกายเมื่ออยู่บ้าน พบปัญหาการพยาบาล

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะที่ 1**

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ปัญหาที่ 1** มีแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพและญาติในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่เหมาะสม แนะนำให้ผู้ป่วยนอนบนที่นอนนุ่ม แนะนำญาติช่วยดูแลผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง เปลี่ยนผ้าปูที่นอนทุกครั้งเมื่อเปียกชื้นและแนะนำญาติช่วยพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง สอนและสาธิตให้ญาติปฏิบัติตามเมื่อเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วย ไม่ใช้วิธีการลากดึงเพราะจะทำให้ผิวหนังเกิดการเสียดสี ทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายเกิดแผลได้ง่าย ดูแลให้นอนในท่านอนศีรษะสูงอย่างน้อย 30 - 40 องศา และระวังการนอนทับข้างขวาที่เป็นพยาธิสภาพของโรค แนะนำญาติดูแลผิวหนังของผู้ป่วยให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ ทำความสะอาดหลังขับถ่ายทุกครั้ง ถ้าอากาศร้อนควรเช็ดตัวและเปลี่ยนผ้าปูที่นอนบ่อยๆ เพื่อลดการสะสมของแบคทีเรียบนผิวหนัง ใช้หมอนหรือผ้านิ่มๆวางรองบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ เช่น บริเวณหัวไหล่ ข้อศอก ข้อเท้า บริเวณตาตุ่ม และบริเวณส้นเท้าเพื่อป้องกันการกดทับของผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก แนะนำให้ญาติใช้ครีมทาผิวทาผิวหนังผู้ป่วยบริเวณที่แห้ง เพื่อรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนัง ติดตามประเมินผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกและส่วนที่รับน้ำหนักที่ถูกกดทับเป็นประจำเพื่อตรวจสอบสีผิว ความตึงตัวของผิวหนัง ดูว่ามีอาการบวมแดง หรือแดงบริเวณใดบ้างโดยเฉพาะบริเวณที่กดทับนานๆ<br>**การประเมินผล**<br>ติดตามประเมินผิวหนังผู้ป่วยยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดแผลกดทับเพิ่มที่ผิวหนัง Braden score=15 คะแนน แผลบริเวณก้นกบมีเนื้อตายบางๆ คอยติดตาม ADL ในการเยี่ยมครั้งต่อไป |
| **ปัญหาที่ 2** เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลกดทับ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>มีแผลกดทับที่ก้นกบขนาด 4x5cms ระดับ2 ผู้ดูแลผู้ป่วยบอกว่ายังไม่เข้าใจวิธีการทำแผล ประเมินลักษณะของแผลกดทับ ความสามารถของผู้ดูแลในการทำแผลได้ เบิกวัสดุในการทำแผลที่เหมาะสมกับขนาดแผลเป็นชุดให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย สอนวิธีการทำแผล โดยล้างรอบแผลให้สะอาดโดยใช้สำลีชุบน้ำเกลือเช็ดรอบแผล เช็ดในแผลด้วยน้ำเกลือจนสะอาด และปิดแผลด้วยผ้าก๊อส พิจารณาลักษณะและขนาดแผลทุกครั้งที่มาเยี่ยม เพื่อการใส่วัสดุปิดแผลที่สามารถเปิดแผลได้ทุก 3 วัน ลดภาระให้แก่ผู้ดูแล<br>**การประเมินผล**<br>หลังให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยทำแผลได้ถูกวิธี ไม่มีอาการแสดงของแผลติดเชื้อ ได้แก่ ไข้ ขอบแผลบวมแดง เนื้อแผลมีเนื้อตายหรือหนอง |
| **ปัญหาที่ 3** เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ให้คำแนะนำญาติในการดูแลให้ปัสสาวะไหลลงถุงรองรับปัสสาวะได้สะดวก แนะนำให้ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะหัก พับ หรือดึงรั้งท่อปัสสาวะ โดยยึดตรึงไว้ด้วยพลาสเตอร์ที่บริเวณต้นขาด้านในและถุงรองรับปัสสาวะควรอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและสูงกว่าพื้นเสมอ เพื่อให้มีการไหลของปัสสาวะสะดวก สอนญาติเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ดูแลให้อยู่ในระบบปิด (Closed Drainage System) ตลอดเวลา การเทน้ำปัสสาวะออกจากถุง ท่อทางออกจะต้องไม่สัมผัสกับภาชนะรองรับ และภายหลังเทให้ปิดท่อทางออกทุกครั้ง ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยน้ำสบู่ โดยเฉพาะบริเวณรูเปิดท่อปัสสาวะและสายสวนปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้า เย็น และทุกครั้งภายหลังถ่ายอุจจาระ ถุงรองรับปัสสาวะแขวนไว้กับขอบเตียงให้ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะประมาณ 30 เซนติเมตร ไม่วางไว้กับพื้น กรณีที่จำเป็นต้องยกสูง ให้ใช้ตัวหนีบ หนีบสายหรือหักพับสายก่อนยกถุง เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของน้ำปัสสาวะ หากถุงรองรับปัสสาวะหรือสายสวนปัสสาวะรั่ว ให้แจ้งพยาบาลหรือ |

| | |
|---|---|
| | เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลโคกสำโรงเพื่อเตรียมอุปกรณ์ไปเปลี่ยนสายสวนและเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะให้ใหม่ที่บ้าน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 1 - 2 ลิตร โดยแนะนำให้ญาติให้น้ำระหว่างมื้อทางสายยางให้อาหารปริมาณ 50 มิลลิลิตร ก่อนมื้ออาหารครึ่งชั่วโมง เพื่อให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แนะนำญาติให้ติดตามประเมินสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะมีสีเข้มขึ้น หรือคล้ายสีน้ำล้างเนื้อ มีกลิ่นฉุน มีตะกอนมาก มีไข้สูง หรือมีปัสสาวะรั่วซึมรอบๆ รูเปิดของท่อปัสสาวะ ถ้าพบอาการแสดงเหล่านี้ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือรีบไปพบแพทย์ทันที<br>**การประเมินผล**<br>ติดตามประเมินการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ปัสสาวะในถุงมีสีเหลือง มีตะกอนปน ติดตามประเมินภาวการณ์ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป |
| **ปัญหาที่ 4** บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกล้ามเนื้อแขน-ขาซีกขวาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันประเมิน ADL= 2คะแนน Barthel index = 10 คะแนน และประเมิน Motor power เพื่อวางแผนในการให้ฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม สอนญาติผู้ป่วยในการออกกำลังกายแบบ Passive Exercise โดย ช่วยยกแขนข้างที่อ่อนแรง ขึ้น-ลงและงอแขนเข้า-ออก ทำสลับกัน 20 ครั้ง เช้า-เย็น ช่วยยกขาข้างที่อ่อนแรง ขึ้น-ลงและงอขาเข้า-ออก และให้เกร็งกล้ามเนื้อ ช่วยให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่อ่อนแรง บีบปั้นดินน้ำมันหรือบีบลูกโป่งที่ใส่น้ำ เพื่อกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อมือ ช่วยพยุงผู้ป่วยเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ แนะนำญาติให้พาผู้ป่วยทำกายภาพอย่างต่อเนื่อง จัดอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ของผู้ป่วย โดยเน้นถึงความสะอาด และสะดวกต่อการหยิบใช้ ดูแลและจัดท่าของร่างกายของผู้ป่วย โดยให้ศีรษะ ข้อไหล่ ข้อสะโพก และข้อต่างๆ ในท่าที่ถูกต้องเหมาะสมและสอนให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงประโยชน์ในการช่วยเหลือตัวเอง โดย ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างซ้ายจับมือขวายกขึ้นลง ครั้งละ 20 ครั้ง ทำ เช้า-เย็น ให้ผู้ป่วยใช้เท้าข้างซ้ายยกเท้าขวาขึ้น ทำ 20 ครั้ง ทำ เช้า – เย็น ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างซ้ายจับมือขวาหมุนข้อมือทำ 20 ครั้ง ทำ เช้า – เย็น<br>**การประเมินผล**<br>ติดตามการประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและประเมินกำลังกล้ามเนื้อแขนและขาทั้ง 2 ข้าง ประเมินภาวะแทรกซ้อน และติดตามประเมินการทำ Passive Exercise ของญาติในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป |
| **ปัญหาที่ 5** ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นมิตร ประเมินระดับความวิตกกังวล ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและญาติ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงพยาธิสภาพและการดำเนินของโรค ความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาเอง อธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ต้องไปพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ง่วงซึม กระสับกระส่ายสับสนมากขึ้น เปิดโอกาสผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและให้ระบายความรู้สึกต่างๆ และอธิบายในข้อข้องใจเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตัว ให้ความสนใจต่ออาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อจะได้มีกำลังใจและเกิดความมั่นใจ แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังเพลง ทำสมาธิ กำหนดลมหายใจ สนับสนุนให้กำลังใจ เสริมพลัง เสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและญาติ แจ้งช่องทางการติดต่อ ให้เบอร์โทรฉุกเฉิน 1669 หากเกิดอาการผิดปกติสามารถไปโรงพยาบาลทันที<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สีหน้าวิตกกังวลลดลง หลังได้รับทราบถึงพยาธิสภาพของโรค การดูแลและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคมากขึ้น ติดตามประเมินระดับความวิตกกังวล ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและญาติ ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป |

**เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 6 ธันวาคม 2565**

สภาพร่างกายทั่วไปปกติ ใบหน้ายิ้มแย้ม สีหน้าสดชื่นขึ้น ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน ไม่มีอาการปวดศีรษะ ญาติบอกว่าผู้ป่วยยังเคลื่อนไหวร่างกายลำบากอยู่ ญาติคอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน จากการตรวจร่างกายพบ ผู้ป่วยริมฝีปากแห้ง แขน-ขาซีกขวาอ่อนแรง Motor power ระดับ 1 แขน-ขาซีกซ้ายระดับ 5 ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียงบางส่วน เช่น หวีผม แปรงฟัน โดยญาติต้องคอยช่วยเหลือและช่วยเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ ไม่สามารถเคลื่อนที่ไปไหนเองได้ ต้องมีคนช่วยเหลือในการอาบน้ำ และใส่เสื้อผ้าให้ ประเมิน ADL=3 คะแนน Barthel index =15 คะแนน กล้ามเนื้อแขนขาขวาไม่ลีบ แผลกดทับที่ก้นกบแดงขึ้นขนาด4x5 cms ระดับ 2 ผิวหนังชุ่มชื้นมีความยืดหยุ่นดี ไม่มีรอยแดง Braden score=16 คะแนน ประเมินและได้ติดตามประเมินการทำ Passive Exercise พบว่า ญาติสามารถทำ Passive Exercise ให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองใส่สายยางให้อาหารไว้ เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่สามารถกลืนอาหารเองได้ ผู้ป่วยได้รับอาหารมื้อละ 300ml.จำนวน 4 เวลา ไม่ได้ให้อาหารอื่นเสริมระหว่างมื้อ ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ปัสสาวะไหลดี มีสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีไข้ ไม่เกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงวิธีการดูแลตนเองที่บ้านและตอบข้อซักถามได้และเห็นความสำคัญของการไปพบแพทย์ตามนัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส หายใจ 18 ครั้ง/นาที ชีพจร 84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที DTX=127 mg/dl

สรุปการประเมินสุขภาพจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ แต่ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่เนื่องจากกล้ามเนื้อแขน-ขาซีกขวาอ่อนแรงทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและยังใส่สายให้อาหารทางสายยาง จากการประเมินพบปัญหาใหม่ คือ ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ต้องได้รับอาหารทางสายยาง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลและแก้ไขปัญหาต่อไป มีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ต้องได้รับอาหารทางสายยาง ต้องให้อาหารอย่างครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตความยืดหยุ่นของผิวหนัง (Skin turgor) ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สอนและทบทวนการทำอาหารเหลว โดยการเพิ่มโปรตีนประเภท ไข่มื้อละ 1 ฟอง เนื้อไก่ มื้อละ 2 ขีด ผัก ฟักทอง ผักใบเขียวในมื้ออาหารเพื่อเพิ่มคุณค่าทางอาหารมากขึ้น หรือให้อาหารเสริมอื่นบำรุงระหว่างมื้อ เช่น นมหรือน้ำผลไม้ ประเมินผลและติดตามการรับประทานอาหารของผู้ป่วยในแต่ละมื้อทั้งปริมาณ และชนิดของอาหารที่ได้ให้เหมาะสมกับโรค ประเมินผลผู้ป่วยสามารถรับอาหารทางสายยางได้ทุกมื้อ ไม่มี content เหลือ ผิวหนังมีความยืดหยุ่นดี ริมฝีปากไม่แห้ง ปัญหานี้ยังต้องติดตามในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป ในวันที่ 13 ธันวาคม 2565

การประเมินปัญหาจากการเยี่ยมครั้งที่ 1

มีแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับบริเวณอื่น ผิวหนังมีความชุ่มชื้นและมีความยืดหยุ่นดี ไม่มีรอยแดง หรือรอยถลอกบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่รับน้ำหนักของท่าต่างๆประเมิน ADL= 3 คะแนน ยังต้องติดตามการดูแลแผลต่อเนื่อง เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะ ประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขปัญหาหลังจากการเยี่ยมครั้งที่ 1 ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่มีอาการไข้ ปัสสาวะไหลดี มีสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ญาติมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

บกพร่องในการทำกิจวัตรประจาวัน เนื่องจากกล้ามเนื้อแขน-ขาซีกขวาอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ประเมินผล เมื่อประเมินพบว่าผู้ป่วยยังมีแขนและขาข้างขวาอ่อนแรงระดับ 1 แขนและขาข้างซ้าย

ระดับ 5 ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง Barthel index = 15 คะแนน กล้ามเนื้อแขนขาขวาไม่ลีบ ไม่มีปลายเท้าขวาตก ไม่มีข้อติด จากการติดตามประเมิน ญาติสามารถทำ Passive Exercise ให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง

**เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 13 ธันวาคม 2565**

สภาพร่างกายทั่วไปปกติ ใบหน้ายิ้มแย้ม อาการโดยรวมดีขึ้น ไม่มีอาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยบอกว่าอยากช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากขึ้น จากการประเมิน ผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่องการพูด พูดไม่ชัด ฟังไม่ค่อยรู้เรื่อง ตรวจร่างกายพบ แขน-ขาข้างขวาอ่อนแรงระดับ 2 แขน-ขาข้างซ้ายระดับ5 ประเมินนADL = 7 คะแนน ผิวหนังไม่มีแผลกดทับเพิ่ม Braden score=17 แผลกดทับเดิมแดงดีแคบลงเหลือขนาด 3x4 cms ระดับ 2 เริ่มพลิกตะแคงตัวได้เอง แต่ยังไม่สามารถที่จะลุกนั่งเองได้ ประเมิน Bathel index = 35 คะแนน สามารถทำ Active Exercise ได้บางส่วน ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม ไม่มีข้อติดแข็ง ผู้ป่วยได้ไปพบแพทย์ตามนัด เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2565 แพทย์พิจารณาให้ถอดสายให้อาหาร ผู้ป่วยเคี้ยวและกลืนอาหารอ่อนได้ และถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง แต่ญาติยังมีความวิตกกังวล กลัวผู้ป่วยสำลักอาหารเพราะเพิ่งเริ่มรับประทานอาหารทางปากและประเมินกิจกรรมในการรับประทานอาหาร สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/78 มิลลิเมตรปรอท DTX 88 mg/dl

สรุปการประเมินสุขภาพจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 พบว่าปัญหาที่แก้ไขหมดแล้วคือ ปัญหาเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะ และปัญหามีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ต้องได้รับอาหารทางสายยาง แพทย์พิจารณาให้ถอดสายให้อาหารตั้งแต่วันที่ 7 ธันวาคม 2565 ผู้ป่วยเคี้ยวและกลืนอาหารอ่อนได้ และแพทย์อนุญาตให้ถอดสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เองและจากการประเมินพบปัญหาใหม่ผู้ป่วยและญาติยังกังวลกลัวการสำลักอาหาร ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลและแก้ไขปัญหานี้ต่อไป

**ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะที่ 2**

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ปัญหาที่ 6** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านการรับประทานอาหาร | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง หลังจากเอาสายให้อาหารออก บางวันรับประทานไม่ครบ 3 มื้อ บ่นหน้ามืด ใจสั่นบางครั้ง DTX 88 mg/dl กล้ามเนื้อปากอ่อนแรงทำให้การรับประทานอาหารลำบาก อธิบายอาการของภาวะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว แนะนำผู้ดูแลให้ผู้ป่วยทำความสะอาดปากและฟัน วันละ 2 ครั้ง เพื่อช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร อธิบายผู้ป่วยเรื่องการสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ได้แก่ รู้สึกเหมือนจะเป็นลม เหงื่อออก ตัวเย็น หากมีอาการดังกล่าวให้รีบบอกผู้ดูแลในบ้านทันที แนะนำให้ผู้ดูแลจัดอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานครบทั้ง 3 มื้อ เพื่อให้การเผาผลาญอาหารเป็นไปตามปกติ แนะนำให้เตรียมน้ำหวานติดบ้านไว้เสมอ หากพบอาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำให้ผู้ป่วยจิบน้ำหวาน หากไม่ดีขึ้นให้ขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาล<br>**การประเมินผล**<br>หลังการพยาบาลผู้ป่วย ผู้ดูแลสังเกตอาการและแก้ไขเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ถูกต้อง |
| **ปัญหาที่ 7** มีโอกาสเกิดการสำลักเนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยว | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ร่วมกับนักกายภาพเพื่อให้มีการกลืนอย่างปลอดภัย โดยใช้เทคนิคการฝึกกลืน (Swallowing techniques) บริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน คือ กล้ามเนื้อปากและกล้ามเนื้อลิ้น โดย ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าช้าๆ แล้วกลั้น |

| | |
|---|---|
| และการกลืนบกพร่อง | หายใจไว้ ก้มหน้ากลืนน้ำลาย ให้ผู้ป่วยหายใจออกช้าๆ ให้ทำทุก 1 นาที จนครบ 10 นาที ใช้เวลาในการบริหาร 5 นาที แนะนำญาติให้จัดท่านอนลักษณะศีรษะสูงอย่างน้อย 45 องศา ขณะป้อนอาหารทางปากให้กับผู้ป่วย แนะนำผู้ป่วยรับประทานครั้งละน้อยๆ ไม่รับประทานอาหารคำใหญ่เกินไปและเลือกใช้ช้อนที่มีขนาดเล็ก หลุมไม่ลึก แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารช้า ๆ อย่างตั้งใจและให้เวลาสำหรับมื้ออาหารอย่างเพียงพอ แนะนำญาติให้เลือกชนิดอาหารที่ให้ผู้ป่วยรับประทาน เป็นอาหารที่อ่อน นุ่ม เคี้ยวง่ายและมีรสจืด แนะนำผู้ป่วยให้นอนศีรษะสูง 30 องศา หลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 นาที แนะนำญาติในการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อลดการสะสมของแบคทีเรีย ลดความเสี่ยงของการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก โดยแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็นและบ้วนปากด้วยน้ำเปล่าหลังรับประทานอาหาร<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยสามารถฝึกการบริหารกล้ามเนื้อปากและกล้ามเนื้อลิ้นได้ รับประทานอาหารอ่อนทางปากได้ ไม่เกิดอาการสำลักอาหารและน้ำ ปัญหานี้ยังต้องติดตามประเมินการฝึกบริหารกล้ามเนื้อปาก กล้ามเนื้อลิ้น และประเมินความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารในการเยี่ยมครั้งต่อไป<br>**ปัญหาที่ 8** การติดต่อสื่อสารด้วยการพูดบกพร่องเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง |
| **ปัญหาที่ 8** การติดต่อสื่อสารด้วยการพูดบกพร่องเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกพูดบ่อยๆ โดยเลือกเรื่องที่จะพูดคุยที่อยู่ในความสนใจของผู้ป่วย แนะนำญาติขณะพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วย ต้องอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัด หันหน้าเข้าหาผู้ป่วย สบตาขณะพูดกับผู้ป่วย พูดช้าๆ ชัดๆน้ำเสียงนุ่มนวล ใช้คำพูดหรือคำถามสั้นๆ ไม่เร่งรัดคำตอบ แสดงความตั้งใจฟังผู้ป่วยพูด ทวนข้อความที่ผู้ป่วยพูด สอนเทคนิคการพูดเป็นประโยคสั้นๆ ได้ใจความ แนะนำให้ญาติใช้ความพยายามและความอดทน ส่งเสริมและให้กำลังใจในการสื่อสารกับผู้ป่วย<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยสามารถพูดคุยสื่อสารได้ชัดเจนมากขึ้น มีเพียงบางคำที่ผู้ป่วยยังพูดได้ไม่ค่อยชัด ปัญหานี้ยังต้องติดตามประเมินการพูดคุยวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยในการเยี่ยมครั้งต่อไป |

การประเมินปัญหาจากการเยี่ยมครั้งที่ 2

มีแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับบริเวณอื่น ผิวหนังมีความชุ่มชื้นและมีความยืดหยุ่นดี ไม่มีรอยแดง หรือรอยถลอกบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่รับน้ำหนักของท่าต่างๆประเมิน ADL= 7 คะแนน ยังต้องติดตามการดูแลแผลต่อเนื่อง

บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากกล้ามเนื้อแขน-ขาซีกขวาอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ประเมินผล เมื่อประเมินพบว่าผู้ป่วยยังมีแขนและขาข้างขวาอ่อนแรงระดับ 2 แขนและขาข้างซ้ายระดับ 5 ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง Barthel index = 35 คะแนน กล้ามเนื้อแขนขาขวาไม่ลีบ ไม่มีปลายเท้าขวาตก ไม่มีข้อติด จากการติดตามประเมิน ญาติสามารถทำ Passive Exercise ให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ผู้ป่วยเริ่มใช้มือตักอาหารได้

**เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 วันที่ 20 ธันวาคม 2565**

สภาพร่างกายทั่วไปปกติ อาการโดยรวมดีขึ้นมากกว่าปกติ ผู้ป่วยสามารถพูดคุยสื่อสารได้ชัดเจนมากขึ้น บอกว่าช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นแล้ว สามารถตักอาหารรับประทานเองได้ทางปากได้ ไม่มีสำลัก และได้ติดตามประเมินการฝึกบริหารกล้ามเนื้อปาก กล้ามเนื้อลิ้น ผู้ป่วยสามารถฝึกการบริหารกล้ามเนื้อปากและกล้ามเนื้อลิ้นได้ ตรวจร่างกายแขน-ขาข้างขวาอ่อนแรงระดับ 2 แขน-ขาซ้ายระดับ 5 ประเมิน ADL= 8 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ขยับตัวเองได้มากขึ้น ผิวหนังชุ่มชื้นดี ไม่มีรอยแดง ไม่เกิดแผลกดทับเพิ่ม Braden score=19 คะแนน ไม่มีข้อยึดติด ประเมิน Barthel index = 40 คะแนน ผู้ป่วยสามารถบริหารร่างกายโดยใช้มือซ้ายช่วยทำกายภาพบำบัดด้วยตัวเองได้และมีญาติคอยช่วยเหลือและทำกายภาพให้วันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น สัญญาณชีพ

อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส หายใจ 18 ครั้ง/นาที ชีพจร 84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/76 มิลลิเมตรปรอท DTX 119 mg/dl

จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ปัญหาที่แก้ไขหมดแล้ว คือ มีโอกาสเกิดการสำลักเนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวและการกลืนบกพร่อง และการติดต่อสื่อสารด้วยการพูดบกพร่อง เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง จากการประเมินการเยี่ยมครั้งนี้ พบว่า หลังจากเริ่มรับประทานอาหารทางปากได้ บุตรทำอาหารเน้นของทอดที่มีรสเค็มเพื่อให้รับประทานกับข้าวต้ม ผักกาดดอง

**ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะที่ 3**

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ปัญหาที่** 9 ผู้ป่วยและญาติมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับโรคเนื่องจากขาดความรู้ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>อาหารที่จัดให้ผู้ป่วยรับประทานเป็นปลาทอด หมูทอด ประเมินการรับรู้ ความรู้ของผู้ดูแลและผู้ป่วย แนะนำการจัดเตรียมอาหารให้เหมาะสมกับโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงโดย รับประทานอาหารครบส่วนทั้ง 5 หมู่ หลีกเลี่ยงของทอด ผัดที่ใช้น้ำมัน รับประทานอาหารเป็นของต้ม หรือนึ่งแทน งดอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อติดมันและหนัง กุ้ง ปู ปลาหมึก ไข่แดง อาหารที่รับประทานได้ เช่น ไข่ขาว เนื้อปลา ถั่วต่างๆ และรับประทานผัก ผลไม้ เพิ่มกากใยในอุจจาระป้องกันท้องผูก ผู้ดูแลควรออกกำลังกายให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการควบคุมอาหารและไขมันไม่ให้สูงกว่าปกติ ติดตามผลการตรวจระดับไขมันและ HbA1C ตามนัด 2 เดือน<br>**การประเมินผล**<br>หลังให้ความรู้แก่บุตรผู้ป่วย สามารถบอกวิธีในการจัดเตรียมอาหารได้ถูกต้อง และยกตัวอย่างอาหารที่จะใช้ปรุงอาหารในวันต่อไป ถูกต้อง |

การประเมินปัญหาจากการเยี่ยมครั้งที่ 3

มีแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับบริเวณอื่น ผิวหนังมีความชุ่มชื้นและมีความยืดหยุ่นดี ไม่มีรอยแดง หรือรอยถลอกบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่รับน้ำหนักของท่าต่างๆ ประเมิน ADL= 8 คะแนน แผลกดทับเดิมแคบลง และตื้นขึ้นเหลือขนาด 2x3 cms

บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากกล้ามเนื้อแขน-ขาซีกขวาอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองได้น้อยประเมินผล เมื่อประเมินพบว่าผู้ป่วยยังมีแขนและขาข้างขวาอ่อนแรงระดับ 2 แขนและขาข้างซ้ายระดับ 5 ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง Barthel index = 40 คะแนน กล้ามเนื้อแขนขาขวาไม่ลีบ ไม่มีปลายเท้าขวาตก ไม่มีข้อติด จากการติดตามประเมิน ญาติสามารถทำ Passive Exercise ให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ผู้ป่วยเริ่มใช้มือตักอาหารได้ หวีผมเอง และพลิกตะแคงตัวได้เองมากขึ้น

ก่อนสิ้นสุดการเยี่ยม ประเมินความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยอีกครั้ง ทบทวนความรู้ที่ให้แก่บุตรสาว และผู้ป่วยรับปากว่าจะปฏิบัติต่อเนื่อง แจ้งว่านักกายภาพจะมาทำให้อีก 2 ครั้ง หลังจากนั้นจะเป็นผู้ดูแลในชุมชน อสม. Care Giver มาดูแลต่อเนื่องเป็นระยะ ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมอีกจำนวน 2 ครั้ง โดยทีม IMC ครบ 6 เดือนผู้ป่วยมีพัฒนาการด้านการฟื้นฟูสภาพที่ดี Barthel index 40 เพิ่มเป็น 60 คะแนน Motor Power แขนและขาข้างขวาอ่อนแรงระดับ1เพิ่มเป็นระดับ 4 ADL= 11 คะแนน แผลกดทับเดิมหายไม่พบแผลกดทับใหม่ Braden score=21 คะแนน

**อภิปรายผล**

เนื่องจากมี Care Giver คนเดียว ผู้ศึกษาจึงได้ช่วยทำกายภาพและสอนให้ผู้ดูแลช่วยทำและทำไปด้วยกันเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากทำด้วยตนเองมากขึ้น นอกจากให้ทำกายภาพแล้ว ได้ฝึกให้ทำกิจกรรม

ง่าย ๆ เช่น การป้อนข้าว เพื่อให้รู้สึกความมีคุณค่าและไม่เกิดความเบื่อหน่าย และจัด Care Giver ซึ่งผ่านการฝึกอบรมแล้วเข้ามาดูแลทุกสัปดาห์ เพื่อช่วยเหลือบุตร ระยะแรกผู้ป่วย ท้อแท้ ผู้ศึกษาให้คำแนะนำ ไม่มีกำลังใจในการดูแลตนเอง ผู้ศึกษาจึงพูดคุยให้กำลังใจ และติดตามเยี่ยมเข้าระบบLong Term Care แนะนำเพื่อนบ้านมาพูดคุยด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและฝึกการทำกายภาพด้วยตนเองสม่ำเสมอ[1]

ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีความเสื่อมสภาพตามอายุ ร่วมกับการมีโรคเรื้อรังประจำตัวที่เป็นอยู่ การฟื้นฟูสภาพของร่ายกายจากโรคหลอดเลือดสมองจะทำได้ค่อนข้างยาก ในระยะพักฟื้นจะมีร่างกายอ่อนแอ ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ การทำกายภาพบำบัดเป็นประจำ จะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมร่างกายและเคลื่อนไหวได้ดียิ่งขึ้น และพยาบาลควรเน้นวิธีป้องกันให้กับผู้ป่วยและญาติซึ่งเป็นวิธีการที่ดีที่สุด สำหรับวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม จัด อาหารที่มีไขมันสูง ออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนัก งดสูบบุหรี่[4]

**ข้อเสนอแนะ**

1. โรงพยาบาลควรมีคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

2. พยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในทุกหน่วยบริการที่อยู่ในชุมชน โรงพยาบาล ควรมีความรู้ความเข้าใจถึงโรคหลอดเลือดสมอง สามารถที่จะช่วยเหลือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เบื้องต้น ติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ

3. ทุกโรงพยาบาลควรมีระบบส่งต่อผู้ป่วยโดยตรงระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลในเครือข่าย เพื่อการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องทันเวลา

## เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). รูปแบบในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวและผู้ดูแล.กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเทพเพ็ญวานิสย์.
2. กีรดา ไกรนุวัตร และรักชนก คชไกร. (2561). การพยาบาลชุมชน (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1). โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. นลินี พสุคันธภัค, สายสมร บริสุทธิ์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, (2559). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
4. ปาณิศา บุณยรัตกลิน. (2561). การดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน: บทบาทพยาบาล. วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย; 11(1): 47-59.
5. สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2564). สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.;37(4):54-60.
6. สมสมัย รัตนกรีฑากุล, สุรีย์รัตน์ ธนากิจ, นิสากร กรุงไกรเพชรและอริสรา ฤทธิ์งาม. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: กรณีศึกษานวัตกรรมการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด. วารสารวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 26(1): 1-9.
7. World Stroke Organization: (2017). Campaign Advocacy Brochures 2017. http://www.worldstroke.campaign.org/images/wsd2017/brochures2017/WSD_brochure_FINAL_sponsor_.pdf .

# การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดระบบทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ : กรณีศึกษา

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

(Received: February 21,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**ไฉไล กลิ่นอุ่น**[1]
**Chailai Klinoun**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดระบบทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติโดยศึกษาในผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 20 กรกฎาคม 2566 ด้วยอาการสำคัญ หน้ามืด วูบ ใจสั่น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับ EKG: SVT rate 235 ครั้ง/นาที มีอาการถ่ายเหลวบ่อย

ผลการศึกษา: วินิจฉัย Sepsis with Atrial fibrillation ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ Syncohronized 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**

This study was case study aimed to study nursing care of gastrointestinal tract infection patients with sepsis with atrial fibrillation. Study a 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.

Results: diagnosed as atrial fibrillation with sepsis. The patient was intubated. The data showed Syncohronized 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] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านหมี่

**บทนำ**

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะที่การอักเสบแพร่กระจายทั่วร่างกายโดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อหรือตัวกระตุ้นอื่นๆ และส่งผลให้เกิดอันตรายรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ อัตราเสียชีวิตจากภาวะ Sepsis ประมาณร้อยละ 40 ในผู้ใหญ่ และร้อยละ 35 ของผู้ป่วย Septic shock มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และที่ระบบทางเดินหายใจ[3]ภาวะ Septic shock ส่งผลให้มี Inflammatory response ทั่ว ๆ ไปในร่างกาย เช่น เกิดภาวะหลอดเลือดส่วนปลายขยายตัวและมีการสูญเสียสารน้ำออกนอกหลอดเลือดดำทำให้เกิดภาวะพร่องสารน้ำในร่างกาย รวมทั้งสารต่างๆ ยังทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (Myocardial dysfunction) การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อส่วนปลายบกพร่อง ทำให้เกิดภาวะที่เซลล์ต่างๆ ไม่สามารถนำออกซิเจนออกไปใช้ได้ จากสถิติอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจาก Septic shock ในโรงพยาบาลบ้านหมี่ ปี 2564-2566 พบจำนวน 287, 320 และ 324 ตามลำดับ[2]

ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหนึ่ง คือหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ มีทั้งเต้นช้าและเต้นเร็ว ส่วนใหญ่เต้นเร็วและไม่สม่ำเสมอ ทำให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายลดลง Atrial Fibrillation (AF) เป็นอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะที่พบบ่อยที่สุด ถึงแม้ไม่ทำให้เสียชีวิตแต่อาจนำมาซึ่งภาวะรุนแรงมากขึ้น เช่น เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติชนิดอื่น ทำให้อ่อนเพลียเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต หัวใจล้มเหลวได้[1] จากสถิติโรงพยาบาลบ้านหมี่พบผู้ป่วยมีภาวะ Atrial Fibrillation จำนวน 215 ราย, 235 ราย และ 256 ราย ตามลำดับ[2] จากความรุนแรงของทั้ง 2 ภาวะดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้องตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาลให้ความช่วยเหลือ ให้ปลอดภัยจากภาวะช็อกโดยเร็วที่สุด ระบบการไหลเวียนโลหิตกลับคืนสู่สภาวะปกติดังเดิม รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

**ผลการศึกษา**

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้างทั่วไป เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 20 กรกฎาคม 2566 ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชัยบาดาลตามสิทธิ

**อาการสำคัญ**

หน้ามืด วูบ ใจสั่น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

**อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน**

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

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต**

ป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 8 ปี รับยาไม่ต่อเนื่อง ตรวจพบโรคหัวใจชนิด Dilated cardiomyopathy (DCM), AF ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 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 ริมฝีปากซีดเล็กน้อย ปลายมือ ปลายเท้าเย็น บ่นหายใจไม่อิ่ม วัด $O_2$ Saturation 95%

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

ระดับน้ำตาลในเลือด 230 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร WBC 12,660 cell/$mm^3$ Hemoglobin 7.9 กรัมต่อเดซิลิตร Hematocrit 23.5% BUN 34 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร Creatinine 3.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อัตราการกรองของไต (eGFR) ต่ำ 41 l/min/1.73$m^2$ 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 Syncohronized cardioversion 50 J ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ตามวิสัญญีใส่ท่อช่วยหายใจ ET-tube no.7.5 dept 22 cms หลังจากนั้นให้เข้าไปดูแลรักษาตัวที่หอผู้ป่วยวิกฤตจนถึงวันที่ 4 กันยายน 2566

หลังจากผู้ป่วยย้ายกลับมาดูแลต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On ET-tube with $O_2$ 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 สามารถรับประทานได้ดี ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน อาการถ่ายเหลวน้อยลง อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับจำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 9 กันยายน 2566 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 23 วัน ระหว่างรับไว้ดูแล พบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

**ปัญหา และกิจกรรมการพยาบาล**

**ตารางที่ 1 ปัญหา และกิจกรรมการพยาบาล**

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **การพยาบาลระยะวิกฤต**<br>**ปัญหาที่ 1** ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากการเต้นของหัวใจผิดปกติ<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>รู้สึกตัว เหงื่อออกตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเย็น บ่นหายใจไม่อิ่ม EKG: SVT | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ขณะแรกรับ Absolute bed rest เพื่อลดการใช้พลังงานของร่างกาย ลดอัตราการทำงานของหัวใจ พร้อมอธิบายความจำเป็นของการ Absolute bed rest แก่ผู้ป่วย ให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดย On $O_2$ mask with bag 10 LPM เพื่อลดอัตราการใช้พลังงานของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจและเพิ่ม $O_2$ ให้แก่หัวใจ ลดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไป เลี้ยง จัดให้นอนศีรษะสูง เพื่อให้กระบังลมขยายตัวสะดวก ไม่กดเบียดหัวใจ เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเต็มที่ Monitor NIBP, $O_2$ saturation วัด $O_2$ saturation เพื่อประเมินการได้รับ $O_2$ ของร่างกายว่าเพียงพอ หรือไม่ พร้อมทั้งติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ดูแลให้ยา |

**ตารางที่ 1 ปัญหา และกิจกรรมการพยาบาล**

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| rate 235 ครั้ง/นาที ชีพจร 220 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 93/54 มิลลิเมตรปรอท 10 หลังรับไว้ดูแลผู้ป่วยหยุดหายใจ | Adenosine 6 mg iv bolus load codarone 300 mg in 5% D/W 200 ml in 30 min Syncohronized cardioversion 50 J เพื่อแก้ไขปัญหาหัวใจเต้นผิดปกติ 10 นาทีต่อมาพบว่าผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น Syncohronized cardioversion 100 J ตามวิสัญญีใส่ท่อช่วยหายใจ ET-tube no.7.5 dept 22 cms ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ ยึดตรึงท่อ ส่ง film chest พบ minimal Lt lung infiltration เตรียมผู้ป่วยย้ายไปรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต<br>**การประเมินผล**<br>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** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>On ET-tube no.7.5 dept 22 cms หลังเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ตรวจดูตำแหน่งท่อหลอดลมคอให้ tube ขีดหมายเลข 22 อยู่ตรง มุมปาก บีบลมเข้าปอดและสังเกตดูว่าทรวงอกขยายได้เท่ากันทั้งสองข้าง ฟังเสียงลมเข้าปอดได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง และดูตำแหน่งจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก พบว่าปลายท่อหลอดลมคออยู่เหนือ carina 1 ½ นิ้ว จึงต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ Bird ' respirator ยึดตรึงท่อหลอดลมคอให้แน่น เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดจากตำแหน่งที่พอดี ในระหว่าง On Bird ' respirator และเตรียมย้ายผู้ป่วยให้การดูแลโดย ดูแลสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้หักพับงอ พร้อมทั้งดูแลให้เครื่องทำงานอย่างสม่ำเสมอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะอย่างนุ่มนวล เมื่อพบว่ามีเสียงเสมหะในท่อหลอดลมคอช่วยหายใจ 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 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจน โดยทำกิจกรรมพยาบาลในคราวเดียวกัน และให้ญาติเยี่ยมตามความเหมาะสม<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วย ชีพจร 112 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/68 มิลลิเมตรปรอท |
| **ปัญหาที่ 3** เสี่ยงต่อการเกิดเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่สมอง เนื่องจากมีความผิดปกติการเต้นของหัวใจชนิด AF<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>EKG: SVT rate 235 ครั้ง/นาที | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS ติดตามวัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินการไหลเวียนของเลือดที่ออกจากหัวใจ และปริมาณปัสสาวะที่ออกในขณะที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้แก่กล้ามเนื้อหัวใจ และลดภาวะขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อสมอง โดย On ET tube $\bar{c}$ Bird ' respirator และดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพระหว่างรอย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤต<br>**การประเมินผล**<br>ระดับความรู้สึกตัว GCS 10T คะแนน (E4VtM6) ผลการตรวจ EKG เป็น Sinus thachycadia rate 120-138 ครั้ง/นาที |
| **ปัญหาที่ 4** เสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินสัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) อาการและอาการแสดงของภาวะ sepsis ระดับความรู้สึกตัว โดยจดบันทึกทุก 15 นาที keep MAP ≥ 65 mmHg จัดการให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือด |

**ตารางที่ 1 ปัญหา และกิจกรรมการพยาบาล**

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| ผู้ป่วยมีไข้ ปวดท้อง มีถ่ายเหลวก่อนมาโรงพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบ WBC 12,660 cell/cu.m.m หลังจากได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดและยาตามแผนการรักษาแล้ววัดความดันโลหิตซ้ำ ความดันโลหิต 93/54 มิลลิเมตรปรอท | ดำชนิด RLS load 1000 ml. iv load ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมิน tissue perfusion และประสิทธิภาพการทำงานของไต โดย keep urine output ≥30 ml./hr หากปัสสาวะออกน้อยกว่าที่กำหนดรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป ส่งตรวจ Hemoculture และดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm iv stat<br>**การประเมินผล**<br>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<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>มีประวัติโรคเบาหวาน 8 ปี เจาะ DTX stat = 233 mg/dl | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>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 ตามระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 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 ชีพจรเบาเร็ว<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ RI 1 ชั่วโมง 103 mg/dl |
| **ปัญหาที่ 6** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโปแตสเซี่ยมต่ำ<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ K 2.7 mmol/L | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ดูแลให้ได้รับ Elixer KCL 30 ml ทาง NG feed บันทึกสัญญาณชีพ ความดันโลหิตทุก 30 นาที หลังให้ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงโซเดียมต่ำ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ซึมสับสน กล้ามเนื้อเกร็ง อาการชัก และไม่รู้ตัว Monitor EKG ติดตามการเต้นของหัวใจ บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย<br>**การประเมินผล**<br>หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวดี ไม่เกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการให้โพแทสเซียมทางหลอดเลือดดำ คลื่นไฟฟ้าหัวใจยังผิดปกติ เต้นเร็ว ติดตามผล K 3.4 mmol/L |
| **ปัญหาที่ 7** ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ภรรยาร้องไห้หลังผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และมีการติดสายอุปกรณ์ต่างๆ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรคสาเหตุการเกิดและแนวทางในการรักษาพยาบาลอย่างง่ายๆ สั้นๆ ในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจ คือ ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ และสงสัยการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในการแสเลือดได้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน ประเมินความเข้าใจหลังการอธิบาย ให้กำลังใจ ลดความวิตกกังวลต่าง ๆ ดูแลและส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น เช็ดตัวลดไข้<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง เข้าใจแผนการรักษาแพทย์ |

**ตารางที่ 1 ปัญหา และกิจกรรมการพยาบาล**

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ปัญหาที่ 8** เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤต<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤต มีอุปกรณ์ติดตัวหลายอย่าง ได้แก่ สายน้ำเกลือ สายออกซิเจน เครื่องปรับหยดน้ำเกลือ ถังออกซิเจน | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งไปหอผู้ป่วยพร้อมทั้งบันทึกอาการไว้เป็นหลักฐาน ตรวจดูให้ได้รับสารน้ำตามจำนวนหยดในแผนการรักษา ตรวจดูสายยางออกซิเจน ท่อหายใจ ไม่ให้หัก งอ หลุด หรืออุดตัน ตรวจสภาพรถเปลนอน ไม่ชำรุด มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง และมีถังออกซิเจนสภาพพร้อมใช้งานได้ทันที ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โดยบอกประวัติอาการสำคัญ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย และเมื่อได้รับคำตอบว่าพร้อมที่จะรับผู้ป่วย จึงส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป จัดพยาบาลตามไปส่งผู้ป่วยโดยขณะเคลื่อนย้ายสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เมื่อถึงหอผู้ป่วยบอกอาการ การรักษาที่ให้กับผู้ป่วยขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย |
| **การพยาบาลระยะต่อเนื่อง**<br>**ปัญหาที่ 9** เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>หลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วย On $O_2$ T-piece 10 LPM วางแผน off ET-tube | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินความพร้อมการหย่าเครื่องช่วยหายใจหลัง $O_2$ T-piece 10 LPM ได้ 24 ชั่วโมง ประเมิน สัญญาณชีพปกติ No sedative drug, O2 Sat >90 %, การหายใจ< 30 ครั้ง/นาที, Hct > 25%, Electrolyte โดยเฉพาะโปรแตสเซียมปกติ ไอ แรงดี เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจ โดยให้ข้อมูล ขั้นตอนการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยสื่อสารความต้องการ ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะเพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดกั้น ดูแลจัดท่าศีรษะสูง 30 – 45 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลม และป้องกันการสำลัก ฝึกผู้ป่วยให้ผ่อนคลาย เพื่อลดความกังวล เช่นการฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ<br>**การประเมินผล**<br>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** พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง ตะแคงตัวไม่ค่อยไหว บอกอ่อนเพลียไม่มีแรง | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงประโยชน์ของการพลิกตะแคงตัวและการบริหารร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ตรวจสอบสภาพผิวหนังโดย เฉพาะปุ่มกระดูก ตรวจดูรอยแดง หรือตุ่มน้ำพอง และประเมิน Barden scale ทุก 24 ชั่วโมง โดยให้ปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่มีแรงกดมาก ๆ ลอยตัว โดยใช้หมอนรองบริเวณปุ่มกระดูก และเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยทุก 2-3 ชั่วโมง รักษาผิวหนังให้สะอาดแห้งเสมอ ทาผิวหนังด้วยครีมหรือโลชั่นทิ้งให้แห้งเพื่อลดแรงเสียดสีกับพื้นที่นอน รักษาความสะอาดของเตียงนอน ที่นอน ให้แห้งไม่เปียกชื้น เรียบตึงอยู่เสมอ รักษาความสะอาดผิวหนังบริเวณ perineum และก้นกบเมื่อมีการไหลซึมของอุจจาระปัสสาวะ ทำการเคลื่อนไหวข้อทุกข้อ นวดบริเวณปุ่มกระดูกและผิวหนัง และกระตุ้นให้มีการบริหารของกล้ามเนื้อที่ทำได้บ่อย ๆ โดย จัดตารางการทำกายภาพ ร่วมกับญาติโดยให้ทำวันละ 3 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง เริ่มบริหารสอนญาติให้รู้จักวิธีการช่วยพลิกตะแคงตัวและจัดท่านอนที่เหมาะสม ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อและผิวหนัง<br>**การประเมินผล** กล้ามเนื้อแขนขาไม่ลีบ ช่วยเหยียด-งอแขนขาทั้ง 2 ข้าง และช่วยกระดกข้อมือข้อเท้าได้เต็มพิสัย ไม่พบแผลกดทับ หลัง off ET-tube 1 วัน ลุกลงจากเตียงพยุงเดินได้ |

**อภิปรายผล**

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง จากภาวะหัวใจล้มเหลวถ้าได้รับการรักษาล่าช้า พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้ยากดการทำงานของหัวใจ Amiodarone ซึ่งเป็นยาความเสี่ยงสูง ตรวจวัดความดันโลหิตชีพจรทุก 5-10 นาที สังเกตการเปลี่ยนแปลงของ EKG และเมื่อมีอาการผิดปกติจะสามารถหยุดยาได้ เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤต ได้รับการวางแผนการจำหน่าย[4] ผู้ป่วยมีประวัติโรคเบาหวาน ตรวจพบภาวะ DCM ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเมื่อมีอาการหน้ามืด วูบ ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ปลอดภัย แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือ และการเข้ารับการรักษาแบบจริงจัง เมื่อมีเหตุฉุกเฉินโทรศัพท์หมายเลข 1669 และจากการให้ยา Amiodarone ซึ่งเป็นยาความเสี่ยงสูง และมีโอกาสเกิดภาวะ Phlebitis ได้ง่าย พยาบาลต้องคอยตรวจสอบบริเวณให้ยาทุก 4 ชั่วโมง และทุกครั้งที่มีการให้ยาเมื่อมีอาการระคายเคือง ปวด ต้องได้รับการถอดและแทงเส้นใหม่ทันที เพื่อลดอุบัติการณ์ Phlebitis[4,5]

**เอกสารอ้างอิง**

1.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถิติสาธารณสุข. สำนักพิมสยามเจริญ.

2.กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์. (2566). รายงานสถิติการบริการโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี: โรงพยาบาลบ้านหมี่

3.จริยา พันธุวิทยากุล และจิราพร 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 เกตุค้างพลู. (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.

# การพยาบาลรูปแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกร่วมกับไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : กรณีศึกษา

# Supportive nursing care for patients with cervical cancer and end-stage renal failure : a case study.

(Received: February 21,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**ทัศนีย์ ม่วงมี**[1]
**Tassanee Muangmee**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลรูปแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูร่วมกับไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 61 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 14 มีนาคม 2566 ด้วยอาการเลือดออกทางช่องคลอด วินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 4 ร่วมกับมีไตวายระยะสุดท้าย

ผลการศึกษา: ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 5 ครั้ง ไม่ดีขึ้น ได้รับการใส่สาย PCN และส่งต่อให้เคมีบำบัด 2 ครั้ง หยุดให้ยาเนื่องจากอาการผู้ป่วยทรุดลง ขอรักษาแบบประคับประคอง ส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟู ระยะเตรียมการเยี่ยม ศึกษาข้อมูลผู้ป่วย บุตรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะเยี่ยม ประเมินร่างกายช่วยเหลือตัวเองได้ อ่อนเพลีย รับประทานได้น้อย ยังมีเลือดออกทางช่องคลอด ผู้ป่วยเสี่ยงต่อขาดสารน้ำและอาหาร เสี่ยงติดเชื้อบริเวณสาย PCN พร่องความรู้ในการเลือกรับประทานอาหารและการป้องกันการติดเชื้อ มีภาวะซีดมีภาวะเครียดมีซึมเศร้าเล็กน้อยให้การพยาบาลในการประคับประคอง สอนแนะนำผู้ดูแลในการช่วยเหลือบรรเทาความไม่สุขสบาย ให้กำลังใจส่งเสริมพฤติกรรมในการควบคุมอาหารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของไต ติดตามเยี่ยมจำนวน 4 ครั้ง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ไม่พบภาวะซึมเศร้า ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำและมาตรวจรักษาตามนัดสม่ำเสมอ รวมระยะเวลาดูแลผู้ป่วย 2 เดือน

**คำสำคัญ:** การดูแลประคับประคอง, มะเร็งปากมดลูก, ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

**Abstract**

This study was case study aimed to study of supportive nursing care for patients with cervical cancer and end-stage renal failure. Study a 61-years-old Thai female patient was admitted to the hospital on 14 March 2023 with symptoms of vaginal bleeding. The patient was diagnosed with stage 4 cervical cancer and end-stage kidney failure.

Results: The patient received hemodialysis 5 times but did not improve. Then, the patient was received with a PCN and was referred for chemotherapy 2 times. The drug was stopped because the patient's condition worsened. The patient received palliative treatment and was referred to continuing care in the community for care, assistance and rehabilitation. Visit preparation period, nurse studied patient information. The patient's child is the patient's caregiver. During the visit, the nurse assessed the body that the patient is able to help himself, is tired, and eats little. There is still vaginal bleeding. Patients had a risk of lacking fluids and food, a risk of infection around the PCN line, lacking of knowledge in food selection and infection prevention. There is anemia, stress, and slight depression. Nurses provided supportive care, teach and advised caregivers on how to help relieve discomfort, provided encouragement and promotion of dietary control behaviors to increase kidney function, followed up visits for 4 times. Patients had good self-care behaviors, no depression, followed the instructions and came for regular check-ups. Total duration of patient care is 2 months.

**Keywords:** palliative care, cervical cancer, end-stage renal failure

[1] กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

**บทนำ**

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลก จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต จากโรคมะเร็ง 7.6 ล้านคน หรือคิดเป็น 13% จากสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก โดยคาดการณ์ว่าปี 2573 จะมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นปีละ 24 ล้านคนทั่วโลก จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นถึง 13.1 ล้านคน สำหรับมะเร็งปากมดลูกพบเป็นอันดับ 2 ของ มะเร็งในสตรีทั่วโลก รองมาจากมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่ร้อยละ 85 พบในประเทศกำลังพัฒนา[8] ในปี ค.ศ. 2012 พบสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกทั่วโลกประมาณ 527,600 คน คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 อาจมีสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้น 1.5 เท่า สำหรับประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข จากระบบเฝ้าระวังโรคมะเร็งของประเทศไทย ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 6,500 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 2,000 รายต่อปี สตรีไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับ แต่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของสตรีเป็นอันดับ 3 ในการเสียชีวิตจากมะเร็งของสตรีทั่วโลก รองมาจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งปอด[2]

จากข้อมูลทางสถิติของจังหวัดลพบุรี ในปี 2563-2565 พบอัตราป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 0.21, 0.22 และ 0.31 ต่อแสนประชากร ส่วนในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี 2563-2565 พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่จำนวน 51, และ 51 และ 57 รายตามลำดับ [9] พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเยียวยาจิตใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ โดยเฉพาะพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย บรรเทาอาการ หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากพยาธิสภาพของโรคที่ลุกลามและเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะการดำเนินของโรคจนถึงในระยะสุดท้าย พยาบาลจึงให้ความสำคัญและเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รายงานกรณีศึกษานี้จะมีส่วนช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะท้ายได้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

**ผลการศึกษา**

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 61 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพ หย่าร้าง ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 14 มีนาคม 2566

**อาการสำคัญ**

ปวดท้อง เลือดออกทางช่องคลอดไม่หยุด 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน**

2 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีเลือดออกกะปริบกะปรอยมาตรวจ ให้ admit สวนล้างช่องคลอด และตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกส่งตรวจ หลังผลชิ้นเนื้อออก วินิจฉัย มะเร็งปาดมดลูกระยะที่ 4 ส่งเข้าสู่การรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เข้ารับการรักษาและให้เคมีจำนวน 2 ครั้ง ร่างกายรับไม่ได้ หยุดให้ยาเนื่องจากอาการผู้ป่วยทรุดลง ได้ขอรับการรักษาแบบประคับประคอง

1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาลตรวจพบไตวายเรื้อรัง รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 5 ครั้ง ไม่ดีขึ้น ได้รับการใส่สาย PCN ครั้งนี้เลือดออกไม่หยุด เข้ารับการ admit เพื่อหยุดเลือด ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้รักษาแบบประคับประคอง และจำหน่ายวันที่ 17 มีนาคม 2566 ส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อดูแลช่วยเหลือ

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต**

มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ประมาณ 5 ปี รักษาด้วยยารับประทาน Metformin รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า เย็น รับยาสม่ำเสมอ

**การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (INHOMESSS)**

**1. Immobility/impairment**

ความสามารถในการดูแลตนเอง รู้สึกตัวดี ซีด อ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องมีญาติคอยพยุงเข้าห้องน้ำ ประเมิน PPS score 70 %, Pain score = 0 คะแนน

**2. Nutrition**

ภาวะโภชนาการ ซีด ซูบผอม รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักตัว 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 157 เซนติเมตร BMI 18.25 kg/mm2

**3. Home environment**

สภาพแวดล้อมในบ้าน/รอบบ้าน เป็นบ้านปูนชั้นเดียว มั่นคง แข็งแรง กั้นแบ่งห้องชัดเจน อยู่ในย่านชุมชน แสงสว่างภายในบ้านพอเพียง

**4. Other people**

สัมพันธภาพกับครอบครัว ผู้ป่วยหย่าร้างกับสามี ตั้งแต่คลอดบุตรคนที่ 3 มีบุตรด้วยกัน 3 คน อยู่ในความดูแลของบุตรทั้ง 3 คน มีความรักใคร่กลมเกลียวกันในครอบครัว

**5. Medication**

1. Vitamin B. complex รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า เย็น

2. Folic acid 5 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า

3. Metformin รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า เย็น

**6. Examination**

ประเมินและตรวจร่างกาย

สภาพทั่วไป : รูปร่างผอม ซีด สีหน้าเรียบเฉย ผิวขาวเหลือง

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/76 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท :พูดคุยถามตอบรู้เรื่องดี ทำตามคำสั่งได้ รู้วัน เวลา สถานที่

ระบบต่อมไร้ท่อ : DTX = 115-142 mg/dl

หัวใจและหลอดเลือด :เสียงหัวใจปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้งต่อนาที Systolic murmur S1, S2 ปกติ

ระบบหายใจ : หายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีเสียง Wheezing และเสียง Crepitation

ระบบทางเดินอาหาร :คลำบริเวณหน้าท้องนุ่มเคาะโปร่ง ไม่มีท้องอืด เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound) 5-6 ครั้งต่อนาที

ระบบปัสสาวะ :ใส่สาย PCN ข้างซ้าย ต่อลงถุงรองรับปัสสาวะ

**7. Safety**

เตียงที่ใช้นอนไม่มีไม้กั้นเตียง

**8. Service**

บริการที่ได้รับ 1669 สามารถเข้าถึงภายใน 10 นาที

**9. Spiritual**

เชื่อเรื่องบาป และบุญ รู้สึกเป็นภาระต้องพึ่งพาลูกมาดูแล

**สรุปอาการและอาการแสดง**

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้รับประสานงานจากหอผู้ป่วยผ่านระบบ Thai COC อาการของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ซีด อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยเล็กน้อย ใส่สาย PCN มีปัสสาวะออกสีเหลืองใส ออกประมาณ 200 ml มีแผลกดทับที่ก้นกบขนาด 3x5x6 cm วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส, ชีพจร 68 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 100/64 มิลลิเมตรปรอท, วัด O2sat = 97% Room air, ประเมิน PPS score 70 %, Pain score = 0 คะแนน, DTX = 142 mg/dl จากข้อมูลระบบ Smart COC โดยระบุปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่หลงเหลืออยู่ ได้แก่ การติดตามภาวะเลือดออกและภาวะซีด, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, การดูแลแผลกดทับ, และการดูแลผู้ป่วยขณะใส่สาย PCN, การส่งเสริมโภชนาการและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จากข้อมูลที่ได้รับจึงได้จัดตารางออกเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ใน วันที่ 23 มีนาคม 2566

**ระยะก่อนเยี่ยม**

ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน นัดญาติ (บุตรผู้ป่วย) ประเมินความรู้ความเข้าใจ (ตาม D-METHOD) **Disease** : เข้าใจโรคและภาวะเจ็บป่วย **Medication** : รู้ข้อมูลยาและข้อพึงระวัง อาการไม่พึงประสงค์ ทำให้ง่วงซึม **Environment** : มีการเตรียมสิ่งแวดล้อม เตียงปรับระดับได้ ที่นอนลม เครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็น ได้แก่ set ทำแผล, น้ำยาล้างแผล **Treatment** : มีการฝึกทักษะที่จำเป็นในเรื่องการดูแลความสะอาดทั่วไป, การทำแผลกดทับ, การดูแลสาย PCN **Health** : รู้ข้อจำกัดด้านสุขภาพ เฝ้าระวังอาการผิดปกติ **Out patient** : รู้เรื่องการมาตามนัดและการส่งต่อ เรียกรถฉุกเฉิน 1669 เมื่อจำเป็น **Diet** : รู้เรื่องการจัดการอาหารที่เหมาะสมกับโรค และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง พยาบาลชุมชนประเมินความพร้อมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ ได้แก่ เตียง ที่นอนลม อุปกรณ์ทำแผล สิ่งแวดล้อม ประสานพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใกล้บ้านร่วมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ญาติวิตกกังวล กลัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และกังวลเกี่ยวกับภาวการณ์เจ็บป่วย ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม แต่ไม่ทราบการดำเนินของโรคชัดเจน ผู้ป่วยมีแผลกดทับ ใส่สาย PCN บุตรผู้ดูแลผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่นเมื่อทราบว่าผู้ป่วยจะได้กลับบ้าน ได้เข้ามาสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล และสอบถามถึงเรื่องที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล อธิบายและให้คำแนะนำร่วมกับพยาบาลในหอผู้ป่วย ร่วมกันวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) และการดูแลในสิ่งที่ยังค้างคาใจ รวมถึงการตัดสินใจในการรับการรักษาระยะสุดท้ายในด้านการใส่เครื่องช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ และชี้แจงให้ทราบว่า หากมีอาการรบกวนมาก หรือเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากโรค ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถบอกความต้องการเพื่อบรรเทาอาการรบกวนได้ สามารถขอความช่วยเหลือได้ เมื่อมีปัญหาขณะดูแลผู้ป่วย เตรียมวัสดุการทำแผลต่อเนื่องที่บ้าน ประสานยืมที่นอนลม แจ้งกำหนดการเยี่ยมเพื่อให้การช่วยเหลือเยี่ยมครั้งแรกในวันที่ 23 มีนาคม 2566 และกำหนดการเยี่ยม 4 ครั้ง ดังนี้

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 23 มีนาคม 2566
เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 30 มีนาคม 2566
เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 6 เมษายน 2566
เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 วันที่ 13 เมษายน 2566

**ระยะเยี่ยม**

**เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 16 มีนาคม 2566**

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 61 ปี นอนพักอยู่บนเตียงที่ห้องโถงในบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ซีด อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยเล็กน้อย ใส่สาย PCN มีปัสสาวะออกสีเหลืองประมาณ 200 ml สายปัสสาวะขุ่น มีแผลกดทับที่ก้นกบ ขนาด 5x6x3 cm วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส, ชีพจร 68 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 100/64 มิลลิเมตรปรอท, วัด O2sat= 97% Room air ประเมิน PPS score 70 % , Pain score = 0 คะแนน ผู้ป่วยบ่นท้อแท้กับโรคที่เป็น แต่ได้รับกำลังใจจากลูกๆ ที่ทำให้อยู่ต่อได้ รู้สึกไม่สุขสบายจากอาการปวดท้องบ่อยๆ และมีอาการคลื่นไส้ เวลารับประทานอาหาร รับประทานข้าวต้มขาวกับกับข้าวได้เล็กน้อย เช่น ไข่เค็ม ผักกาดผัด

สรุปผลการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน มีแผลกดทับ อาจเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่สุขสบายจากอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง และท้อแท้ พร่องความรู้ ความเข้าใจในการดูแลแผลกดทับ พบปัญหาการพยาบาล

**ตารางที่ 1 ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะที่ 1**

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ปัญหาที่ 1** เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลกดทับ<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>มีแผลกดทับระดับ 3 ที่ก้นกบ ขนาด 3x5x6 cm ประเมิน PUSH Tool = 13 คะแนน ลักษณะแผลมีเนื้อตายสีเหลืองเล็กน้อย ลุกนั่ง มีคนช่วยพยุงเดินเข้าห้องน้ำได้ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก และส่วนที่รับน้ำหนักที่ถูกกดทับ พบมีรอยชีดซ้ำแดงหรือบวม ประเมินสัญญาณชีพ วัดอุณหภูมิ จับชีพจร และวัดความดันโลหิต สังเกต อาการแสดงการติดเชื้อ เช่น มีไข้ อุณหภูมิ T> 38 องศาเซลเซียส,P> 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ>20/ นาที, ประเมินลักษณะแผล ด้วยแบบประเมินการหายของแผลกดทับ (PUSH TOOL) ประกอบด้วยพื้นที่แผล กว้างxยาว สิ่งขับหลั่ง ลักษณะพื้นแผล ความลึกของแผล แนะนำการดูแลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ล้างมือก่อนและหลังทำแผล การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ การทำความสะอาดแผลอย่างนุ่มนวลและล้างทำความสะอาดแผลอย่างทั่วถึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยขจัดสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ประเมินสิ่งขับหลังถ้ามากเกินไปจะทำให้ผิวหนังรอบ ๆ แผลเปื่อยยุ่ยเป็นอาหารของแบคทีเรียมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นได้ ต้องให้ความชุ่มชื้นแก่แผล ซึ่งนำไปสู่การหายของแผล ทำแผลด้วย NSS ส่วนแผลที่เนื้อตายสีเหลือง ให้ใช้น้ำยาช่วยย่อยสลาย packไว้ 15 นาที ล้างด้วย NSS และให้ความชุ่มชื่น Pack ผ้าก๊อสชุบน้ำเกลือหมาดๆ ปิดไว้ ดูแลทำแผลอย่างถูกวิธี ดูแลสภาพผิวหนังไม่ให้เปียกชื้นจากการสัมผัสอุจจาระจะทำให้เพิ่มความเป็นกรดด่าง บริเวณผิวหนังทำให้ระคายเคือง ต้านทานเชื้อโรคได้ลดลง การลดการสัมผัสเชื้อโรค ได้แก่ ทำความสะอาดทันทีหลังขับถ่ายหรืออย่างช้าไม่เกิน 30 นาที เลือกใช้สบู่เหลวสำหรับทารกซึ่งมีค่าความเป็นกรด-ด่างอยู่ในช่วง 5.2-5.5 ซึ่งมีค่าความเป็นกรดเล็กน้อยมีผลดีต่อการกำจัดเชื้อแบคทีเรียบริเวณผิวหนังและใช้โคล์ดครีม (Cold cream) กรณีผิวแห้ง ช่วยให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง ระมัดระวังไม่ให้อุจจาระหรือปัสสาวะสัมผัสกับแผล หากปนเปื้อนต้องทำแผลใหม่ทุกครั้ง สอนการป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน โดยดูแลพลิกตะแคงตัวเองทุก 2 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต การจัดท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา มีหมอนคั่นระหว่างเข่าทั้ง 2 ข้าง พร้อมกับยกข้อพับเข่าไม่เกิน 45 องศา และส้นเท้าลอย จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายโดยให้เอียง เช่น ท่านอน ต้องจัดให้ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา กับแนวระนาบ ซึ่งจะช่วยให้ออกซิเจนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณปุ่มกระดูกโคนขา การใช้ที่นอนเสริมลดแรงกดชนิดมีการเคลื่อนที่ของลมและชนิดที่ไม่มีการเคลื่อนที่ของลม สามารถช่วยกระจายแรงกดที่เกิดกับหลอดเลือดฝอยกับที่นอนได้ ส่งผลให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงได้อย่างเพียงพอ การดูแลภาวะโภชนาการส่งเสริมการหายของแผล เพิ่มอาหารประเภทโปรตีน ได้แก่ เพิ่มไข่หรือเนื้อสัตว์ในอาหาร จะช่วยในการคงสภาพระบบการไหลเวียนเลือดและส่งเสริมความสมบูรณ์ของผิวหนัง ติดตามความก้าวหน้าของแผลกดทับ โดยสอนให้ญาติประเมินแผล และบันทึกรูปภาพส่งทาง LINE ให้พยาบาลทราบทุกสัปดาห์หรือสังเกตว่าแผลมีความผิดปกติ เช่น มีหนอง มีเนื้อตายเพิ่มขึ้น สนับสนุนอุปกรณ์ทำแผล ผ้าก๊อส สำลี น้ำยาล้างแผลและวัสดุปิดแผลจากโรงพยาบาลทุกเดือน สำหรับอุปกรณ์ set ทำแผล ให้เบิกจากกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เดือนละ 1 ครั้ง<br>**การประเมินผล**<br>แผลกดทับแดงดี แห้งไม่เป็นหนอง ไม่มีเนื้อตาย ไม่มีกลิ่นเหม็น ขนาดแผลเท่าเดิมทุกตำแหน่ง อุณหภูมิกาย 36.5-37.0 องศาเซลเซียส ไม่พบแผลกดทับเพิ่มขึ้น ญาติมีความรู้ ความเข้าใจในการทำแผลที่ถูกต้อง มีการส่งภาพแผลให้พยาบาลทราบเป็นระยะ ปัญหานี้ยังต้องติดตามประเมินผลในการเยี่ยมครั้งต่อไป |
| **ปัญหาที่ 2** เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะบริเวณสาย PCN<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ใส่สาย PCN มีปัสสาวะออกสีเหลืองประมาณ 200 ml สายปัสสาวะขุ่น | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>โดยยึดหลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัดทุกกระบวนการ ดูแลให้ทางเดินปัสสาวะไหลสะดวกอยู่ในระบบปิด และอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะป้องกันการไหลย้อนกลับ ตรวจดูให้ปัสสาวะไหลลงถุงรองรับปัสสาวะได้สะดวก ดูแลมิให้สายระบายปัสสาวะเกิดการอุดตัน อย่าให้ท่อหัก พับ งอ และให้ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ และในทิศทางตั้งฉากกับพื้น เพื่อป้องกันปัสสาวะไหลย้อนกลับ โดยถุงรองรับปัสสาวะไม่วางติดพื้น ตรวจอุณหภูมิของร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง แนะนำญาติประเมินอาการแสดง มีไข้ ปัสสาวะขุ่นมีตะกอน สังเกตปริมาณปัสสาวะที่ออกมา หากพบผิดปกติ รายงานให้พยาบาลทราบเพื่อปรึกษาแพทย์ต่อไป ก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วยจะต้อง |

**ตารางที่ 1 ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะที่ 1**

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | ล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ป้องกันการเคลื่อนของสาย PCN โดยเฉพาะการเคลื่อนเข้า-ออกของสาย PCN ตรึงสาย โดยปิดพลาสเตอร์บริเวณสีข้าง แนะนำให้ทำความสะอาดบริเวณแผล PCN วันเว้นวัน อวัยวะสืบพันธุ์ทำความสะอาดด้วยน้ำและน้ำสบู่ และซับให้แห้งอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือเมื่อเปื้อนสกปรก ก่อนและหลังเทปัสสาวะให้ล้างมือทุกครั้งเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และเมื่อมีการดูแลผู้ป่วยควรเทปัสสาวะเมื่อมีปริมาณปัสสาวะมากกว่า 2 ใน 3 ของถุง เช็ด 70% Alcohol ที่ข้อต่อ ก่อน-หลังเทปัสสาวะทุกครั้ง และเทปัสสาวะออกจากถุงรองรับปัสสาวะทุกๆ 8 ชม. แนะนำให้รับน้ำระหว่างมื้อ อย่างน้อย 500 ml/วัน เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก **การประเมินผล** ไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย 36.5-37.0 องศาเซลเซียส ไม่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปัญหานี้ยังต้องติดตามประเมินผลในการเยี่ยมครั้งต่อไป |
| **ปัญหาที่ 3** มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารน้ำและอาหาร<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>มีอาการอ่อนเพลีย ซีด ไม่มีแรง รูปร่างผอม ริมฝีปากแห้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Albumin 2.9 g/dl (3.8-5,5), Hemoglobin 7.4 g/dl (12-18), HCT 23% (36-54) | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารโดยสอนการปั่นอาหารสูตรชนิดดื่ม BD (1:1) 350 ml x 4 มื้อ เสริมไข่วันละ 2 ฟองตามด้วยน้ำ 50 ml/มื้อ อย่างครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้น้ำระหว่างมื้อ รวมประมาณ 500 ml/วัน สังเกตความยืดหยุ่นของผิวหนัง (skin turgor) ริมฝีปาก และอาการน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อแพทย์นัดมาตรวจซ้ำ<br>**การประเมินผล**<br>ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ความยืดหยุ่นของผิวหนัง (skin turgor) เท่าเดิม ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ หายใจปกติ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส น้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้น ระดับอัลบูมินในเลือด > 3 กรัม, ค่า Hb 9 g/dl, Hct 25% ปัญหานี้ยังต้องติดตามประเมินผลในการเยี่ยมครั้งต่อไป |

**เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 30 มีนาคม 2566**

ผู้ป่วยนอนพักอยู่บนเตียงที่ห้องโถงในบ้าน รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ซีด อ่อนเพลีย หายใจไม่เหนื่อยหอบ พยุงลุกเข้าห้องน้ำได้ ใส่สาย PCN มีปัสสาวะออกสีเหลือง ออกประมาณ 100 ml สายปัสสาวะขุ่น แผลกดทับที่ก้นกบ ขนาด 3x5x6 cm มี discharge ซึมเล็กน้อย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส, ชีพจร 88 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 100/64 มิลลิเมตรปรอท, วัด O2sat= 97% Room air, ประเมิน PPS score = 70 %, Pain score = 0 คะแนน อาการคลื่นไส้ทุเลา เริ่มรับประทานอาหารอ่อนชนิดอื่นๆ ได้เพิ่มขึ้น จากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 234 mg/dl เนื่องจากผู้ป่วยดื่มน้ำหวานบ่อยในช่วงที่รับประทานอาหารได้น้อย

สรุปผลการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำแผลกดทับต่อเนื่อง มีโอกาสเกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะพบปัญหาการพยาบาล

**ตารางที่ 2 ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะที่ 2**

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ปัญหาที่ 4** ผู้ป่วยมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>พยาบาลได้เจาะหาระดับน้ำตาลจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (Dextrostix; DTX) พบว่าสูง DTX=234 mg/dl จาก | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้เป็นปกติและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม พยาบาลได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการควบคุมเบาหวานผู้ป่วยให้ได้ผลดี และเน้นย้ำให้ผู้ดูแลลดและงดการใส่น้ำตาลในการประกอบอาหาร รวมถึงดูแลไม่ให้ผู้ป่วยรับประทานขนมหวาน สอนและทบทวนการฉีดยาอินซูลินที่ถูกต้อง รวมถึงการเก็บยาในตู้เย็นที่ถูกต้องพร้อมแจกแผ่นพับให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดเบาหวาน นอกจากนี้ยังให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่เกิดจาก |

**ตารางที่ 2 ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะที่ 2**

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| การสอบถามผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยอยากดื่มน้ำหวานมาก ช่วงที่รับประทานอาหารไม่ได้ ส่วนผู้ดูแลที่ต้องเตรียมและประกอบอาหารยังใส่น้ำตาลบ้างเล็กน้อย เนื่องจากผู้ป่วยบ่นว่ากับข้าวไม่อร่อย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่ต้องฉีดยาให้ผู้ป่วยยังฉีดยาและเก็บยาฉีดไม่ถูกต้อง อยู่ในซองใสและวางที่ฝาตู้เย็น | ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ/น้ำตาลในเลือดสูงและการแก้ไขเบื้องต้น ให้แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน<br>**การประเมินผล**<br>เมื่อถามกลับผู้ดูแล สามารถตอบได้ถูกต้องส่วนใหญ่ เช่น อาหารที่ห้ามรับประทาน ประเมินผล ญาติรับฟังเข้าใจพร้อมจะปฏิบัติตาม |
| **ปัญหาที่ 5** ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>Creatinine = 2.41 mg/dl และค่า GFR = 37.14 (Stage 4) บางวันผู้ป่วยและครอบครัวจะรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ปลากระป๋อง เนื่องจากไม่มีกับข้าว และการทำอาหารยังใช้น้ำปลา น้ำมันหอย ซีอิ๊วขาวอยู่ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของไต การดื่มน้ำในแต่ละวัน จำนวนปัสสาวะที่ออก สังเกตอาการบวมอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย อธิบายผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เข้าใจเกี่ยวกับอันตรายจากภาวะไตวาย ซึ่งปัจจุบันกำลังประสบอยู่ อธิบายและแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่อง การรับประทานอาหารและการประกอบอาหาร แต่ถ้าซื้อมารับประทานให้เลือกอาหารจืด เช่น ต้ม ผัดรสจืด แนะนำการสังเกตภาวะน้ำเกิน เช่น อาการบวมของอวัยวะต่าง ๆ หายใจไม่อิ่ม เหนื่อยหอบ ปัสสาวะทาง PCN ออกน้อยกว่าปกติ แนะนำเรื่องห้ามซื้อยามารับประทานเองโดยเฉพาะยาแก้ปวด ยาชุด เน้นย้ำการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติ เพื่อชะลอการเสื่อมของไต แนะนำเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการมาพบแพทย์ สำหรับผู้ป่วยรายนี้พยาบาลได้แจ้งกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาล เพื่อจัดรถมารับผู้ป่วยไปตรวจตามที่แพทย์นัด เนื่องจากบางวันผู้ป่วยต้องอยู่คนเดียว ไม่มีรถที่จะพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังให้แผ่นพับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการดูแลตัวเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตที่บ้านแก่ผู้ดูแล เพื่อป้องกันการลืมและเป็นการทบทวน<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ดูแลรับฟังคำแนะนำและจะปฏิบัติตาม สามารถบอกการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ |

**การประเมินปัญหาการเยี่ยมครั้งที่ 1**

เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลกดทับ ประเมินผล แผลกดทับแดงดีขึ้น เนื้อตายหลุดออกหมด ไม่มีกลิ่นเหม็น ขนาดแผล 2x4.5x6 cm อุณหภูมิกาย 36.8-37.2 องศาเซลเซียส ผิวหนังบริเวณอื่น ไม่มีรอยแดง ไม่พบแผลกดทับเพิ่มขึ้น ญาติมีความรู้ ความเข้าใจในการทำแผลที่ถูกต้อง มีการส่งภาพแผลให้พยาบาลทราบเป็นระยะ ปัญหานี้ยังต้องติดตามประเมินผลในการเยี่ยมครั้งต่อไป

เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะบริเวณสาย PCN ประเมินผล บริเวณสาย PCN ไม่ซึม น้ำปัสสาวะสีเหลือง ไม่มีตะกอน ไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย 36.5-37.0 องศาเซลเซียส ไม่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปัญหานี้ยังต้องติดตามประเมินผลในการเยี่ยมครั้งต่อไป

มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารน้ำและอาหาร ประเมินผล ระดับความรู้สึกตัวปกติ ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย ความยืดหยุ่นของผิวหนังเท่าเดิม สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ หายใจปกติ ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส น้ำหนักตัว ไม่เพิ่มขึ้น เริ่มรับประทานข้าวต้ม และข้าวสวยสลับกันได้เป็นมื้อๆ มีความอยากอาหารมากขึ้น ปัญหานี้ยังต้องติดตามประเมินผลในการเยี่ยมครั้งต่อไป

**เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 6 เมษายน 2566**

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กำลังนั่งคุยกับเพื่อนบ้าน ช่วยเหลือตัวเองเดินโดย walker เข้าห้องน้ำได้ ยังดูซีด อ่อนเพลีย หายใจไม่เหนื่อยหอบ สาย PCN มีปัสสาวะออกสีเหลือง ออกประมาณ 100-150 ml ถุงปัสสาวะขุ่น แผลกดทับที่ก้นกบ ซึมเล็กน้อย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส, ชีพจร 70 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท, วัด O2 sat= 97% Room air ประเมิน PPS score = 70 % รับประทานอาหารข้าวต้ม ข้าวสวย และผลไม้ได้เพิ่มขึ้น จากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 187 mg/dl ผู้ป่วยขอดื่มน้ำหวานบ้าง แนะนำให้บุตรเจือจางระดับความหวานให้น้อยลง จากการตรวจร่างกายพบรอยแดงที่ส้นเท้ามีแผลที่ตาตุ่มทั้ง 2 ข้าง

สรุปผลการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น การทำแผลกดทับต่อเนื่อง เฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เสี่ยงต่อการเกิดบาดแผลที่เท้าทั้งสองข้าง พบปัญหาการพยาบาล

**ตารางที่ 3 ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะที่ 3**

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ปัญหาที่ 6** ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดบาดแผลบริเวณเท้าทั้งสองข้าง<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>เท้าทั้งสองข้างบริเวณตาตุ่ม และข้างนิ้วก้อยเป็นหนังด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองไม่ให้เกิดแผลที่เท้า | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>อธิบายการดูแลผิวหนัง ด้วยการอาบน้ำทุกวันถ้าอากาศร้อน ควรอาบน้ำหลังตื่นนอน และก่อนนอนด้วยสบู่อ่อนๆ และหลังอาบน้ำถ้าผิวแห้งให้ทาด้วยโลชั่น หมั่นดูแลผิวหนัง ห้ามเกา จะทำให้เกิดรอยแผล หากเกิดแผลขึ้นควรให้การรักษาทันที เช่น ล้างด้วยสบู่อ่อน และควรมาพบแพทย์เมื่อมีอาการบวม แดงร้อน หรือแผลมีหนอง อธิบายการดูแลรักษาเท้า โดยให้ตรวจดูเท้าทุกวัน ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุที่เท้า ถ้ามีรอยขีดข่วนหรือรอยบาดจากของมีคม หนังหนาขึ้น ผิวหนังแตก หรือเป็นตาปลาให้ทำความสะอาดแล้วเช็ดเท้าให้แห้ง โดยเฉพาะซอกนิ้ว ตรวจดูเล็บโดยเฉพาะนิ้วหัวแม่เท้า ให้ตัดเล็บตรงๆ ไม่สั้นเกินไป แนะนำให้สวมรองเท้าหัวป้านใส่สบาย ไม่คับ ไม่ควรเดินเท้าเปล่า เมื่อรู้สึกว่าเท้าชา ไม่ควรวางกระเป๋าน้ำร้อนหรือขวดน้ำร้อน เพราะอาจเกิดพองได้ หลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้าง เพราะจะทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดี<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับฟังดีและรับปากที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ |

**การประเมินปัญหาการเยี่ยมครั้งที่ 2**

เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลกดทับ ประเมินผล แผลกดทับแดงดี ไม่มีเนื้อตาย ไม่มีกลิ่นเหม็น ขนาดแผล 2x4.5x5.5 cm อุณหภูมิกาย 36.8-37 องศาเซลเซียส ผิวหนังบริเวณอื่น ไม่มีรอยแดง แผลมีขนาดเล็กลงในสัปดาห์ที่ 4-6 และค่อยๆ เล็กลงตามลำดับ มีการทำแผล pack ด้วย Hydrogel ตามแผนการรักษา ไม่พบแผลกดทับเพิ่มขึ้น ญาติมีความรู้ความเข้าใจในการทำแผลที่ถูกต้อง ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะบริเวณสาย PCN ประเมินผล บริเวณสาย PCN ไม่ซึม น้ำปัสสาวะสีเหลือง ไม่มีตะกอน ไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย 36.5-37 องศาเซลเซียส ไม่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารน้ำและอาหาร ประเมินผล ระดับความรู้สึกตัวปกติ ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย ความยืดหยุ่นของผิวหนังเท่าเดิม สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ หายใจปกติ ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
0.5 กิโลกรัม รับประทานข้าวต้ม และข้าวสวยได้ทุกมื้อ มื้อละประมาณ 1 ถ้วย มีความอยากอาหารมากขึ้น
ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

ผู้ป่วยมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับ DTX 165-187 mg/dl บุตรเตรียมอาหารให้กับผู้ป่วยได้ถูกต้อง และลดการปรุงเครื่องเติมต่างๆ ได้มากขึ้น

ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง จากการติดตามผลเลือดค่าไตเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย Creatinine = 2.38 mg/dl และค่า GFR = 37.34 (Stage 4)

**เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 วันที่ 13 เมษายน 2566**

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองเดินโดย walker เข้าห้องน้ำได้ ยังดูซีด อ่อนเพลีย หายใจไม่เหนื่อยหอบ สาย PCN มีปัสสาวะออกสีเหลือง ออกประมาณ 100-150 ml ถุงปัสสาวะขุ่น แผลกดทับที่ก้นกบ ซึมเล็กน้อย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.1 องศาเซลเซียส, ชีพจร 68 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 100/68 มิลลิเมตรปรอท, วัด O2sat = 97-98 % Room air, ประเมิน PPS score = 70 % รับประทานอาหารข้าวต้ม ข้าวสวย และผลไม้ได้ปริมาณเดิม จากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 164 mg/dl รอยแดงที่ส้นเท้าจางลง แผลที่ตาตุ่มทั้ง 2 ข้าง ซึมเล็กน้อย

สรุปผลการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ติดตามทำแผลกดทับ และแผลเท้าต่อเนื่อง เฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เสี่ยงต่อการเกิดบาดแผลที่เท้าทั้งสองข้างเพิ่มขึ้น ปัญหาส่วนใหญ่ได้รับการแก้ไขหมดไป ยังคงเหลือปัญหาซีด หลังจากกลับติดตามนัด Hct = 23% แพทย์ให้เลือด PRC 1 unit พบปัญหาการพยาบาล

**ตารางที่ 4 ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะที่ 4**

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ปัญหาที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากภูมิต้านทานของร่างกายต่ำ**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ซีด อ่อนเพลีย Hct = 23% | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติในการช่วยลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อ ได้แก่ ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วย ญาติที่เป็นไข้หวัดให้งดเยี่ยมและอยู่ห่างจากผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป ปากฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการสัมผัสสัตว์เลี้ยง ให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบ Aseptic technique โดยการล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสระหว่างบุคคล (Cross infection) แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง เช่น อาการไข้ เวียนศีรษะ ไอ เจ็บคอ ปัสสาวะแสบขัด ให้รีบมาพบแพทย์ทันที<br>**การประเมินผล**<br>อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.8-37.4 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อในร่างกาย ได้แก่ ไข้ เจ็บคอ ปัสสาวะแสบขัด ไม่มีอาการอักเสบ |
| **ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกลัวการเสียชีวิต**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>บุตรและผู้ป่วยสีหน้าเศร้าหมองเมื่ออาการผู้ป่วยทรุดลง | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้ใจ และคลายความวิตกกังวล เปิดโอกาสญาติได้พูดคุย ซักถามอาการด้วยท่าทีเต็มใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีจากทีมแพทย์และพยาบาล แจ้งให้ญาติรับทราบอาการปัจจุบันของผู้ป่วย ว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคมะเร็ง เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น หรืออาการแย่ลง ต้องให้ข้อมูลตามความเป็นจริง ด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย และไม่เป็นการให้ความหวังกับญาติในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ เพื่อให้ญาติเกิดการยอมรับ และปรับตัวเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดี แนะนำช่วงที่ผู้ดูแลไม่อยู่บ้าน ให้หาผู้มาดูแลแทน ให้เบอร์โทรศัพท์ 1669 (สายด่วนโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช) และประสานกับ อสม.ในพื้นที่ให้สามารถขอความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินได้<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลลดลง ญาติเข้าใจยอมรับอาการ และสภาพผู้ป่วย พร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยจนวาระสุดท้าย ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่การบรรเทาความเจ็บปวด การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยปัจจุบัน ผลจากความร่วมมือ |

**ตารางที่ 4 ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะที่ 4**

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ อาสาสมัครในชุมชน ผู้นำในชุมชนทำให้การดูแลผู้ป่วยรายนี้เกิดความต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และคุณภาพการใช้ชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นตามความเหมาะสม |

**อภิปรายผล**

ผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย จะมีอาการรบกวนหลายอย่างที่ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดคุณภาพชีวิต นอกจากความกลัวการเสียชีวิตแล้ว อาจทำให้เกิดความสนใจในชีวิตประจำวันลดลง เพราะมีความเข้าใจว่าทำสิ่งใดก็ตามก็เสียชีวิตอยู่ดี ในการดูแลรูปแบบประคับประคองรายนี้ ได้สร้างสัมพันธภาพและชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงการดูแลสุภาพที่ดีในการดำเนินชีวิต สร้างความมีตัวตน เห็นคุณค่าในตัวเองเพื่ออยู่กับลูกได้นานๆ ผู้ป่วยจึงพยายามช่วยเหลือตัวเอง ทำตามคำแนะนำต่างๆ จนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ในการเยี่ยมครั้งนี้ พบว่า บางวันผู้ป่วยอยู่คนเดียว ในช่วงที่บุตรไปทำงานมีโอกาสเกิดอันตรายและอุบัติเหตุสูง จึงมีการใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในชุมชนมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ อสม. ทีม Care giver มาเป็นผู้ช่วยเหลือ ส่งต่อปัญหาที่พบให้แก่ทีมเจ้าหน้าที่วางแผนช่วยเหลือเป็นระยะๆ[1,4,5]

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรมีการเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ญาติที่ดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลและเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในขณะดูแลผู้ป่วย โดยมีพยาบาลชุมชนคอยเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ และเสริมกำลังใจทุกช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะโรคที่รักษาไม่หายขาด เกิดโรคแทรกซ้อน และลุกลาม รวมถึงมีอุปกรณ์ติดตัว คือ PCN ที่ต้องการการดูแลแบบเฉพาะเจาะจงเป็นการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อน

2. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มุ่งเน้นการลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยที่คำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วย และครอบครัวร่วมด้วย ดังนั้นการรักษาที่ให้การรักษาครบทุกอย่างตามหลักทางการแพทย์ อาจจะไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยบางราย เช่น ในผู้ป่วยที่สภาวะร่างกายไม่เหมาะสมกับการรักษาเดิม เช่น เคมีบำบัด รังสีรักษา เป็นต้น การเลือกการรักษาแบบประคับประคอง จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจตัวโรค การพยากรณ์ของโรค เข้าใจการรักษา ผลที่จะเกิด ความเสี่ยงจากการรับการรักษานั้นๆ และช่วยให้เกิดการตัดสินใจในการรับการรักษาได้ดียิ่งขึ้น

**เอกสารอ้างอิง**

1.กีรดา ไกรนุวัตร และรักชนก คชไกร. (2561). การพยาบาลชุมชน (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1). โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

2.คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมมะเร็งแห่งชาติ. (2556) แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย.

3.พรศิริ พันธสี. (2560). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 19). ห้างหุ้นส่วนจำกัดพิมพ์อักษร.

4.เพ็ญศิริ มรกต, กิตติกร นิลมานัต, และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วารสารสภาการพยาบาล; 30(2): 33-45.

5.วิโรจน์ ไววานิชกิจ. (2560). เวชศาสตร์ครอบครัวเบื้องต้น เล่ม 1 : ความรู้เบื้องต้น สำหรับแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

6.สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตแบบประคับประคอง ใน ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย และชลธิป พงศ์สกุล (บรรณาธิการ) Quality Initiative in renal care (หน้า 145-151). คลังนานาวิทยา.

7.อรพรรณ ฟูมณีโชติ. (2560). เยี่ยมบ้านกับการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง. สงขลานครินทร์เวชสาร; 35(4): 399-406.

8.World Health Organization. (2018). International agency of research on cancer 2018. Geneva: The Organization.

9.กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์. (2566). รายงานสถิติการบริการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี: โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

# ปัจจัยเสี่ยงของการพบมะเร็ง ในกรณีผลเซลล์วิทยาจากการเจาะดูดด้วยเข็มเล็กตรวจก้อนของต่อมไทรอยด์เป็นชนิด non-diagnostic

# Risk of malignancy in non-diagnostic thyroid fine needle aspiration Cytology.

(Received: February 21,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**ศศิมา ศรีอินทรา**[1]
**Sasima Sriintra**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้ที่จะศึกษาอัตราการพบมะเร็งไทรอยด์ และค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบมะเร็งในผู้ป่วยที่มีผลเป็น ND-FNAC ทำการศึกษาแบบตัดขวาง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีก้อนของต่อมไทรอยด์ ที่ได้รับการผ่าตัดและมีผลตรวจทางเซลล์วิทยาทุกราย ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ย้อนหลัง 6 ปี ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2566

ผลการศึกษา ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและตรวจ FNAC ทั้งหมด 224 คน มีผลเป็น ND-FNAC 47 คน (20.98%) พบมะเร็งไทรอยด์ 9 ใน 47 คน (19.15%) โดยผู้ป่วยที่มีจำนวนก้อนของต่อมไทรอยด์หลายก้อน (multiple) พบเป็นมะเร็ง 4 ใน 9 คน (ROM 44.44%) ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยก้อนเดี่ยว (ROM 13.16% ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value 0.043, 95% CI 1.0651-41.2262, Odd ratio 6.63 ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ ลักษณะของก้อน ระยะเวลา ขนาด และตำแหน่งของก้อน ไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการพบมะเร็งไทรอยด์

**คำสำคัญ :** ก้อนของต่อมไทรอย์ มะเร็งไทรอยด์ การเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กตรวจทางเซลล์วิทยา การผ่าตัดไทรอยด์

**Abstract**

This research to study the incidence and risk of malignancy in patients with ND-FNAC. A cross-sectional study, data were collected from medical records of patients with thyroid nodules who underwent thyroidectomy and FNAC in Kalasin Hospital, 6 years from 1 October 2017 to 30 September 2023, were retrospective analyzed.

Result : A total of 224 patients who underwent thyroidectomy and FNAC, non-diagnostic occurred in 47 (20.98%). Malignancy was detected in 9 of 47 patients (19.15%). Multiple thyroid nodules were cancer in 4 of 9 patients (ROM 44.44%), which was significantly higher than patients with a single nodule (ROM 13.16%), p-value 0.043, 95% CI 1.0651-41.2262, Odd ratio 6.63, While other factors include age, gender, thyroid hormone status, consistency, duration, size, and location of the nodule were not statistically significant.

**Keywords:** Thyroid nodule, Thyroid cancer, Fine needle aspiration cytology, Thyroidectomy

## บทนำ

ก้อนของต่อมไทรอยด์ (thyroid nodule) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในโรคทางหู คอ จมูก มีงานวิจัยพบความชุกของก้อนที่ต่อมไทรอยด์จากการตรวจร่างกาย 2-6% และพบมากขึ้นจากอัลตร้าซาวน์ 19-35% และจากการชันสูตร 8-65%[1] ในผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนของต่อมไทรอยด์ มี 5% ที่เป็นมะเร็ง[2]ส่วนใหญ่ของมะเร็งไทรอยด์จะเป็นชนิดที่รักษาด้วยการผ่าตัดและตามด้วยกลืนแร่รังสีรักษา การผ่าตัดไทรอยด์มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งจากการผ่าตัด การดมยาสลบ รวมถึงการดูแลโรคประจำตัว

ปัจจุบันมีการตรวจก้อนที่ต่อมไทรอยด์หลายวิธีเพื่อหาลักษณะที่บ่งชี้ถึงมะเร็งไทรอยด์ โดยวิธีที่ใช้เป็นมาตรฐาน คือการทำ Fine-needle aspiration

[1] วว.โสต ศอ นาสิกแพทย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

cytology (FNAC) ด้วยการเจาะดูดก้อนโดยใช้เข็มขนาดเล็กตรวจทางเซลล์วิทยา รายงานผลตามระบบเบเทสดา (The Bethesda system for reporting thyroid cytopathology (TBSRTC) ซึ่งเป็นระบบมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล เพื่อใช้สำหรับการแปลผลทางเซลล์วิทยาของโรคต่อมไทรอยด์[3,4]

อย่างไรก็ตาม หากผล FNAC อ่านว่า non-diagnostic (ND-FNAC) จะทำให้เกิดปัญหาและความลำบากใจในการตัดสินใจเลือกวิธีรักษา ว่าจะสังเกตอาการต่อ เจาะตรวจใหม่ หรือจะผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออก จากหลายงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าผู้ป่วยในกลุ่ม ND-FNAC มีอัตราการพบมะเร็ง (Risk of malignancy : ROM) ค่อนข้างกว้างตั้งแต่ 5-52%[5-18] มีข้อมูลว่าใน ND-FNAC แล้วทำ repeated FNAC จะมี ROM ลดลงเรื่อยๆ[12,17,18]งานวิจัยของ Rungroat Tangsathitporn พบว่าภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ (hypothyroid function) เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญต่อการพบมะเร็ง (p=0.003)[14] สอดคล้องกับการศึกษาของ Alaraifi AK[19] ส่วนงานวิจัยอื่นๆ พบว่า เพศชาย[11], ขนาดของก้อนที่ < 4 cm[19] จำนวนหลายก้อน(multiple nodule)[12] เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญต่อการพบมะเร็ง ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติของ เพศ, อายุ, ขนาดก้อน, ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ ต่อการพบมะเร็งไทรอยด์[5,12]

ถึงแม้ว่าการตรวจพบ ND-FNAC จะขึ้นอยู่กับหลากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยของแพทย์ที่เจาะตรวจ อุปกรณ์ รวมถึงแพทย์ที่อ่านผล ที่อาจจะไม่สามารถควบคุมและทำได้เท่ากันในแต่ละโรงพยาบาล มีการศึกษาที่พบว่าการตรวจ FNAC โดยใช้อัลตร้าซาวน์ช่วยนำ (Ultrasound-guided FNA) เพิ่มโอกาสในการวินิจฉัยได้มากขึ้น[8,10]แต่ปัจจุบันยังเป็นข้อจำกัดในบางโรงพยาบาล เช่น ไม่มีเครื่องอัลตร้าซาวน์ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แพทย์ต้องใช้ความชำนาญ และใช้เวลาเพิ่มขึ้น ดังนั้นหากเราสามารถใช้ข้อมูลอื่นๆที่มีความสัมพันธ์ต่อการพบมะเร็งไทรอยด์ ก็จะช่วยในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาแก่ผู้ป่วยได้มากขึ้น

เนื่องจากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีข้อมูลค่อนข้างน้อยและยังมีข้อขัดแย้งกัน ผู้วิจัยจึงอยากทำการศึกษาถึงอัตราการพบมะเร็ง (Risk of malignancy; ROM) ในผู้ป่วย ND-FNAC รวมถึงหาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆที่สัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งไทรอยด์ ใน รพ.กาฬสินธุ์ โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ผลเซลล์วิทยา ผลจุลพยาธิวิทยาย้อนหลัง 6 ปี

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาอัตราการพบมะเร็งไทรอยด์ในผู้ป่วยที่มีผลเซลล์วิทยาจากการเจาะดูดด้วยเข็มเล็กเป็นชนิด non diagnostic
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบมะเร็งไทรอยด์ในผู้ป่วยที่มีผลเซลล์วิทยาจากการเจาะดูดด้วยเข็มเล็กเป็นชนิด non diagnostic
3. เพื่อใช้เป็นแนวทางการรักษาในผู้ป่วยที่มีผลเซลล์วิทยาจากการเจาะดูดด้วยเข็มเล็กเป็นชนิด non diagnostic

**วิธีดำเนินการวิจัย**

**รูปแบบการวิจัย** การศึกษาแบบตัดขวาง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ของผู้ป่วยที่มีก้อนของต่อมไทรอยด์ ที่ได้รับการผ่าตัดทุกราย และมีผลตรวจทางเซลล์วิทยา ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ย้อนหลัง 6 ปี ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2566 จากนั้นคัดผู้ป่วยเข้าการศึกษา โดยเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีผลตรวจ FNAC เป็นชนิด non-diagnostic และมีผลจุลพยาธิวิทยาหลังผ่าตัด

การตรวจ FNAC ทำโดยโสต ศอ นาสิกแพทย์เจาะดูดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้วยเข็มชนิดเล็ก (เบอร์ 22-24) โดยการคลำก้อน จากนั้นป้ายสไลด์ 2-4 แผ่น แล้ว fixed smear ด้วย 95% alcohol นำไปส่งตรวจทางเซลล์วิทยา รายงานผลตามระบบเบเทสดา (The

Bethesda system for reporting thyroid cytopathology (TBSRTC) ซึ่งเป็นระบบมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล เพื่อใช้สำหรับการแปลผลทางเซลล์วิทยาของโรคต่อมไทรอยด์ ผลการตรวจดังกล่าวต้องมีการประเมินถึงความแม่นยำ (accuracy) โดยเปรียบเทียบร่วมกับผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา (histopathology) ประเมินเป็นอัตราความเสี่ยงในการเกิดมะเร็ง โดยผล FNAC มี 6 แบบ คือ non-diagnostic/unsatisfactory (ND/US), benign, atypical of undetermined significant or follicular lesion of undetermined significance (AUS/FLUS), follicular neoplasm or suspicious for follicular neoplasm (FN/SFN), suspicious for malignancy (SM), malignant[3,4] ในงานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีผลตรวจ FNAC เป็นชนิด non-diagnostic (non-diagnostic/unsatisfactory คือ fluid only; Virtually acellular specimen; Other (obscuring blood, clotting artifact, drying artifact, etc.)[4]

บันทึกข้อมูล ได้แก่ ผลตรวจ FNAC ผลจุลพยาธิวิทยา อายุ เพศ ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ ลักษณะของก้อน ระยะเวลา ขนาด ตำแหน่ง จำนวน ลักษณะของก้อนจากอัลตร้าซาวน์ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง ได้แก่ การตรวจพบต่อมน้ำเหลืองที่คอ สายเสียงเป็นอัมพาต อาการกดทับของก้อน (กลืนลำบาก หายใจลำบาก) ประวัติมะเร็งในครอบครัว ประวัติฉายรังสีรักษา

สถานที่ทำการวิจัย ณ รพ.กาฬสินธุ์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ยในกรณีตัวแปรแจกแจงแบบปกติ ค่ามัธยฐาน และพิสัยในกรณีตัวแปรแจกแจงไม่ปกติ วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ด้วยค่า Odds Ratio (OR) และลดตัวแปรกวนจากการวิเคราะห์ด้วยวิธี multiple logistic regression โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p value < 0.05

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่เอกสารอนุญาต KLSH REC No.027/2023R และไม่ได้ขอรับการสนับสนุนทุนวิจัยจากแหล่งใดๆ และไม่มีเครื่องมือการวิจัยอื่นนอกเหนือจากสิ่งทดลอง

**ผลการวิจัย**

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไทรอยด์ทั้งหมด 345 คน ในช่วงที่ทำการศึกษา มีผลตรวจทางเซลล์วิทยา 224 คน โดยผล FNAC เป็นชนิด non-diagnostic 47 คน (20.98%) ทุกรายมีผลจุลพยาธิวิทยาหลังผ่าตัด

จากข้อมูล (ตารางที่ 1) เป็นเพศชาย 7 คน (14.89%) หญิง 40 คน (85.11%) อัตราส่วน ชาย ต่อ หญิง เท่ากับ 1:5.7 อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 14-69 ปี โดยอายุ ≥40 ปี 85.11% ระยะเวลาการเกิดโรคอยู่ในช่วงระหว่าง 1-240 เดือน (มัธยฐาน 19 เดือน) ขนาดของก้อนอยู่ในช่วงระหว่าง 2-10 เซนติเมตร (มัธยฐาน 5 ซม.) ส่วนใหญ่เป็นก้อนเดี่ยว 80.85% มักพบก้อนที่ฝั่งขวา 57.45% พบก้อนที่เป็น solid หรือ mix/cystic ในจำนวนใกล้เคียงกัน คือ 53.19% และ 46.81% ตามลำดับ เกือบทั้งหมดมีระดับฮอร์โมนไทรอยด์ปกติ โดยพบเพียง 1 คน ที่มีระดับฮอร์โมนไทรอยด์สูง ซึ่งมีผลทางจุลพยาธิวิทยาหลังผ่าตัดเป็น multinodular goiter (ไม่ใช่มะเร็ง) มี 1 คน ตรวจพบต่อมน้ำเหลืองที่คอ ซึ่งมีผลทางจุลพยาธิวิทยาหลังผ่าตัดเป็น follicular thyroid carcinoma (มะเร็ง) และมี 1 คน มีอาการกลืนลำบากจากการกดเบียดของก้อน และเป็น papillary thyroid carcinoma (มะเร็ง) ทุกคนมีการขยับของสายเสียงปกติ ไม่มีประวัติมะเร็งไทรอยด์ในครอบครัว หรือการรับรังสีรักษามาก่อน

มีผู้ป่วยเพียง 6 คน ได้รับการตรวจอัลตร้าซาวน์ไทรอยด์ ส่วนใหญ่เป็น solid (5 ใน 6 คน) และ hypoechoic (4 ใน 6 คน) ไม่พบ microcalcification หรือ cervical lymph node และทั้ง 6 คน ไม่เป็นมะเร็ง

มีผู้ป่วย 5 ราย ได้รับการตรวจ FNAC ซ้ำครั้งที่ 2 มีผล ตรวจเป็น non-diagnostic 3 คน (60%) โดยทั้ง 3 คน ไม่พบมะเร็งหลังผ่าตัด (0%)

**ตารางที่ 1** ข้อมูลผู้ป่วย และปัจจัยที่มีผลต่อการพบมะเร็งไทรอยด์ ในผู้ป่วย ND-FNAC

| Variable | Sub variable | ทั้งหมด %(จำนวน) | ไม่ใช่มะเร็ง %(จำนวน) | มะเร็ง(ROM) %(จำนวน) |
|---|---|---|---|---|
| 1.เพศ | ชาย | 14.89(7) | 85.71(6) | 14.29(1) |
| | หญิง | 85.11(40) | 80.0(32) | 20.0(8) |
| 2.อายุ | < 40 ปี | 14.89(7) | 71.43(5) | 28.57(2) |
| มัธยฐาน (Median) 51 ปี | ≥ 40 ปี | 85.11(40) | 82.50(33) | 17.50(7) |
| ช่วง (Range) 14-69 ปี | | | | |
| 3.ระเวลาของก้อน | < 12 เดือน | 27.66(13) | 76.92(10) | 23.08(3) |
| มัธยฐาน (Median) 19 เดือน | ≥ 12 เดือน | 72.34(34) | 82.35(28) | 17.65(6) |
| ช่วง (Range) 1-240 เดือน | | | | |
| 4.ขนาด | < 4 ซม. | 25.53(12) | 83.33(10) | 16.67(2) |
| มัธยฐาน (Median) 5 ซม. | ≥ 4 ซม. | 74.47(35) | 80.0(28) | 20.0(7) |
| ช่วง (Range) 1-10 ซม. | | | | |
| 5.ลักษณะ (consistency) | Solid | 53.19(25) | 76.0(19) | 24.0(6) |
| | Mix/cystic | 46.81(22) | 86.36(19) | 13.64(3) |
| 6.ตำแหน่ง | ซ้าย | 38.30(18) | 83.33(15) | 16.67(3) |
| | กลาง | 4.26(2) | 100(2) | 0(0) |
| | ขวา | 57.45(27) | 77.78(21) | 22.22(6) |
| 7.จำนวน | ก้อนเดี่ยว | 80.85(38) | 86.84(33) | 13.16(5) |
| | หลายก้อน | 19.15(9) | 55.56(5) | 44.44(4) |
| 8.ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ | ต่ำ | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| | ปกติ | 97.87(46) | 80.43(37) | 19.57(9) |
| | สูง | 2.13(1) | 100(1) | 0(0) |
| 9.ต่อมน้ำเหลืองที่คอ | มี | 2.13(1) | 0(0) | 100(1) |
| | ไม่มี | 97.87(46) | 82.61(38) | 17.39(8) |
| 10.การขยับของสายเสียง | อัมพาต | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| | ปกติ | 100(47) | 80.85(38) | 19.15(9) |
| 11.อาการกดเบียดของก้อน | มี | 2.13(1) | 0(0) | 100(1) |
| (กลืนลำบาก หายใจลำบาก) | ไม่มี | 97.87(46) | 82.61(38) | 17.39(8) |
| 12.ประวัติมะเร็งไทรอยด์ในครอบครัว | มี | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| | ไม่มี | 100(47) | 80.85(38) | 19.15(9) |
| 13.ประวัติรับรังสีรักษามาก่อน | มี | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| | ไม่มี | 100(47) | 80.85(38) | 19.15(9) |
| 14.ลักษณะทางอัลตร้าซาวน์ (n=6) | | | | |

**ตารางที่ 1** ข้อมูลผู้ป่วย และปัจจัยที่มีผลต่อการพบมะเร็งไทรอยด์ ในผู้ป่วย ND-FNAC

| Variable | Sub variable | ทั้งหมด %(จำนวน) | ไม่ใช่มะเร็ง %(จำนวน) | มะเร็ง(ROM) %(จำนวน) |
|---|---|---|---|---|
| Echoic | Hypoechoic | 66.67(4) | 100(4) | 0(0) |
| | Iso-hyper-mix-anechoic | 33.33(2) | 100(2) | 0(0) |
| ลักษณะ | Solid | 83.33(5) | 100(5) | 0(0) |
| | Mix/cystic | 16.67(1) | 100(1) | 0(0) |
| Microcalcification | มี | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| | ไม่มี | 100(6) | 100(6) | 0(0) |
| Cervical lymph node | มี | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| | ไม่มี | 100(6) | 100(6) | 0(0) |
| 15.จำนวน FNAC | 1 ครั้ง | 89.36(42) | 80.95(34) | 19.05(8) |
| | 2 ครั้ง | 10.64(5) | 80.0(4) | 20.0(1) |
| 16.ผล FNAC ครั้งที่ 2 (n=5) | ND-FNAC | 60.0(3) | 100(3) | 0(0) |
| | Diagnosis-FNAC | 40.0(2) | 50.0(1) | 50.0(1) |

ผลทางจุลพยาธิวิทยา (ตารางที่ 2) พบผู้ป่วยเป็นมะเร็ง 9 คน (19.15%) โดยส่วนใหญ่เป็นชนิด papillary carcinoma ส่วนในกลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็ง พบว่าส่วนใหญ่เป็นชนิด multinodular goiter

**ตารางที่ 2** ผลจุลพยาธิวิทยาของผู้ป่วย ND-FNAC

| รายการ | ผลจุลพยาธิวิทยา | จำนวน(%) |
|---|---|---|
| ไม่ใช่มะเร็ง | Thyroid cyst | 1(2.13) |
| | Nodular goiter | 6(12.77) |
| | Multinodular goiter | 26(55.32) |
| | Hashimoto thyroiditis | 1(2.13) |
| | Follicular adenoma | 3(6.38) |
| | Hurthle cell adenoma | 1(2.13) |
| | **รวม (ไม่ใช่มะเร็ง)** | **38(80.85)** |
| มะเร็ง | Papillary carcinoma | 7(14.89) |
| | Follicular carcinoma | 2(4.26) |
| | **รวม (มะเร็ง)** | **9(19.15)** |
| | **รวมทั้งหมด** | **47(100)** |

ผู้ป่วยที่มีจำนวนก้อนที่ต่อมไทรอยด์หลายก้อน (multiple) พบเป็นมะเร็ง 4 ใน 9 คน (ROM 44.44%) ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยก้อนเดี่ยว (ROM 13.16% )อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value 0.043, 95% CI 1.0651-41.2262, Odd ratio 6.63 (ตารางที่ 3) ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ ลักษณะของก้อน ระยะเวลา ขนาด และตำแหน่งของก้อน ไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการพบมะเร็งไทรอยด์

**ตารางที่ 3** ปัจจัยที่เสี่ยงของการเป็นมะเร็งไทรอยด์ ในผู้ป่วย non-diagnostic FNAC

| Variable | Sub variable | ไม่ใช่มะเร็ง (n) | มะเร็ง (n) | Odds Ratio | 95% CI | P-Value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ตำแหน่งก้อน | ซ้าย<br>ขวา/กลาง | 17<br>23 | 3<br>6 | 0.67 | 0.0958 – 4.7161 | 0.689 |
| จำนวนก้อน | ก้อนเดี่ยว<br>หลายก้อน | 33<br>5 | 5<br>4 | 6.63 | 1.0651-41.2262 | 0.043 |

**สรุปและอภิปรายผล**

ก้อนของต่อมไทรอยด์ (thyroid nodule) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในโรคทางหู คอ จมูก ในผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนของต่อมไทรอยด์ มี 5% ที่เป็นมะเร็ง[2] FNAC เป็นวิธีการตรวจหาลักษณะทางเซลล์วิทยาของก้อนที่ต่อมไทรอยด์ แต่ถ้าผล FNAC อ่านว่า non-diagnostic (ND-FNAC) จะทำให้เกิดปัญหาในการตัดสินใจเลือกวิธีรักษา จากหลายงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าผู้ป่วยในกลุ่ม ND-FNAC มีอัตราการพบมะเร็ง (Risk of malignancy : ROM) ค่อนข้างกว้างตั้งแต่ 5-52%[5-18] อย่างไรก็ตาม ระบบ Bethesda ที่เราใช้เป็นมาตรฐานสากล (ล่าสุดปี 2023) พบค่าเฉลี่ย ROM ของกลุ่ม ND-FNAC เท่ากับ 13%[4] ส่วนในการศึกษานี้พบ ROM 19.15% สูงกว่าค่าเฉลี่ยของ Bethesda ซึ่งอาจเป็นได้จากหลายปัจจัย ในส่วนปัจจัยของโสต ศอ นาสิกแพทย์เองก็ต้องใช้ประสบการณ์และความชำนาญในการทำ FNAC จากการศึกษานี้ โสต ศอ นาสิกแพทย์ทำ FNAC โดยการคลำก้อน (without ultrasound-guided) ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก พบว่าได้ผล non-diagnostic 20.98% ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการเจาะได้ส่วนที่เป็นน้ำหรือเลือดปนไป 34 ใน 47 คน (72%) มีผู้ป่วย 5 คน ได้รับการตรวจ FNAC ซ้ำครั้งที่ 2 พบผล non-diagnostic 60% มีการศึกษาของ Orija IB[8] และ Alexander EK[10] ที่พบว่าการตรวจ FNAC โดยใช้อัลตร้าซาวน์ช่วยนำ (Ultrasound-guided FNA) เพิ่มโอกาสในการวินิจฉัยได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดที่ไม่มีเครื่องอัลตร้าซาวน์ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ดังนั้นจึงเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อไป

มีข้อมูลว่าใน ND-FNAC แล้วทำ repeated FNAC จะมี ROM ลดลงเรื่อยๆ [12,17,18]เช่น งานวิจัยของ Talib Al Maqbali_พบว่า ใน 1st ND-FNAC , 2nd , 3rd, 4th จะพบ ROM 37%, 14%, 12%, 0% ตามลำดับ[12]ส่วนการศึกษานี้ ใน 1st ND-FNA พบ ROM 19.15% , 2nd ND-FNA ไม่พบมะเร็งเลย (ROM=0) แต่เนื่องจากจำนวนคนที่ได้รับการตรวจ FNAC ครั้งที่ 2 มีเพียง 5 คน จึงเป็นข้อแนะนำเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อศึกษาต่อไป

ในการศึกษานี้พบว่าปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ ลักษณะของก้อน ระยะเวลา ขนาด และตำแหน่งของก้อน ไม่พบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เป็นมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง มีเพียงปัจจัยเดียวคือ จำนวนก้อนของต่อมไทรอยด์ที่มีหลายก้อน (multiple) มีความสัมพันธ์ต่อการพบมะเร็งไทรอยด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value 0.043, 95% CI 1.0651-41.2262, Odd ratio 6.63 (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับการศึกษาของ Talib Al Maqbali ที่พบว่า multiple nodule เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญต่อการพบมะเร็งไทรอยด์ p-value 0.006 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆเช่นกัน[12] ในขณะที่การศึกษาของ Rungroat Tangsathitporn พบว่าภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ (hypothyroid function) เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญต่อการพบมะเร็ง(p=0.003)[14] สอดคล้องกับการศึกษาของ Alaraifi AK ที่พบว่า TSH สูงในผู้ป่วย euthyroid เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการพบมะเร็ง p-value

0.038 และยังพบว่าก้อนที่ขนาดใหญ่ > 4 ซม. จะพบว่าเป็นก้อนที่ไม่ใช่มะเร็งมากกว่า (p-value 0.004)[19] ส่วนงานวิจัยของ McHenry CR พบว่า เพศชาย เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญต่อการพบมะเร็ง p-value < 0.05[11] ในขณะที่ไม่พบสัมพันธ์ของ เพศ, อายุ, ขนาดก้อน ในงานวิจัยของ Tamez-Pérez HE[5]

จากการเก็บข้อมูลของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในการศึกษานี้ พบว่า มี 1 คน ตรวจพบต่อมน้ำเหลืองที่คอ และมี 1 คน มีอาการกลืนลำบากจากการกดเบียดของก้อนขนาด 10 ซม. ซึ่งทั้งคู่มีผลทางจุลพยาธิวิทยาหลังผ่าตัดเป็นมะเร็ง

มีผู้ป่วย 6 คน ได้รับการตรวจอัลตร้าซาวน์ไทรอยด์ ส่วนใหญ่เป็น solid (5 ใน 6 คน) และ hypoechoic (4 ใน 6 คน) ไม่พบ microcalcification หรือ cervical lymph node และทั้ง 6 คน ไม่เป็นมะเร็ง ยังไม่สามารถแปลผลลักษณะทางอัลตร้าซาวน์ที่สัมพันธ์กับการพบมะเร็งไทรอยด์ได้ในการศึกษานี้ เนื่องจากมีขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยและไม่มีผู้ป่วยเป็นมะเร็งในกลุ่มนี้

**ข้อสรุป**

Non-diagnostic FNAC ส่วนใหญ่ไม่ใช่มะเร็ง แต่อย่างไรก็ตาม มีอัตราการพบมะเร็งไทรอยด์ถึง 19.15% ก้อนของต่อมไทรอยด์ที่มีหลายก้อน (multiple) มีความสัมพันธ์ต่อการพบมะเร็งไทรอยด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value 0.043 ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ ลักษณะของก้อน ระยะเวลา ขนาด และตำแหน่งของก้อน ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการพบมะเร็งไทรอยด์ ดังนั้นแนวทางการรักษาในผู้ป่วยที่มีผลเซลล์วิทยาจากการเจาะดูดด้วยเข็มเล็กเป็นชนิด non-diagnostic ควรได้รับการเจาะตรวจใหม่ หากไม่สามารถวินิจฉัยจาก FNAC ได้ ผู้ป่วยที่มีก้อนของต่อมไทรอยด์หลายก้อน (multiple) หรือมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น พบต่อมน้ำเหลืองที่คอ มีอาการจากการกดเบียดของก้อน ควรได้รับการพิจารณาผ่าตัด

**ข้อเสนอแนะ**

ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเก็บข้อมูลเพิ่มในปีต่อไป หรือเก็บร่วมกับโรงพยาบาลอื่น เพิ่มประสิทธิภาพการตรวจ FNAC โดยอาจใช้ ultrasound-guided FNAC เพื่อให้ได้วินิจฉัยมากขึ้น แนะผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ (nodule) ควรได้รับการตรวจ FNAC เพื่อคัดกรองมะเร็งไทรอยด์

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณ ผศ.นพ.สุรเชษฐ์ ภูลวรรณ ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลและแนะนำการทำวิจัย พญ.พรปวีณ์ ประกอบแก้ว ที่ช่วยออกแบบวิธีการเก็บข้อมูล, พว. อารีย์ ภูยาดาว, พว. บวรลักษณ์ อินทรประจง , เจ้าหน้าที่หน่วยงานตรวจทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ช่วยหาข้อมูลผลตรวจทางจุลชีววิทยาและพยาธิวิทยา, นพ.กฤตพงศ์ สมบูรณ์, พญ. ปริญญาภรณ์ วัฒนเนติกุล, พว. ปราณี ทองคำ พว.รุ่งราวรรณ เจริญไธสง ที่ช่วยแนะนำการทำวิจัย

**เอกสารอ้างอิง**

1. D. S. Dean and H. Gharib, “Epidemiology of thyroid nodules,” *Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab.*, vol. 22, no. 6, pp. 901–911, Dec. 2008
2. L. Hegedüs, “Clinical practice. The thyroid nodule,” *N. Engl. J. Med.*, vol. 351, no. 17, pp. 1764–1771, Oct. 2004
3. E. S. Cibas and S. Z. Ali, “The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology,” *Thyroid Off. J. Am. Thyroid Assoc.*, vol. 27, no. 11, pp. 1341–1346, Nov. 2017

4. M. Han and F. Fan, “Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology–An Updated Review,” *J. Clin. Transl. Pathol.*, vol. 3, no. 2, pp. 84–98, Jun. 2023
5. H. E. Tamez-Pérez *et al.*, “Nondiagnostic thyroid fine needle aspiration cytology: outcome in surgical treatment,” *Rev. Investig. Clin. Organo Hosp. Enfermedades Nutr.*, vol. 59, no. 3, pp. 180–183, 2007.
6. L. S. Chow, H. Gharib, J. R. Goellner, and J. A. van Heerden, “Nondiagnostic thyroid fine-needle aspiration cytology: management dilemmas,” *Thyroid Off. J. Am. Thyroid Assoc.*, vol. 11, no. 12, pp. 1147–1151, Dec. 2001
7. M. L. Richards, E. Bohnenblust, K. Sirinek, and J. Bingener, “Nondiagnostic thyroid fine-needle aspiration biopsies are no longer a dilemma,” *Am. J. Surg.*, vol. 196, no. 3, pp. 398–402, Sep. 2008
8. I. B. Orija, M. Piñeyro, C. Biscotti, S. S. K. Reddy, and A. H. Hamrahian, “Value of repeating a nondiagnostic thyroid fine-needle aspiration biopsy,” *Endocr. Pract. Off. J. Am. Coll. Endocrinol. Am. Assoc. Clin. Endocrinol.*, vol. 13, no. 7, pp. 735–742, 2007
9. Z. Baloch *et al.*, “Role of repeat fine-needle aspiration biopsy (FNAB) in the management of thyroid nodules,” *Diagn. Cytopathol.*, vol. 29, no. 4, pp. 203–206, Oct. 2003
10. E. K. Alexander *et al.*, “Assessment of nondiagnostic ultrasound-guided fine needle aspirations of thyroid nodules,” *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, vol. 87, no. 11, pp. 4924–4927, Nov. 2002
11. C. R. McHenry, P. G. Walfish, and I. B. Rosen, “Non-diagnostic fine needle aspiration biopsy: a dilemma in management of nodular thyroid disease,” *Am. Surg.*, vol. 59, no. 7, pp. 415–419, Jul. 1993.
12. T. A. Maqbali, M. Tedla, M. O. Weickert, and H. Mehanna, “Malignancy Risk Analysis in Patients with Inadequate Fine Needle Aspiration Cytology (FNAC) of the Thyroid,” *PLOS ONE*, vol. 7, no. 11, p. e49078, Nov. 2012
13. N. Benjakul, S. Sripodok, T. Tungjitsirisun, P. Pattaravoratham, and T. Soiphet, “Accuracy of Fine Needle Aspiration Cytology of Thyroid Lesions: An 8-year Experience in Urban-based Tertiary Medical Center in Bangkok, Thailand,” *Vajira Med. J. J. Urban Med.*, vol. 65, no. 6, Art. no. 6, Dec. 2021
14. R. Tangsathiporn, “Nondiagnostic thyroid fine needle aspiration cytology(FNAC) : Is it diagnostic dilemma?”, Thai Journal of Otolaryngology Head and Neck Surgery, vol. 12 No. 2 (2011): 90-7
15. Y. Thewjitcharoen *et al.*, “Incidence and malignancy rates classified by The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology (TBSRTC) - An 8-year tertiary center experience in Thailand,” *J. Clin. Transl. Endocrinol.*, vol. 16, p. 100175, Jun. 2019
16. S. Nakrangsee, “Cytopathology Reporting using the New Bethesda System of Thyroid FNAC and Correlation with Histopathological Follow-up: A Three-Year Study of Routine Service at Rajavithi Hospital,” *J. Med. Assoc. Thai.*, vol. 101, no. 2, Art. no. 2, Feb. 2018.
17. U. Karabacak, M. Derebey, I. A. Tarim, and A. K. Polat, “FACTORS AFFECTING MALIGNANCY IN THYROID NODULES WITH NON-DIAGNOSTIC FINE NEEDLE ASPIRATION BIOPSY RESULT,” *Acta Endocrinol. Buchar. Rom. 2005*, vol. 18, no. 2, pp. 187–193, 2022
18. A. A. Renshaw, “Significance of repeatedly nondiagnostic thyroid fine-needle aspirations,” *Am. J. Clin. Pathol.*, vol. 135, no. 5, pp. 750–752, May 2011
19. A. K. Alaraifi, M. Alessa, L. O. Hijazi, A. M. Alayed, and A. A. Alsalem, “TSH level as a risk factor of thyroid malignancy for nodules in euthyroid patients,” *Acta Otorhinolaryngol. Ital. Organo Uff. Della Soc. Ital. Otorinolaringol. E Chir. Cerv.-facc.*, vol. 43, no. 3, pp. 183–188, Jun. 2023

# ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.1 January - February 2024

# วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567

ISSN : 2672-9717

PART III

**ECH JOURNAL**

**วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน**

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567 VOL. 9 NO. 1 January – February 2024 **Part 3**

**สารบัญ**

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองหลังได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง และมีภาวะติดเชื้อที่ปอด: กรณีศึกษา** ..... 550
นภาพร ชมสวัสดิ์

**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตามแนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพแบบบูรณาการในชุมชน** ..... 557
จารุมน ลัคนาวิวัฒน์ ,มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ ,ประภา จันทร์ประทีป ,ณัฐกฤตา สิทธิชัย

**การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี** ..... 566
ชูพงษ์ คงเกษม ,จินตนา เนียมคำ ,ณัฐพร ขำเปลี่ยน

**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชนกรณีศึกษา อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์** ..... 576
นพดล พิมพ์จันทร์

**การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย** 586
ชัญญา ศรีจันทร์ ,รัชนีกร แสงมะณี

**ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์** ..... 596
อภิญญา อุบลสะอาด

**การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย** ..... 606
วิลาวัลย์ พลเดช

**เปรียบเทียบสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index : HPI) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม** 617
สุธิดา คณะมะ ,วิภาดา คงทรง

**การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในช่องอก ช่องท้อง : กรณีศึกษา** ..... 630
วิชญา วราธนวินท์

**การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของ จังหวัดอุตรดิตถ์** ..... 638
รณภพ เกตุทอง

**การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง : กรณีศึกษา** ..... 650
ศศิพัชร บัวแย้ม

**การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว : กรณีศึกษา** ..... 657
วงเดือน นิลสาคู

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว: กรณีศึกษา** ..... 664
ศรันญา ไชยชาติ

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว: กรณีศึกษา** ..... 672
นุชนาจ เนตรบุตร

**อัตราการผ่าตัดคลอดของหญิงตั้งครรภ์ครบกำหนด จำแนกตาม The Robson 10 group classificationโรงพยาบาลลำพูน ระหว่างปี 2563-2565** ..... 680
สาธินี ชัยทนุวงศ์

**ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้แบบประเมิน RAMA-EGAT Heart Score และระดับไฟบริโนเจนในพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุง ในจังหวัดพะเยา** ..... 699
ศุภกัญญา ลาสม ,สุรสิทธิ์ สุวรรณสินธุ์ ,ปาจรีย์ มาน้อย ,ปิยะวรรณ เอมอิ่มอนันต์

**การพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกตามแนวทาง Smart Hospital โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์** ..... 707
ยุพิน รินทราช ,ดาววดี ลีลาวัฒนานนท์กุล ,ศรายุทธ นวะศรี

**การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาเสพสารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา** ..... 718
ชลธิรา ชุ่มมณี

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567 VOL. 9 NO. 1 January – February 2024 **Part 3**

**สารบัญ**

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**การพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์** ..... 726
ศศิธร กำทองดี ,อรรถวิทย์ เนินชัด ,จารึก ประคำ

**ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์** ..... 737
พรทิพย์ ดาเกลี้ยง

**การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน : บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน** ..... 748
พัตร์พิมล โต๊ะบุรินทร์

**การพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม** ..... 759
นภา วงค์จำปา ,ฉัตรชัย ไตรยราช ,พิมพ์ญดา เนียมแดง

**ประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี** ..... 769
สายสวรรค์ แสงบุตร

**ผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ** ..... 777
กันทิมา ทาหอม

**การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก** ..... 786
กนกนุช พิลากุล

**การใช้ยา Meropenem ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช** ..... 796
นลินวรรณ วงษ์สวัสดิ์

**การพัฒนาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ภายใต้การจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิจังหวัดมหาสารคาม** ..... 805
บัณฑิต หวังสันติวงศา ,กาญจนา จันทะนุย ,บังอร ล้อมไธสง

**การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี** ..... 813
มารยาท รัตนประทีป ,วันดี ยิ้มย่อง

**อัตราการเสียชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์** ..... 824
วิชญนนท์ เหล่าอุดม

**การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด ตำบลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์** ..... 833
เกศสุดา สุริยะบุตร ,ชนะพล ศรีฤาชา ,วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา

# บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ทีเกี่ยวข้องการการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 6 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – กุมภาพันธ์, มีนาคม – เมษายน, พฤษภาคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – สิงหาคม – กันยายน, ตุลาคม, พฤศจิกายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 25 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากขบวนการผลิตคอมเพรสเซอร์ การปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการบรรจุสินค้า ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ การพัฒนาเครื่องฉายรังสี UV-C การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน การวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี การเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะหอ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะโลหิตจาง การพัฒนาระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต คัดกรองเพื่อขึ้นทะเบียนทุพพลภาพผู้ประกันตน แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบติดเชื้อร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การเตรียมความพร้อมผู้รับบริการก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก การมองโลกและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน การจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด การขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลัง ผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง การสัมผัสเสียงดังของพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้า มารดาหลังคลอดครรภ์เสี่ยงสูงที่ติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอด ปัญหาสุขภาพคนทำงานสูงวัยกับมาตรฐาน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ การพยาบาลมารดาครรภ์แฝดหลังผ่าตัดคลอดที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม การพยาบาลหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง การดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่อง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองหลังได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพองและมีภาวะติดเชื้อที่ปอด: กรณีศึกษา

# Nursing care of a patient with a cerebral aneurysm after undergoing surgery to Clipping the cerebral aneurysm and having a lung infection: a case study.

(Received: February 21,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**นภาพร ชมสวัสดิ์**[1]
**Napaporn Chomsawat**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองหลังได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพองและมีภาวะติดเชื้อที่ปอดในระยะหลังผ่าตัด โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 58 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 19 สิงหาคม 2566 ด้วยอาการซึมลง 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผล CTA brain พบ Acute SAH at both parietal-temporal, saccular type AcoA aneurysm.

ผลการศึกษา: ส่งไปผ่าตัด Lt pterional craniotomy with aneurysm ciipping โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หลังผ่าตัดส่งกลับมาดูแต่อวันที่ 25 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยทำตามคำสั่งได้ ใส่ท่อหลอดลมคอ มีเสมหะมาก พบการติดเชื้อที่ปอด ผู้ป่วยซึมลง ส่ง CT brain พบ Rt hydrocephalus และได้รับการผ่าตัด Rt ventriculostomy ระยะก่อนผ่าตัด ป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ลดการติดเชื้อที่ปอด ป้องกันการเกิดภาวะ IICP มีความไม่สมดุลของระดับโซเดียม ระยะหลังผ่าตัด ยังมีความเสี่ยงการเกิดภาวะ IICP เสี่ยงติดเชื้อเข้าสู่สมอง มีโอกาสพร่องสารน้ำและสารอาหาร พร่องกิจวัตรประจำวัน ได้ให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ IICP การติดเชื้อที่ปอดลดลง ถอดท่อหายใจได้วันที่ 6 กันยายน 2566 อาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 14 กันยายน 2566 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 17 วัน

**คำสำคัญ:** โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง, การผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง, ภาวะติดเชื้อที่ปอด

**Abatract**

This study was case study aimed to study nursing care for patients with cerebral aneurysms after undergoing surgery to Clipping the cerebral aneurysm and having lung infections in the postoperative period. By study a Thai female patient, age 58 years old, was admitted to the hospital on 19 August 2023 with symptoms of lethargy 4 hours before coming to the hospital. CTA brain results showed acute SAH at both parietal-temporal, saccular type AcoA aneurysm.

Results: The patient was sent for Lt pterional craniotomy with aneurysm ciipping at Thammasat University Hospital. After surgery, the patient was sent back for nursing care on 25 August 2023. The patient followed and was put in a tracheal tube. There was a lot of mucus. A lung infection was found. The patient was depressed. And then was sent for CT brain and this found Rt hydrocephalus. The patient received Rt ventriculostomy surgery. Preoperative period, nurse prevented tissue oxygen depletion, reduced lung infections and prevented IICP in patient. The patient had an imbalance in sodium levels. Postoperative period, patients had a risk of IICP, a risk of infection entering the brain, depletion of water and nutrients and deprivation of daily routine. The nurse provided nursing care as planned. IICP did not occur, lung infections decreased. The patient's breathing tube was removed on 6 September 2023, and his condition gradually improved. The patient was discharged on 14 September 2023, total hospital stay for 17 days.

**Keywords:** cerebral aneurysm, cerebral aneurysm clamping surgery, lung infection

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (cerebral aneurysm) เป็นโรคที่เกิดกับหลอดเลือดแดงในสมองที่มีการโป่งพองออกมาเป็นกระเปาะ มักไม่แสดงอาการจนกว่าจะมีการแตกเกิดขึ้น เมื่อแตกแล้วจะทำให้มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแร็กนอยด์

[1] กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

(Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: ASAH) ซึ่งเป็นชนิดหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแร็กนอยด์จากโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองแตกมีความรุนแรงและเป็นเหตุให้เสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 50 และที่เหลือร้อยละ 20-30 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่เนื่องจากมีความผิดปกติทางระบบประสาท (neurological deficits) ในจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตนี้ มีจำนวนน้อยกว่า 1 ใน 3 ที่ฟื้นหายเป็นปกติได้ใน 18 เดือนหลังเกิดอาการภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแร็กนอยด์จากโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองแตกระยะวิกฤต ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาทและระบบต่างๆของร่างกายที่เกี่ยวข้องโดยภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาทที่พบบ่อยคือ การมีเลือดออกซ้ำ (re-bleeding) การหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง (cerebral vasospasm) ภาวะน้ำหล่อสมองและไขสันหลังคั่ง (hydrocephalus) การชักเกร็ง (seizure) และภาวะสมองบวม (cerebral edema) ด้วยปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลรักษา ฟื้นฟูอย่างถูกวิธีตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[1,2]

จากสถิติกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี 2564-2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาจำนวน 361 ราย, 381 ราย และ 269 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองจำนวน 2 ราย, 3 ราย และ 6 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยร้อยละ 5.49 มีภาวะติดเชื้อที่ปอด มีอัตราเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 7.69, 14.29 และ 9.52 ตามลำดับ[9] พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา และหลงเหลือความพิการให้น้อยที่สุด ตลอดจนมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

**กรณีศึกษา**

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 58 ปี สถานภาพคู่ อาชีพรับจ้างทั่วไป รับส่งต่อจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มารักษาตามสิทธิ วันที่ 25 สิงหาคม 2566

**อาการสำคัญ**

รับส่งต่อจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มารักษาตามสิทธิ หลังผ่าตัด Lt parietal craniotomy with aneurysm clipping 7 วัน

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน**

วันที่ 19 สิงหาคม 2566 ญาติสังเกต มีไข้ ซึมลง มีคลื่นไส้ อาเจียน 4 ชั่วโมง สังเกตอาการไม่ดีขึ้น จึงนำส่งโรงพยาบาล ส่งทำ CTA brain พบ Acute SAH at both parietal-temporal, saccular type AcoA aneurysm. ส่งไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หลังผ่าตัดส่งกลับมาดูแลต่อโรงพยาลพระนารายณ์มหาราช

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต**

ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยตรวจสุขภาพ

**ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว**

ทุกคนในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

Hct 33.2%, Hb 10.1 g/dl WBC 9,450 cells/uL, Monocyte 6.9%, MCV 74 pg, MCH 23.3 pg. Electrolyte Sodium 126 mmol/l $CO_2$ 23 mmol/l Potassium .1 mmol/l ผลการตรวจ CT Brain วันที่ 25 สิงหาคม 2566 พบ Chronic Lt SDH with mild ventricular dilatation with minimal IVH ผล EKG normal rate 100 ครั้ง/นาที

แรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง GCS E4VTM5 pupil Ø 2 mm RTL BE แขน ขา 2 ข้าง motor power grade 3 On ET-tube with Ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง เสมหะมากสีขาวขุ่น On NG for feeding สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 178/92 มิลลิเมตรปรอท On iv 0.9%NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr คู่กับ Nicardipine (1:5) เริ่มต้นที่ 20 µd/min หลังแพทย์พิจารณาผล CT brain ให้ Set

OR for Rt Ventriculostomy หลังผ่าตัดยังมีเกลือแร่ต่ำ Sodium 124 mmol/l ให้ 3% NaCO3 500 ml iv 30 ml/hr ให้ยาปฏิชีวนะ Tazocin 1.5 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง หลังจากผลเพาะเชื้อออกดื้อยาปรับเป็น Vancomycin 500 mg iv ทุก 12 ชั่วโมง เริ่ม Try wean ปรับ mode ventilator เป็น SPONT PEEP5 FiO2 0.4 FT 2 PS8 feed BD 300 ml ได้ทุกมื้อ สามารถหยุดเครื่องหายใจและ off ET-tube วันที่ 6 กันยายน 2566 เริ่มทำกายภาพบำบัด ไข้ลง Film chest ดีขึ้น และเริ่มรับประทานอาหารได้ตามลำดับ วันที่ 10 กันยายน 2566 set OR for VP shunt หลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน วางแผนจำหน่าย อาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 22 กันยายน 2566 รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 28 วัน นัดตรวจติดตามคลินิกศัลยกรรมประสาท และเวชศาสตร์ฟื้นฟู วันที่ 9 ตุลาคม 2566 GCS 15 คะแนน แขนขาทั้ง 2 ข้างมีกำลังมากขึ้น นัดติดตามต่อ 25 มีนาคม 2567 ขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลพบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล**

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ปัญหาที่ 1** ผู้ป่วยมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีหลอดเลือดสมองโป่งพอง | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>เพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดดำจากสมองเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ โดย ปรับระดับหัวเตียงให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อการไหลกลับของเลือดดำตามแรงโน้มถ่วงของโลก และการปรับตัวของสมองโดยการขับน้ำหล่อสมองให้ไหลลงสู่ช่องไขสันหลัง ทำให้ปริมาณสารเหลวในเวนตริเคิลลดลงจัดศีรษะผู้ป่วยอยู่ในแนวตรง ไม่ให้หักพับงอ ดูแลไม่ให้มีการเอนของศีรษะและไม่ให้มีการกดทับบริเวณลำคอ เพื่อป้องกันการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง จัดท่าไม่ให้มีการงอของข้อสะโพกผู้ป่วยมากกว่า 90 องศา จัดท่าให้นอนราบป้องกันการพับของข้อสะโพก ซึ่งจะทำให้มีการคั่งของเลือดในช่องท้องทำให้แรงดันในช่องท้องสูง เป็นผลให้แรงดันในช่องอกสูงขึ้นด้วย มีผลไปขัดขวางการไหลกลับของหลอดเลือดดำ ดูแลให้ยา Nicardipine (1:5) เริ่มต้นที่ 20 µd/min เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลง ประเมินระดับความดันโลหิตทุก 30 นาที พบว่าความดันโลหิตยังสูง (ความดันโลหิต 210/110 มิลลิเมตรปรอท) จึงปรับเพิ่มยาทีละ 5 µd/min ปรับถึง 25 µd/min จนความดันโลหิตคงที่ ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะอาการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตา ต่อแสง การอ่อนแรงของแขนขา Pulse pressure กว้างมากกว่า 40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น วางแผนรายงานแพทย์ทราบทันที ให้ยาลดความดันโลหิต และ ยากันชัก ทาง NG feed คือ Nimodipine (30) 2 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง Keppa (500) 1 tab oral bid pc ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยจัดท่านอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง ดูดเสมหะอย่างถูกวิธีและเท่าที่จำเป็น เพื่อไม่ให้เป็นการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ ไม่เกินครั้งละ 10-15 วินาที มีการระบายลมหายใจ (Hyperventilation) สลับการดูดเสมหะเพื่อไม่ให้คาร์บอนไดออกไซด์สูง แต่จะเพิ่มระดับออกซิเจนป้องกัน Hypoxia<br>**การประเมินผล**<br>GCS $E_4V_TM_5$ ขนาดรูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาดีทั้งสองข้าง Motor power grade 3 สัญญาณชีพ ชีพจร 100-110 ครั้ง/นาที การหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/90-168/95 มิลลิเมตรปรอท มีแผนการรักษาส่ง CT brain เพื่อดู hydrocephalus |
| **ปัญหาที่ 2** เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการติดเชื้อที่ปอด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ก่อน-หลังการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยทุกครั้ง ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่เหลว ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ ตั้งเครื่องช่วยหายใจ On Ventilator SIMV mode PS 6 PEEP 5 $FiO_2$ 0.4 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งด้วยการดูดเสมหะทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ sterile technique เพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะและป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ พ่นยา Beradual 1 NB พ่นทุก 4 ชั่วโมง สังเกตลักษณะสี กลิ่น จำนวนของเสมหะ และส่งเพาะเชื้อเพื่อการวินิจฉัยตามแผน การรักษา ดูแลความสะอาดช่องปาก และความสะอาดของร่างกายทั่วไป เพื่อลดแหล่งสะสมของเชื้อโรคทุก 8 ชั่วโมง ตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจไม่ให้น้ำไหลกลับเข้าสู่ผู้ป่วยและเปลี่ยนเครื่องช่วยหายใจทุก 72 ชั่วโมง เพื่อป้องกันและลดการติดเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะ Tazocin 1.5 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง<br>**การประเมินผล** |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5-37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-120 ครั้ง/นาที เสมหะใส ไม่ขุ่น และไม่มีกลิ่นเหม็น จำนวนลดลง ปริมาณ WBC 9,400 cells/$mm^3$ Film chest มี Infiltrate both lung ลดลง |
| **ปัญหาที่ 3** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโซเดียมต่ำ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะ Hyponatremia ได้แก่ ปวดศีรษะ สับสน อาเจียน ซึมลง และอาการของภาวะสมองบวม ชัก หมดสติ ตรวจวัดสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังและประเมิน อาการแสดงของภาวะ Hyponatremia ดูแลให้NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr เพื่อทดแทน ปริมาณ Na ที่สูญเสียออกมากับปัสสาวะ และเพิ่มความเข้มข้นของ Na ในเลือด ดูแลให้ 3% NaCl 500 ml iv drip rate 30 ml/hr ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ มีไข้ ผิวแห้งร้อน ปากแห้ง บวม กระหายน้ำ กระสับกระส่าย ปัสสาวะน้อย จะเกิดเนื้อเยื่อตายจากยารั่วออกนอกเส้นเลือด ติดตามผลการตรวจระดับ Na ในเลือดทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา และรายงานแพทย์ถ้าพบผลผิดปกติเพื่อพิจารณาให้การรักษาทันที<br>**การประเมินผล**<br>ภายหลังได้รับการดูแลรักษา ผู้ป่วยไม่ซึมลง ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาเจียน ผลการตรวจ electrolyte พบค่า Na = 137 mmol/L อยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| **ปัญหาที่ 4** ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การทำผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติด้วยกิริยาอ่อนโยนและเป็นมิตร เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ บอกญาติทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลว่าจะทำอะไรกับผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจในแผนการรักษาและคลายความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อข้องใจ และระบายความรู้สึก ต่าง ๆ พยาบาลรับฟังด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ตอบคำถามด้วยความมั่นใจ เต็มใจ เพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจและความคาดหวังที่ดีอธิบายให้ญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจในแผนการรักษาและคลายความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อข้องใจ และระบายความรู้สึกต่าง ๆ พยาบาลรับฟังด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ตอบคำถามด้วยความมั่นใจ เต็มใจ เพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจและความคาดหวังที่ดี อธิบายให้ญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจในแผนการรักษาและเตรียมผ่าตัด สำหรับด้านจิตใจ โดยอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงโรค อาการและการรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย รวมถึงแผนการรักษาขั้นต่อไปให้ญาติเข้าใจ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆ จากแพทย์หรือพยาบาลตามความเหมาะสมด้วยความเป็นมิตร เพื่อให้ญาติคลายความวิตกกังวล มีความเข้าใจในการรักษาและร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงความจำเป็นของการรักษาด้วยการผ่าตัดและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเพื่อให้ญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือและเซ็นใบยินยอมทำการผ่าตัด แจ้งให้ญาติ รับรู้เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยคร่าวๆ หลังผ่าตัด เพื่อให้ญาติเตรียมพร้อมด้านจิตใจ เช่น ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยอาจมีสายระบายเลือดออกจากแผลผ่าตัด เป็นต้น พร้อมทั้งอธิบายถึงการพยาบาลหลังผ่าตัดเพื่อให้ญาติคลายวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งที่วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ญาติมีความมั่นใจและสบายใจ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพื่อให้ญาติพอใจและมั่นใจในการพยาบาล ด้านร่างกาย ตรวจสอบระยะเวลาการงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักขณะดมยาระงับความรู้สึก โกนผมและทำความสะอาดหนังศีรษะ ก่อนส่งเข้าห้องผ่าตัด ระวังไม่ให้มีบาดแผลเพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป ความสะอาดปากและฟันเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ จากการดมยาก่อนการผ่าตัด เตรียมสิ่งของที่ต้องนำไปพร้อมผู้ป่วยส่งห้องผ่าตัด รายงานประวัติผู้ป่วย พร้อมใบเซ็นยินยอมผ่าตัด CXR และ Film CT scan of brain<br>**การประเมินผล**<br>ญาติมีสีหน้าแจ่มใส สดชื่นขึ้นบ้าง ญาติผู้ป่วยแสดงอาการสงบ ซักถามอาการน้อยลง และเข้าใจว่ามีเลือดออกในสมองไม่ลดลงกว่าเดิม จำเป็นต้องผ่าตัดใส่สายระบายเลือด |
| **ปัญหาที่ 5** อาจเกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจนซ้ำจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและสมองบวมหลังการผ่าตัด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้เลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้สะดวก ลดการคั่งของเลือดในสมอง สมองได้รับเลือดและออกซิเจนมากขึ้น จากการที่ระบบไหลเวียนดีและลดสมองบวม ดูดเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ดูดเสมหะทุก 2 ชั่วโมง และเมื่อมีเสียงครืดคราด ทั้งในท่อหลอดลมคอและในปาก และไม่ดูดนานเกิน 10-15 วินาที และช่วยหายใจด้วย Self Inflating Bagออกซิเจนความเข้มข้น 100% 3-5 ครั้ง ก่อนดูดเสมหะครั้งต่อไป |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | และดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตลักษณะเลือดที่ออกจากบาดแผลและดูแลให้ External ventricular drainage อยู่ระดับแนวเดียวกับหูตามแผนการรักษา เพื่อไม่ให้เกิดการขังของเลือดในบริเวณที่ผ่าตัด รวมทั้งจดบันทึกจำนวนเลือดที่ระบายออกจากแผลทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเสียเลือดและระวังไม่ให้สาย drain หลุด โดยตั้งระดับสายระบาย ดังนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและใส่ EVD มักจะให้นอนหงายศีรษะตรงสูงประมาณ 30-45 องศา (ตามแผนการรักษา) นำไม้บรรทัดอัน ที่ 1 แนบชิดกับรูหูของผู้ป่วยแลวัดไปในแนวเสนตรงขนานกับพื้น/เตียงในขณะที่ผู้ป่วยนอนหงาย ไปยังหัวเตียง นำไม้บรรทัดอันที่ 2 ใชวัดเป็น เสนตรงตั้งฉากกับไม้บรรทัดอันที่หนึ่งโดยแนบชิดกับขอบเตียงขึ้นไป 10-15 cm. เหนือระดับรูแลวใชเทปใสยึดติดไม้บรรทัดอันที่ 2 กับหัวเตียงเพื่อทำเป็น Land mark นำชุด EVD ที่เตรียมไว ไปติดตั้งกับระดับ Setting ที่ set เอาไวในขั้นตอนแรก โดยวัดจากจุดโคงสาย (จุดหยดน้ำ) ของกระเปาะ Set IV และยึดตรึงกระเปาะกับสาย EVD ด้วยเทปใสตามระดับ ที่กำหนดไว้ ติดป้ายเพื่อแจงเตือนเหนือเตียงผู้ป่วย “หามปรับระดับหัวเตียง” โดยจะปรับ ใหอยู่ในระดับ 30 องศา ตรวจดูสาย EVD ไม่ใหพับงอ เพื่อให CSF ไหลออกสะดวก บันทึกสี ลักษณะของ CSF รวมถึงปริมาณโดยการชั่งน้ำหนัก Transfer bag เดิม (น้ำหนัก 1gm = 1cc) หักลบกับน้ำหนักถุงเปล่า ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา คือ 0.9 % NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr. ตรวจและบันทึกสารน้ำที่ได้รับและจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 8 ชั่วโมง สังเกตอาการชักเกร็ง ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง เพราะการชักแต่ละครั้งทำให้สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอและทำให้สมองบวมมากขึ้น ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ลดความตึงเครียดจากอาการปวดแผลหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นสาเหตุให้ความดันในสมองสูงขึ้นได้ คือ Fentanyl 25 mcg iv ทุก 6 ชั่วโมง<br>**การประเมินผล**<br>ระดับความรู้สึกตัว GCS E4VTM5 รูม่านตา 2 มิลลิเมตร ปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังของแขนขา แขนขาซ้ายเคลื่อนไหวได้ระดับ 3 แขนขาขวาเคลื่อนไหวได้ระดับ 5 ไม่มีอาการอาเจียนพุ่งและปวดศีรษะ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9-38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ $O_2$ saturation 95-100% ความดันโลหิต 133/78-139/90 มิลลิเมตรปรอท |
| **ปัญหาที่ 6** เสี่ยงต่อการติดเชื้อเข้าสู่สมอง เนื่องจากมีแผลเปิดถึงสมอง | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยทุกครั้ง ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่เหลว ทำแผลแบบเทคนิคปราศจากเชื้อ ใช้ NSS ล้างแผล สังเกตลักษณะแผลไม่มีอาการบวม แดง ร้อน แต่มี discharge ไหลซึม รายงานแพทย์ทราบ ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยโดยใช้ Glasgow coma scale ทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากการติดเชื้อที่สมองจะมีผลทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลงได้ ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อจากการที่อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น อธิบายให้ญาติเฝ้าระวังผู้ป่วยแกะ เกาแผลบริเวณศีรษะ และระวังผู้ป่วยดึงสายระบาย ดูแลให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ คือ Tazocin (100mg/kg/day) 1 gm iv ทุก 8 ชั่วโมง สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ผื่นแดงตามร่างกาย แน่นหน้าอก<br>**การประเมินผล**<br>แผลที่ศีรษะแห้งดี ไม่บวมแดงไม่มีสารคัดหลั่งจากแผล ลักษณะสีของเลือดที่ออกจากสายระบายมีสีจางลงและจำนวนลดลงจนสามารถ off ได้ ในวันที่ 10 กันยายน 2566 |
| **ปัญหาที่ 7** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ส่วนลึก ข้อยึดติดและแผลกดทับ จากความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากลิ่มเลือดอุดตัน โดย ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันทุก 8 ชั่วโมง ได้แก่ ขาบวมข้างเดียว Unilateral leg swelling) ปวดที่ขาข้างเดียว Homan’s sign แสดงผลบวก ผิวหนังแดงและอุณหภูมิที่ผิวหนังสูงขึ้น สังเกตเห็นหลอดเลือดดำ ที่อยู่ในชั้นใต้ผิวหนังได้ชัดขึ้น และ ประเมินอาการปวดน่อง ชา หรือเป็นตะคริว อาการกดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบทุกเวร วัดเส้นรอบวงต้นขาและน่อง ถ้าพบว่าขาบวมข้างเดียวมากกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร รายงานให้แพทย์ทราบ ดูแลให้ได้รับน้ำประมาณ 2,000 - 3,000 ml/day เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายข้อแบบทำด้วยตนเอง (Active range of motion) หรือให้ผู้อื่นช่วยบางส่วน (Active assistive ROM) โดยใช้ท่ากระดกข้อเข่าขึ้นลง (Ankle pump) การหมุนข้อเท้า (Ankle cycle) และเลื่อนเท้าขึ้นลงบนเตียง (ankle slide) อย่างน้อยท่าละ 15 ครั้ง 2 รอบต่อวัน ป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยประเมินและบันทึกการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้ Barden scale และปฏิบัติ ตามแนวทางที่ประเมินได้ ดูแลผิวหนังไม่ให้อับชื้น พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง อย่างนุ่มนวล สังเกตรอยแดง |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | รอยช้ำตาม ปุ่มกระดูกต่างๆ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา ใช้อุปกรณ์ลดแรงเสียดทานในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ป้องกัน ข้อยึดติด โดยออกกำลังกายโดยให้มีการเคลื่อนไหวข้อทุกข้อ (Passive range of motion) วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที เพื่อรักษาความตึงตัวของกล้ามเนื้อ จัดให้นอนในท่าที่เหมาะสมและสุขสบาย โดยวางหมอนบางใต้เข่า หลีกเลี่ยงการเอาขามาไขว้กัน ดูแลทำ Passive Exercise ให้ขณะไม่รู้สึกตัว และกระตุ้นให้ทำ Active Exercise เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว และอาการคงที่ ปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อร่วมดูแลในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย<br>**การประเมินผล**<br>ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันที่ขา ข้อต่าง ๆ เคลื่อนไหวได้ จนสุดพิสัย ผิวหนังตามปุ่มกระดูกต่างๆ ไม่มีรอยแดงหรือแผลกดทับ |
| **ปัญหาที่ 8** เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล ดูแลสายยางต่อลงถุงให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา ดูแลไม่ให้เกิดการไหลย้อนกลับของปัสสาวะในถุงปัสสาวะโดยแขวนถุงปัสสาวะในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะเสมอ เมื่อจำเป็นต้องยกถุงสูงกว่า เช่น ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้หนีบสายยางก่อนทุกครั้ง ดูแลไม่ให้เกิดการคั่งของน้ำปัสสาวะ โดยระวังไม่ให้สายหัก พับ งอ และประเมินภาวะกระเพาะปัสสาวะเต็ม โดยสังเกตการณ์โป่งตึงบริเวณหัวเหน่าทุกเวร ใช้พลาสเตอร์ติดสวยสวนปัสสาวะในตำแหน่งที่ถูกต้องเสมอ โดยติดบริเวณหน้าขาด้านบนและระวังไม่ให้เกิดการเคลื่อนเข้า-ออกของสายสวนปัสสาวะใช้สำลีชุบ Alcohol 70 % เช็ดจุกปิดถุงปัสสาวะภายหลังเทปัสสาวะทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก วันละ 2 ครั้ง และเมื่อมีการเปื้อนสกปรกภายหลังการถ่ายอุจจาระ วัดและบันทึกอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส เช็ดตัวลดไข้ เมื่อไข้ไม่ลดลงให้ยาลดไข้ โดยให้ paracetamol (500 mg) 1 tab ๏ ทุก 4 ชั่วโมง สังเกต บันทึกลักษณะสี กลิ่น และจำนวนของปัสสาวะที่ออกทุกเวร<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ 37.1-37.4 องศาเซลเซียส ปัสสาวะสีใส ปกติ ไม่ขุ่น ไม่พบ discharge ไหลจากช่องทางเดินปัสสาวะ |
| **ปัญหาที่ 9** ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง และแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) เพื่อให้คำแนะนำญาติในการให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ 140/90 mmHg อธิบายการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ โดยลดอาหารที่มีรสหวานหรือน้ำตาลสูง อาหารรสเค็ม หรือมีเกลือโซเดียมสูง ลดอาหารที่มีไขมันสูง เพิ่มการรับประทานผักสดและผลไม้ที่ไม่หวานจัด ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ BMI อยู่ในช่วง 19-23 kg/m2 รับประทานยาลดความดันโลหิต ตามแผนการรักษาของแพทย์หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดอารมณ์เครียดหรือผ่อนคลายความเครียด โดยวิธีนอนหลับพักผ่อน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก โรคความดันโลหิตสูงและต้องมาพบแพทย์ดังนี้ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น เวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อนแนะนำการใช้ประโยชน์จากสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน แก่ญาติ กรณีมีเหตุฉุกเฉินที่ต้องการคำปรึกษาหรือการช่วยเหลือ ชี้แจงและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัด ประสานทีม HHC เวชกรรมสังคม เพื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และเยี่ยมติดตามดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับไปบ้าน<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถบอกแผนการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้านได้ และตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านได้ เช่น การรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้อย่างถูกต้อง สามารถสาธิตย้อนกลับการจัดท่านอน การออกกำลังกาย การให้อาหารทางสายยาง การฉีดยาอินซูลินได้อย่างถูกต้อง |

**อภิปรายผล**

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพทำให้ไม่ทราบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงซ่อนอยู่ จึงไม่ได้รับการรักษา ทำให้มีภาวะของหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น แต่เนื่องจากไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรค คือไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ทำให้หลังผ่าตัดเมื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ของการรักษา ผู้ป่วยจึงไม่มีภาวะเลือดออกซ้ำ นอกจากนี้ยังได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งและลดภาวะ hydrocephalus หลังผ่าตัดไม่พบภาวะสมองขาดเลือดในระยะหลัง มีการสังเกตลักษณะแผล เช่น บวม แดง ร้อน หรือการมีสารคัดหลั่ง เพื่อประเมินอาการที่บ่งบอกว่ามีการติดเชื้อ ทำแผลโดยยึดหลัก aseptic technique ติดตามอาการทางระบบประสาท และสัญญาณชีพ หลังถอด EVD แผลแห้งดี ไม่มี CSF ซึม ไม่มีไข้ ได้รับการทำกายภาพบำบัดจนแขนขาขยับได้เกรด 5[3,4,5]

**ข้อเสนอแนะ**

1. ด้านผู้ป่วย ควรมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรเพิ่มพูนความรู้พยาบาลศัลยกรรมเพื่อให้มีสมรรถนะและทักษะในการดูแลผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด Clipping Aneurysm ที่รับ Refer Receive

**เอกสารอ้างอิง**

1.จิตติมา แสงสุวรรณ. (2560). เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

2.บุบผา ไวยพัฒน์. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพอง: กรณีศึกษา.
วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย; 6(1): 71-9.

3.วรรณา ปัดทพัด (2564). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นูสภาพ : กรณีศึกษา. วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย; 14(2).

4.วิไล สุรสาคร. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3; 19(3): 221-226.

5.ศิริอร สินธุ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ( Nursing care for stroke patients). สภาการพยาบาล:ยิ้มการพิมพ์.

6.อุษา พ่วงสมจิตร. (2564). https://www.yrh.moph.go.th/wp-content/uploads/2021/10/Km-28102021.pdf.

7.Shah KB, Shrestha S, Jaiswal SK, Qian LB, Kui CL. (2018). Aneurysm clipping and outcome for Hunt & Hess grade 4, 5 subarachnoid hemorrhage - a literature review. OJMN; 8(2): 215-32.

8.Inagawa T. (2016). Risk factors for cerebral vasospasm following aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a review of the literature. World Neurosurg; 85: 56-76.

9.กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์. (2566). รายงานสถิติการบริการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี: โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

# ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตามแนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพแบบบูรณาการในชุมชน

# The Effects of a Self-management Promotion Program on Self-care Behaviors and Blood Sugar Levels of Elderly Diabetic Patients According to the Concept of Integrated Health Management in the Community

(Received: February 21,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**จารุมน ลัคนาวิวัฒน์[1], มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์[2], ประภา จันทร์ประทีป[3], ณัฐกฤตา สิทธิชัย[4]**
**Jarumon Lukkanawiwat[1], Mayuree Lakkanasirorat[2], Prapa Junpratep[3], Nattakrita Sittichai[4]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) วัดกลุ่มเดียวก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest One Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตามแนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพแบบบูรณาการในชุมชน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2565 - เดือนสิงหาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (HbA1c ≥ 7.0%) โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 ของ Jacob Cohen และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ( Simple Random Sampling ) ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดโดยพยาบาลวิชาชีพประจำสถานบริการปฐมภูมิ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน และออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยนำแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของเครียร์ 6 ขั้นตอน มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ด้วยสถิติ Paired Sample T-Test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตามแนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพแบบบูรณาการในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทั้ง 4 ด้าน หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าน้ำตาลในเลือด HbA1c หลังได้รับโปรแกรมลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

**Abstract**

This research was quasi experimental Research compared before and after the experiment in the same group. The objective is to study the effect of the self-management promotion program on self-care behavior and blood sugar levels of elderly diabetic patients. According to the concept of integrated health conditions management in the community Between August 2022 - August 2023, the sample of 32 people were elderly diabetics with poor blood sugar levels (HbA1c ≥ 7.0%), by calculating the sample size with Jacob Cohen's G*Power version 3.1.9.4 program and Simple Random Sampling with an un replacement method. Collecting data using general records, blood pressure and blood pressure levels by primary care nurses. 4 aspects of health behavior questionnaire, and designing a self-management promotion program by applying the concept of Creer's 6-step

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง Corresponding author; e-mail jarumon.lw@gmail.com
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง
[3] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองช้างแล่น อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง
[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองช้างแล่น อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

nursing theory to apply self-management to change health behavior, analyzing data using descriptive statistics, and comparing.

The results of the study found that Elderly diabetic patients after receiving a program to promote self-management of behavior. Self-care and this level Blood sugar in elderly diabetic patients. According to the concept of integrated health management in the community, elderly diabetic patients had a average score of health behavior in 4 aspects after receiving the program higher than before receiving the program. And the blood sugar value HbA1c after receiving the program decreased from before receiving the programs, statically significant.

**Keywords:** Self-management promotion program, blood sugar level, Elderly diabetic patients

**บทนำ**

ปัญหาสุขภาพอันดับต้นของสังคมในขณะนี้ คือ โรคจากพฤติกรรรมทางสุขภาพ คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 ทำให้เห็นภาพปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยที่แนวโน้มยังคงต้องได้รับการแก้ไข เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีกิจกรรมทางกายและการกินผักผลไม้ไม่เพียงพอ ฯลฯ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพข้างต้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะภาวะอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลต่ออุบัติการณ์โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อันเป็นภาระของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น มาตรการป้องกันและลดภาระโรคเหล่านี้จึงเป็นประเด็นสำคัญ[1]

จากการศึกษาข้อมูลเชิงระบาดวิทยาการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ปีพ.ศ. 2562-2564 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบมากที่สุดได้แก่ ประเภทหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (รหัส ICD10 I63-I64) ร้อยละ 89.90 พบในกลุ่มอายุ ≥ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.60 มีโรคประจำตัว (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ) ร้อยละ 57.7 มีไขมันในเลือด Total cholesterol ≥ 200 mg/dl ร้อยละ 51.3 มีภาวะอ้วนลงพุง รอบเอวเกิน (รอบเอว ≥ ส่วนสูง/2) ร้อยละ 59.0 พบมากในผู้เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ไม่ดี (HbA1c ≥ 7.0%) ร้อยละ 70.6 และผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี (BP ≥ 140/90 mmHg) ร้อยละ 79.6 และเมื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านเพศ อายุ โรคประจำตัว ค่าความดันโลหิต รอบเอว ค่าไขมันในเลือด ก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำปัจจัยดังกล่าวมาประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (TCV risk score) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบมากที่สุดในผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคนๆ เดียวกันและมีความเสี่ยง TCV risk score ≥ 30% ร้อยละ 24.4

จังหวัดตรังพบผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c < 7.0%) ปีงบประมาณ 2559-2562 เท่ากับร้อยละ 23.19 23.14 22.93 และ 28.04 ตามลำดับ และอำเภอห้วยยอด มีผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c < 7.0%) ปีงบประมาณ 2559-2562 เท่ากับร้อยละ 19.06 20.89 15.82 และ 36.07 ตามลำดับ ซึ่งในปีงบประมาณ 2562- 2563 เครือข่ายสุขภาพอำเภอห้วยยอด มีการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ[2] ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นในปีงบประมาณ 2563 คิดเป็นร้อยละ 40.84 แม้ว่าโดยรวมผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอห้วยยอด สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (HbA1c ≥ 7.0%) ก็ยังมีถึงร้อยละ 59.16

และจากข้อมูลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ปีงบประมาณ 2563 2564 และ 2565 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c < 7.0%) เพียงร้อยละ 41.23 43.07 และ 43.12 ตามลำดับ ซึ่งหากผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเลือดได้ดีหรือควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองที่พบได้มากในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของอำเภอห้วยยอด[3]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุตามแนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพแบบบูรณาการในชุมชน โดยนำแนวคิดทฤษฎีของเครียร์[4] มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สามารถควบคุมโรคได้ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนระดับน้ำตาลในเลือดฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ระยะดำเนินการวิจัย เดือน สิงหาคม 2565 - เดือนสิงหาคม 2566

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ที่ยังคงรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลห้วยยอดหรือคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายสุขภาพอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง สิงหาคม 2566

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ที่ยังคงรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลห้วยยอดหรือคลินิกหมอครอบครัว ที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ไม่ดี (HbA1c ≥ 7.0%) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (sample size) และขนาดอิทธิพล (effect size) โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 ของ Jacob Cohen[5] ทำการทดสอบแบบทางเดียว ด้วยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power) ที่ระดับ .8 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า ($\alpha$) เท่ากับ .05 ผู้วิจัยคำนวณค่าอิทธิพล (effect size) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล[6] ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ จำนวน 32 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ( Simple Random Sampling ) ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่

**เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)**

-ผู้ป่วยเบาหวานอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ

-ผู้ป่วยเบาหวานอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living – ADL) มีค่า ADL 12 คะแนนขึ้นไป[7]

-ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (ฮีโมโกลบินเอวันซี A1C ≥ 7.0%)

**เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)**

-ผู้ป่วยเบาหวานอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามก่อนและหลังเข้าโปรแกรมได้ครบถ้วนสมบูรณ์

**วิธีการศึกษา**

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) วัดกลุ่มเดียวก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest One Group Design) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าคะแนนระดับน้ำตาลในเลือดฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง วิเคราะห์โดยสถิติ Paired Sample t-test

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามเพื่อการวิจัย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป 6 หัวข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน 30 ข้อคำถาม

2.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกค่าความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด โดยพยาบาลประจำสถานบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตามแนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพแบบบูรณาการ

**วิธีดำเนินการวิจัย**

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของเครียร์ ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินผลข้อมูล การตัดสินใจในการปฏิบัติ การปฏิบัติ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยมีกิจกรรมสอดคล้องกระบวนการ 6 ขั้นตอน จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลา 13 สัปดาห์

**พบกันครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและเก็บข้อมูล**

**สัปดาห์ที่ 1** มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2 กิจกรรม ได้แก่

**กิจกรรมที่ 1** ตั้งเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกัน (Goal selection)

สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ทำความรู้จักกัน กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนเข้าโปรแกรม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพฤติกรรม 4 ด้าน เจ้าหน้าที่กรอกข้อมูลด้านสุขภาพใน “แบบบันทึกค่าความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด โดยพยาบาลประจำสถานบริการปฐมภูมิ” ของกลุ่มตัวอย่าง เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบงดอาหาร (DTX) ทบทวนค่าระดับน้ำตาลในเลือดฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรม และให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม ทุกคนในกลุ่มให้ตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยบอกค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ตนเองคาดหวังที่จะทำให้ได้ พูดคุยแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 2** รวบรวมและทบทวนข้อมูลภาวะสุขภาพของตนเอง (Information collection)

ให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนสังเกตตนเอง ว่ามีอาการอะไรบ้างที่ผิดปกติไปจากเดิม เช่น หิวบ่อย คอแห้ง กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลีย อาการเกิดขึ้นเมื่อไร เกิดบ่อยแค่ไหน อาการรบกวนมากน้อยอย่างไร อาการอะไรที่รบกวนสุขภาพมากที่สุด รวมทั้งพูดคุยแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม และบันทึกอาการของตนเองใน “แบบบันทึกค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด โดยพยาบาลประจำสถานบริการปฐมภูมิ” โดยกลุ่มตัวอย่างนำแบบบันทึกกลับบ้าน

**สัปดาห์ที่ 2-6** กลุ่มตัวอย่างนำ “แบบบันทึกค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด โดยพยาบาลประจำสถานบริการปฐมภูมิ” ไปพบเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อเจาะน้ำตาลปลายนิ้วขณะงดอาหาร (DTX) ในสัปดาห์ที่ 2 -6 โดยในแต่ละครั้ง เจ้าหน้าที่จะประเมินติดตามพฤติกรรม 4 ด้าน พร้อมให้คำแนะนำและบันทึกข้อมูลผลเลือดและพฤติกรรมในแบบบันทึก และให้ผู้ป่วยนำแบบบันทึกกลับบ้าน

**พบกันครั้งที่ 2 การติดตามภาวะสุขภาพและสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**

**สัปดาห์ที่ 7** มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3 กิจกรรม ได้แก่

**กิจกรรมที่ 3** การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation)

เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว DTX ให้กลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่มเหมือนเดิม (แต่ละคนเปลี่ยนกลุ่มคละกัน ไม่อยู่กลุ่มเดิมทั้งหมด) ทบทวนผลน้ำตาลปลายนิ้ว DTX ของสัปดาห์ที่ 2 - 7 และทบทวนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ว่าใครยังมีพฤติกรรมหรืออาการปกติที่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป หรือมีเหตุปัจจัยอันใดที่ส่งผลให้ระดับน้ำตาลลดลงหรือเพิ่มขึ้น

**กิจกรรมที่ 4-5** การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการลงมือปฏิบัติ (Decision making and action)

ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจจากบุคคลต้นแบบที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น เกิดแรงจูงใจ ชักนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบอย่างที่ดีที่กระทำมา

**สัปดาห์ที่ 8-12** ให้กลุ่มตัวอย่างนำ “แบบบันทึกค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดโดยพยาบาลประจำสถานบริการปฐมภูมิ” ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ เพื่อเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว DTX ในสัปดาห์ที่ 8-12 และเจาะเลือดเพื่อตรวจ HbA1c ซ้ำในสัปดาห์ที่ 12 โดยในแต่ละครั้ง เจ้าหน้าที่จะประเมินติดตามพฤติกรรม 4 ด้าน พร้อมให้คำแนะนำ และบันทึกข้อมูลผลเลือดและพฤติกรรมในแบบบันทึก ให้ผู้ป่วยนำแบบบันทึกกลับบ้าน

**พบกันครั้งที่ 3 การประเมินผลหลังเข้าโปรแกรม**

**สัปดาห์ที่ 13** มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 1 กิจกรรม ได้แก่

**กิจกรรมที่ 6 การสะท้อนตนเอง (Self-reaction)**

ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้าน ทบทวนผลน้ำตาลปลายนิ้ว DTX ผลน้ำตาล HbA1c หลังเข้าโปรแกรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่มเหมือนเดิม (แต่ละคนเปลี่ยนกลุ่มคละกัน ไม่อยู่กลุ่มเดิมทั้งหมด) พูดคุยแลกเปลี่ยนกันประเมินตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ และวางแผนจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องอย่างไรต่อไป เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงเกณฑ์ปกติ

**การตรวจสอบเครื่องมือ** แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน 30 ข้อคำถามและโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองได้ผ่านการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลห้วยยอด 2) พยาบาลเฉพาะทางสาขาผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) พยาบาลเฉพาะทางสาขาผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) และผ่านการอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long term care) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง มีการตรวจสอบความตรง ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

**กระบวนการเก็บข้อมูล**

**ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้**

1. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง พร้อมทั้งอธิบาย ชี้แจงการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ
4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนเชิงเนื้อหาไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

**การวิเคราะห์ผลการวิจัย**

วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ดังนี้

1. นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจความสมบูรณ์ของแบบสอบถามซึ่งครบถ้วนสมบูรณ์ทุกฉบับ

2. นำแบบสอบถามที่มีข้อความสมบูรณ์มาจัดระเบียบข้อมูลลงรหัส

3. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง วิเคราะห์โดยสถิติ Paired Sample T-Test

5. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนระดับน้ำตาลในเลือดฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง วิเคราะห์โดยสถิติ Paired Sample T-Test

**จริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ หนังสือรับรอง เลขที่ 021/2566 อนุมัติ ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2566

**ผลการวิจัย**

**คุณลักษณะทางประชากร** พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.7 มีอายุเฉลี่ย 70.66 ปี อายุต่ำสุด 61 ปี อายุมากที่สุด 87 ปี โดยมีอายุมากที่สุดช่วงอายุ 66-70 ปี ร้อยละ 40.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.37 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาทั้งหมด มีรายได้ของครอบครัว น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานระหว่าง 11-20 ปีมากที่สุด ร้อยละ 40.63 และมีโรคร่วมโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 87.5 รองลงมามีโรคร่วมไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 43.75

**ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง วิเคราะห์โดยสถิติ Paired Sample T-Test**

**ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง (n=32)**

| พฤติกรรม | ก่อน | หลัง | ระดับ | |
|---|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$ ± SD | $\bar{x}$ ± SD | ก่อน | หลัง |
| | Min - Max | Min - Max | | |
| ด้านการใช้ยา | 13.44 ± 1.105 | 21.69 ± 1.030 | ปานกลาง | ดี |
| | 12 - 15 | 20 - 23 | | |
| ด้านการรับประทานอาหาร | 17.25 ± 1.320 | 28.00 ± 0.842 | ปานกลาง | ดี |
| | 16 - 20 | 27 - 29 | | |
| ด้านการออกกำลังกาย | 11.31 ± 1.091 | 16.03 ± 0.861 | ปานกลาง | ดี |
| | 10 - 13 | 15 - 17 | | |
| ด้านการจัดการกับอารมณ์ | 11.41 ± 1.073 | 16.47 ± 1.164 | ปานกลาง | ดี |
| | 10 - 13 | 15 - 18 | | |
| พฤติกรรมโดยรวม | 53.41 ± 2.212 | 82.19 ± 2.235 | ปานกลาง | ดี |
| | 48 - 59 | 78 - 86 | | |

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ทั้ง 4 ด้านและโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยพบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี

**ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการกับอารมณ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired Sample t-test (n=32)**

| พฤติกรรมสุขภาพ | ก่อน | หลัง | t | P value |
|---|---|---|---|---|
| | $\bar{X}$±SD | $\bar{X}$±SD | | |
| ด้านการใช้ยา | 13.44 ± 1.105 | 21.69 ± 1.030 | -40.095 | <.01 |
| ด้านการรับประทานอาหาร | 17.25 ± 1.320 | 28.00 ± 0.842 | -36.942 | <.01 |
| ด้านการออกกำลังกาย | 11.31 ± 1.091 | 16.03 ± 0.861 | -17.222 | <.01 |
| ด้านการจัดการกับอารมณ์ | 11.41 ± 1.073 | 16.47 ± 1.164 | -19.075 | <.01 |
| พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม | 53.41 ± 2.212 | 82.19 ± 2.235 | -54.225 | <.01 |

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง พบว่า พฤติกรรมด้านการใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยทุกด้านหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

**ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนระดับน้ำตาลในเลือดฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง วิเคราะห์โดยสถิติ Paired Sample t-test**

**ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย HbA1c ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired Sample t-test (N=32)**

| HbA1c | ก่อนพัฒนา | | หลังพัฒนา | | t | P value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| | $\bar{X}$±SD = 9.769 ± 1.7764 Min-max = 7.1-12.8 | | $\bar{X}$±SD = 8.000 ± 1.5076 Min-max = 5.7-11.5 | | | |
| < 7.0% | | | 9 | 28.1 | 7.187 | <.01 |
| 7.0% - < 8.0% | 7 | 21.9 | 9 | 28.1 | | |
| 8.0% - < 10.0% | 10 | 31.2 | 8 | 25.0 | | |
| 10.0% - < 12.0% | 9 | 28.1 | 6 | 18.8 | | |
| ≥ 12.0% | 6 | 18.8 | 0 | 0.0 | | |
| รวม | 32 | 100.0 | 32 | 100.0 | | |

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย HbA1c ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($p < .05$) โดยพบว่า

หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ค่าคะแนนเฉลี่ย HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c < 7.0% มีจำนวนเพิ่มขึ้น

**อภิปรายผล**

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตามแนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพแบบบูรณาการในชุมชน พบว่า การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง จำเป็นต้องส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของเครียร์ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุเข้าถึงการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการได้รับรู้ข้อมูลและตื่นตัวต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ต่อการเผชิญและแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อการดูแลตนเอง โดยการช่วยเหลือของพยาบาลประจำสถานบริการปฐมภูมิที่เข้าถึงประชาชนมากที่สุด ซึ่งหลังจากผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยได้รับการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยารักษาเบาหวาน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ จากพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ เป็นระยะเวลา 13 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นเตือนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ของพัชรี อ่างบุญตาและคณะ[8] ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทำการศึกษากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีการสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การตั้งเป้าหมาย การกำหนดผลการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายควบคุมโรคเบาหวาน และสนับสนุนการจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ปัญหาทางอารมณ์ การประสานความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการตนเองที่บ้านโดยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน และการใช้โทรศัพท์ติดตาม วัดพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี พบว่า คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและภายหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับโมโกลบินเอวันซีต่ำลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ รังสิมา รัตนศิลา และคณะ[9] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า หลังจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนดูแลรายบุคคลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การให้ความรู้และคำแนะนำ การเยี่ยมบ้าน การติดตามและกระตุ้นทางโทรศัพท์ และกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

นอกจากการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน มีการติดตามตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว DTX ซึ่งได้นำรูปแบบการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-monitoring of blood glucose, SMBG) มาประยุกต์ใช้ และการตรวจติดตามระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c อย่างเป็นระบบในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้ำตาลสะสม

ในเลือด HbA1c หลังได้รับโปรแกรมลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณภา สิทธิปานและคณะ[10] ผลของโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ต่อระดับน้ำตาลสะสม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามปกติอย่างเดียว และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามปกติร่วมกับโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย การประเมินปัญหา การเตรียมผู้ป่วยเพื่อจัดการตนเอง การจัดการตนเอง และการประเมินผล โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลสะสมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของระดับน้ำตาลสะสมลดลงมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว

**ข้อเสนอแนะ**

รูปแบบการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการอื่นๆต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1.วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ และ วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. 2564.

2.จารุมน ลัคนาวิวัฒน์, มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์, ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์ และ ธีระยุทธ์ แซ่ฮ่อ. การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการประสานการดูแล จากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566; 8(1):56-66.

3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี. สืบค้นเมื่อ 1 เมษายน 2566 จาก https://trg.hdc.moph.go.th/hdc/admin/exchange_list.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11

4.Creer, T. L. Self-management. In M. Bockaeets, R. Pintrich & M. Zeidner (Eds.), Handbook of Self regulation. San diego, California: Academic Press. 2000.

5.Cohen, J. Statistical power analysis for the behavior sciences. (2nd Edition).1988.

6.Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. Elsevier Health Sciences. 2012.

7.การประเมินคัดกรอง ADL. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 เมษายน 2566 จาก https://shorturl.at/apKLY

8.พัชรี อ่างบุญตา, ลินจง โปธิบาล และ ณัฐพงศ์ โฆษชุณหนันท์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2554.

9.รังสิมา รัตนศิลา, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ, สิรินทร ฉันศิริกาญจน, สิริประภา กลั่นกลิ่น และ พัชราพร เกิดมงคล. ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้.วารสารพยาบาลสาธารณสุข.2558; 29(1):67-79.

10. วรรณภา สิทธิปาน และ ฉัตรชัย ไข่เกษ. ผลของโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ต่อระดับน้ำตาลสะสม. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2558; 32(1):68-82.

# การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี
# Development of participatory care processes for diabetes patients Chai Badan District Lopburi Province.

(Received: February 21,2024 ; Revised: February 24,2024 ; Accepted: February 27,2024)

**ชูพงษ์ คงเกษม[1] จินตนา เนียมคำ[2] ณัฐพร ขำเปลี่ยน[3]**
**Chupong Kongkasem[1] Jintana Niamkham[2] Natthaphon Khamplian[3]**

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2564 - เดือนกันยายน 2566 รวม 24 เดือน เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t-test และ F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า ระยะที่ 1 ระยะวิจัย สภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ก่อนการดำเนินงาน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ปกติ ร้อยละ 11.76 หลังดำเนินการ ร้อยละ 15.03 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความเข้าใจต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของภาคีเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน ระยะที่ 2 ระยะขยายผล พฤติกรรมสุขภาพและความเข้าใจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ และสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี หลังดำเนินงาน ดีขึ้นมากกว่าก่อนการดำเนินงาน

**คำสำคัญ** : การพัฒนากระบวนการ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน การมีส่วนร่วม

**ABSTRACT**

This study was research and development aimed to study health behavior. The health conditions and context of diabetic patients and study the development of diabetic care processes through participation. Chai Badan District Lopburi Province There is a period of study. Between October 2023 - September 2024, a total of 24 months, collecting data from databases and questionnaires. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation. Dependent t - test and F - test with One way ANOVA technique.

The resultts of the study found that Phase 1 Research phase: health conditions and health behaviors of diabetic patients, Sub Sai Sadistic, Chai Badan District Lopburi Province Before operation There were 11.76% of diabetic patients whose sugar levels were controlled normally after the operation,15.03%. Overall and each aspect was highest level and comparison of health behaviors of diabetic patients and comprehensive of behavior of diabetic patients of health network partners, Sub Sal Sadistic, Chai Badan District Lopburi Province Before and aifter the operation, it was found that overall and each aspect were

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
[2] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชัยบาดาล
[3] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์

significantly different at the Q.05 level After the operation, there were Health behaviors of diabetic patients in Sub Sal Sadistic, Chai Badan District. Lopburi Province Better before operation. Phase 2 Development phase; Overall and each aspect was highest level in every sub-district. Health behavior and comprehensive of health behavior of diabetic patients between sub-district health promotion hospitals Before and after the operation, it was found that there was a statistical significant difference at the 0.05 level Aftier the operation Health behaviors of diabetic patients has a higher average score than before the operation and health conditions of diabetic patients Chai Badan District Lopburi Province after operation Better than before the operation

**Keywords:** process development, caring for diabetic patients, participation

**บทนำ**

โรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ[1] ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมที่ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติสมาคมเบาหวานแห่งอเมริการ่วมกับองค์การอนามัยโลก จัดประเภทของโรคเบาหวานไว้ 4 ประเภท ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Diabetes mellitus type 1) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetes mellitus type 2) โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะอื่น ๆ (Other specifics type of diabetes) และโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบมากในประเทศไทย ประมาณร้อยละ 95 ของโรคเบาหวานทุกชนิด[2]

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น และจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี 2557 พบคนไทยเป็นเบาหวานมากขึ้นทุกช่วงอายุ จากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 นอกจากนี้ในประเทศกำลังพัฒนาโรคเบาหวานยังเป็นโรคที่พบมากขึ้น เนื่องจากลักษณะของการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปตามแบบตะวันตก ทำให้ได้รับอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น[3]

การดูแลและการควบคุมโรคเบาหวาน คือ การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลที่เหมาะสม และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ ซึ่งจะต้องมีการประเมินผลการดูแลเป็นระยะ นำผลที่ได้จากการประเมินมาพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพซึ่งเกิดจากการผสมผสานขององค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ (1) การจัดการระบบบริการสุขภาพ (2) การประสานงานกับชุมชน (3) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย (4) การออกแบบระบบบริการสุขภาพใหม่ (5) การมีระบบฐานข้อมูลทางคลินิก (6) การมีระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกของคณะผู้บริการ และการประเมินกิจกรรมดำเนินการให้เกิดผลในทางปฏิบัติ และ (7) การบูรณาการทุกองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[4]

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี พบว่า ยังขาดรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยารักษาโรค การรับรู้และความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม เป็นพื้นฐานของแนวความคิดสำคัญในการดูแลตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงของการดำเนินของโรค ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นล้วนมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุและผลต่อกัน เป็นผลรวมมาจากการปฏิสัมพันธ์ทั้งระบบร่วมกับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นมาตรการที่สำคัญและจำเป็นอย่าง

หนึ่งในการควบคุมป้องกัน ลดอัตราการป่วยและตายจากโรคเบาหวาน

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาสามารถนำองค์ความรู้ ไปเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในการควบคุมป้องกันโรค และให้การสนับสนุนการดำเนินงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชนให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. ศึกษาสภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

2. ศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

3. ศึกษาการขยายผลกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

4. ศึกษาผลการขยายผลกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

**วิธีการวิจัย**

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการวิจัยและพัฒนา ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 - เดือนกันยายน 2565 รวม 12 เดือน ระยะขยายผลระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - เดือนกันยายน 2566 รวม 12 เดือน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี โดยการเลือกแบบเจาะจงกำหนดให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำร่อง ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 153 คน แล้วจึงขยายผล ไปอีก 18 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซับตะเคียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโสม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยายโต๊ะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาสมโภชน์ ตำบลบัวชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลาทิพย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมลำนารายณ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สามัคคี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะนาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าดินดำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงค่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะกอกหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยบาดาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยบาดาลยุคใหม่ ตำบลชัยบาดาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาแหลม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยหิน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยนารายณ์

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

1.1 การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ประกอบด้วย กิจกรรม/ขั้นตอนของการพัฒนากระบวนการในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ประกอบด้วย

1) การวิเคราะห์ สภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

โดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

2) กำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

3) กำหนดบทบาทเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ตามกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

4) พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ตามบทบาทในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

5) ดำเนินการและติดตามประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

6) สรุป ถอดบทเรียน

7) ขยายผลไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีก 18 แห่ง

1.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

1.3 การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ตามบทบาทในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[5]

| คะแนนเฉลี่ย | แปลผล |
|---|---|
| 4.21 - 5.00 | มีพฤติกรรมเหมาะสมมาก |
| 3.41 - 4.20 | มีพฤติกรรมเหมาะสม |
| 2.61 - 3.40 | มีพฤติกรรมพอใช้ |
| 1.81 - 2.60 | มีพฤติกรรมต้องปรับปรุง |
| 1.00 - 1.80 | มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม |

2.2 แบบวัดความเข้าใจต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของภาคีเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

| 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) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิด และข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .944 แบบวัดความเข้าใจต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .920

2.3 แบบบันทึกสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

**จริยธรรมงานวิจัย**

การศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

**วิธีดำเนินการวิจัย**

1. การวิเคราะห์สภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

2. กำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

3. กำหนดบทบาทเครือข่ายสุขภาพ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ตามกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

4. พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ตามบทบาทในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

5. ดำเนินการและติดตามประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

6. สรุป ถอดบทเรียน ทบทวนกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุก 3 เดือน

7. ขยายผลไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีก 18 แห่ง

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t-test และ F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA

**ผลการวิจัย**

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย

1. สภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ก่อนการดำเนินงาน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ปกติ ร้อยละ 11.76 หลังดำเนินการ ร้อยละ 15.03

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ในทุกตำบล หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

3. ความเข้าใจต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของภาคีเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ในทุกตำบล หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความเข้าใจต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของภาคีเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความเข้าใจต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของภาคีเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

5. กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน

ซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ประกอบด้วย

5.1 การวิเคราะห์สภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

5.2 การกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

5.3 การกำหนดบทบาทเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ตามกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

5.4 การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ตามบทบาทในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

5.5 การดำเนินงานและติดตามประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับไทร ตำบลศิลาทิพย์ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

5.6 สรุป ถอดบทเรียน

ระยะที่ 2 ระยะขยายผล

1. สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ก่อนดำเนินงาน พบว่า

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยบาดาล ชัยนารายณ์ ศิลาทิพย์ ห้วยหิน ม่วงค่อม และบัวชุม มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ปกติ ร้อยละ 28.15, 43.08, 34.0655.29 27.96 และ 39.51 ตามลำดับ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาสมโภชน์ ท่าดินดำ มะกอกหวาน ซับตะเคียน นาโสม และหนองยายโต๊ะ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ปกติ ร้อยละ 23 42, 1694,20.17 22.11, 13.73 และ 23.28 ตามลำดับ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะรังท่ามะนาว นิคมสำนารายณ์ บ้านใหม่สามัคคีเขาแหลม และชัยบาดาลยุคใหม่ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ปกติ ร้อยละ 15.06,23.62, 12.59, 27.14, 23.76 และ 21.01

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ ในทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมากในทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ความเข้าใจต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ในทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ในทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความเข้าใจต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

5. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความเข้าใจต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังการดำเนินงาน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตาราง 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังดำเนินการ (F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA)

| ตัวแปร | source | Sum of Squares | df | Mean Squares | F | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ด้านอาหาร | Between Groups | 152 | 17 | .009 | .270 | .999 |
| | Within Groups | 146.925 | 4434 | .033 | | |
| | Total | 147.077 | 4451 | | | |
| ด้านการออกกำลังกาย | Between Groups | .202 | 17 | .012 | .192 | 1.000 |
| | Within Groups | 273.629 | 4434 | .062 | | |
| | Total | 273.831 | 4451 | | | |
| ด้านการจัดการความเครียด | Between Groups | .184 | 17 | .011 | .160 | 1.000 |
| | Within Groups | 299.550 | 4434 | .068 | | |
| | Total | 299.734 | 4451 | | | |
| ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน | Between Groups | .225 | 17 | .013 | .225 | 1.000 |
| | Within Groups | 260.927 | 4434 | .059 | | |
| | Total | 261.152 | 4451 | | | |
| ด้านการกินยาและการแพทย์ | Between Groups | .237 | 17 | .014 | .251 | .999 |
| | Within Groups | 245.794 | 4434 | .055 | | |
| | Total | 246.030 | 4451 | | | |
| รวม | Between Groups | .073 | | .004 | .354 | .993 |
| | Within Groups | 53.499 | | .012 | | |
| | Total | 53.572 | | | | |

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของภาคีเครือข่ายสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังดำเนินการ (F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA)

| ตัวแปร | source | Sum of Squares | df | Mean Squares | F | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ด้านอาหาร | Between Groups | .264 | 17 | .016 | .411 | .984 |
| | Within Groups | 167.703 | 4434 | .038 | | |
| | Total | 167.967 | 4451 | | | |
| ด้านการออกกำลังกาย | Between Groups | 1.317 | 17 | 0.77 | 1.166 | .284 |
| | Within Groups | 294.490 | 4434 | .066 | | |
| | Total | 295.806 | 4451 | | | |
| ด้านการจัดการความเครียด | Between Groups | .903 | 17 | .053 | .932 | .536 |
| | Within Groups | 252.848 | 4434 | .057 | | |
| | Total | 253.751 | 4451 | | | |
| ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน | Between Groups | .184 | 17 | .011 | .118 | 1.000 |
| | Within Groups | 404.374 | 4434 | .091 | | |
| | Total | 404.557 | 4451 | | | |
| ด้านการกินยาและการแพทย์ | Between Groups | .504 | 17 | .030 | .322 | .996 |
| | Within Groups | 407.844 | 4434 | .092 | | |
| | Total | 408.348 | 4451 | | | |
| รวม | Between Groups | .090 | 17 | .005 | .240 | .999 |
| | Within Groups | 97.426 | 4434 | .022 | | |
| | Total | 97.516 | 4451 | | | |

5. สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี หลังดำเนินงานมากกว่าก่อนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยบาดาล ชัยนารายณ์ ศิลาทิพย์ ห้วยหิน ม่วงค่อม และบัวชุมมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ปกติ ร้อยละ 37.04, 47.65,45.41,60.65, 34.76 และ 49.87 ตามลำดับ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาสมโภชน์ ท่าดินดำ มะกอกหวาน ซับตะเคียน นาโสม และหนองยายโต๊ะ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ปกติ ร้อยละ 29.75, 22.,26,27.90, 27.37, 35.96 และ 28.02 ตามลำดับ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะรังท่ามะนาว นิคมลำนารายณ์ บ้านใหม่สามัคคี เขาแหลม และชัยบาดาลยุคใหม่ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ปกติ ร้อยละ 22.96, 34.25, 22.03 34.17, 30.20 และ 27.73 ตามลำดับ

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษา พบว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม ตำบลซับไทร อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน การกำหนดบทบาทเครือข่ายสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซับไทร อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ตามบทบาทในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและ สรุป ถอดบทเรียน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน[1] และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ[6,7] ส่งผลให้สภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลซับไทรอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี หลังดำเนินการ เพิ่มเป็น ร้อยละ 15.03 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ในทุกตำบล หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ความเข้าใจต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของภาคีเครือข่ายสุขภาพก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ในทุกตำบล หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความเข้าใจต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ตำบลซับไทร อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความเข้าใจต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ตำบลซับไทรอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ศิริมา มณีโรจน์, นัชพร ลาภจุติ และกัญจนา ปุกคำ (2560)[8] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลนครศรีธรรมราช มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลของการนำรูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานไปใช้ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด CURN model ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 3) การนำร่อง/ทดลองปฏิบัติ และ 4) การปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ พบว่า รูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การประเมินอาการ อาการแสดงและระดับความรู้สึกตัว 2) แนวทางการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม 3) การติดตามและประเมินผล ในเวลา 15 นาที และ 4) การประเมินปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการกลับ

เป็นซ้ำา ผลการนำไปใช้ ด้านผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยทั้ง3 กลุ่มมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังการแก้ไขอยู่ในระดับที่เหมาะสม (80-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1192มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD= 13.5) ด้านผู้ให้บริการพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นต่อการนำแนวทางการดูแลไปใช้ว่ามีความเหมาะสม ง่าย ชัดเจน ทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยและทุกรายเห็นว่ามีความประหยัด สรุปได้ว่า รูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานตามแนวทางการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สามารถแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้และทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยได้มีแนวปฏิบัติที่ดี มีมาตรฐานเดียวกันในการแก้ปัญหาดังกล่าว อันจะส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป จากนั้นจึงได้ขยายผลไปยัง 18 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ในทุกตำบล ความเข้าใจต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ในทุกตัวชี้วัด พฤติกรรมสุขภาพและความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ และสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี หลังดำเนินงาน ดีขึ้นมากกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของระพีพร วาโยบุตร, พิมภา สุตรา (2561)[9] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน บ้านหนองโดน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 แนวทาง คือ การจัดบริการดูแลผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามแนวทาง UCCARE การพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการติดตาม เยี่ยมผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ด้านผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแล ตนเองในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.27 เป็นร้อยละ 84.22 และการควบคุมโรคเบาหวานประเมินโดยใช้ค่าระดับเอฟบีเอส ค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสม (ฮีโมโกรบิน เอ วันซี) และค่าการทำงานของไต (อี-จีเอฟอาร์) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ สรุปและข้อเสนอแนะ การพัฒนารูปแบบหรือระบบบริการต้องร่วมมือกันระหว่างทีมภาคีเครือข่าย และต้องสอดคล้องตามความต้องการของผู้ป่วยและภายใต้ความเป็นไปได้ของศักยภาพของหน่วยบริการ และเสนอแนะให้การขยายหรือนำรูปแบบการบริการสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลอื่น ๆ ในเขตรับผิดชอบ ตลอดจนการจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของนิยม ดีจันทร์ สุพัฒน์ กองศรีมา นครินทร์ ประสิทธิ์ ณัฐพร นิจธรรมสกุล ภูวนาถ ศรีสุธรรม (2567)[10] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นและค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับน้ำตาลของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังดำเนินการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การดำเนินกิจกรรมในการศึกษาทุกขั้นตอนจำเป็นต้องเป็นไปตามบริบทของชุมชนและวิถีชีวิตของผู้ร่วมศึกษาและชุมชนนอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน ควรมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา และกำหนดบทบาทในการแก้ไขปัญหามากขึ้นจึงจะทำให้แนวทางที่ได้เกิดการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

**ข้อเสนอแนะ**

1. ในการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม ควรมีการกำหนดขั้นตอนในการดำเนินงานประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน การกำหนดบทบาทเครือข่ายสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซับไทร อำเภอซับบาดาล จังหวัดลพบุรี ตามบทบาทในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและ สรุป ถอดบทเรียน

2. ควรมีการศึกษาดำเนินการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วม กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทอื่น เพื่อขยายผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1.ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560), แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด.

2.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, (2560 สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคฟื้นแปซิฟิก (Westem Pacific) ออนไลน์ https://www.dmthai.org/new/indexphp/sara-khwamru/the-chart/the-chart-1/2018-02-08-14-5246

3.วีโรจน์ เจียมจรัสรังษี วิทูรย์ โล่สุนทร. (2550), การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2(1) 464 – 76

4.ปัทมา โกมุทบุตร และกฤษฎิ์ ทองบรรจบ. (2551). ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง : นวัตกรรมเพื่อความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ. เอกสารประกอบการเรียนรู้ Chronic Care Model ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

5.Best, John W. (1981). Research in Education. 4 rd ed. Englewood.Cliff, NJ. : Prentice Hall.

6.นิตย์ ทัศนนิยม (2546). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพแนวคิดและกลวิธี. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.

7.วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ (2562, การมีส่วนร่วมของชุมชน จากแนวคิดสู่การพัฒนาสุขภาพชุมชน. ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

8.ศิริมา มณีโรจน์, นัชพร ลากจุติ และกัญจนา ปุกคำ (2560), การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560.27(2)126-139

9.ระพีพร วาโยบุตร, พิมภา สุตรา (2561). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน บ้านหนองโดน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารกองการพยาบาล. 2561:41(2)72-83.

10.นิยม ตีจันทร์ สุพัฒน์ กองศรีมา นครินทร์ ประสิทธิ์ ณัฐพร นิจธรมสกุล ภูวนาถ ศรีสุธรรม (2567) ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี, วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 111-127

# การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชนกรณีศึกษา อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

# Developing a model for caring for multidrug-resistant tuberculosis patients in the community: A case study in Chumphonburi district, Surin province.

(Received: February 21,2024 ; Revised: February 24,2024 ; Accepted: February 27,2024)

**นพดล พิมพ์จันทร์**[1]
**Noppadon Pimchan**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และMcTaggart เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน กลุ่มเป้าหมาย คือ 1) กลุ่มเป้าหมายในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และการพัฒนารูปแบบ จำนวน 15 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่จะทดลองใช้รูปแบบ คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ดูแลผู้ป่วย MDR-TB จำนวน 6 คน ดำเนินการวิจัยที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือนมกราคม 2565 – ธันวาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน มี 5 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชุมชนและการส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน 2) การรักษาด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า ต้องเป็นคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจและมีจำนวนมากกว่า 1 คน และใช้ระบบรายงานผ่านแอพลิเคชันไลน์ 3) การให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะกรณีที่มีปัญหายุ่งยากและซับซ้อน จะดำเนินการด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โดยสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน 4) การจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนของผู้ป่วยและในชุมชนตามบริบท และ 5) การมีระบบการนัดหมายบริการ การเยี่ยมบ้านโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจติดตามการรักษา ผลจากการทดลองใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วย MDR-TB มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี ผลการรักษาเมื่อระยะเวลาผ่านไป 6 เดือน มีผลการเพาะเชื้อเชื้อเป็นลบ ติดต่อกัน 2 ครั้ง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =13.66, SD =1.05)

**คำสำคัญ**: วัณโรคดื้อยาหลายขนาน รูปแบบการรักษา ชุมชนมีส่วนร่วม

**Abstract**

This study was action research was conducted according to the ideas of Kemmis and McTaggart in order to develop a care model for MDR-TB patients in the community. The target groups were; 1) the target group for collecting qualitative data and development of the model, totaling 15 people and 2) a sample group that will try out the model, purposefully selected from caregivers of 6 MDR-TB patients. Research was conducted in Chumphon Buri District, Surin Province between January 2022 - December 2023. Quantitative data were collected from questionnaires, interviews and medical records. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis for qualitative data.

The results found that the model for caring for MDR-TB patients in the community has 5 steps: as follows: 1) developing the potential of public health officials and caregivers in terms of continuing patient care in the community and forwarding information both in the service facility and in the community 2) Directly observed therapy must be someone the patient trusts and has more than 1 person and use a reporting system through the LINE application. 3) Supporting patients and families, specially in cases where there are difficult and complex problems. It will be carried out using a case management model by multidisciplinary professionals and network partners in the community. 4) Managing the patient's household

[1] ส.ม.(ชีวสถิติ) ปร.ด.(สาธารณสุขศาสตร์) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

environment and in the community according to the context and 5) having a service appointment system; home visits using individual care plans and referring patients for treatment monitoring. Results from the model trial revealed that MDR-TB patients had good self-care behaviors. The treatment results after 6 months have passed with negative culture results 2 consecutive times. The overall caregiver's behavior for MDR-TB patients care is at a good level ($\bar{x}$ =13.66, SD =1.05).
**Keywords**; Multidrug resistant tuberculosis, Treatment model, Community participation

**บทนำ**

วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistant Tuberculosis; MDR-TB) หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคดื้อต่อยาทั้ง Isoniazid (INH) และ Rifampicin (R) พร้อมกัน โดยอาจดื้อต่อยารักษาวัณโรคขนานอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้[1,2]มีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้น เนื่องจากการได้รับยาต้านจุลชีพที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ ซึ่งมักเกิดจากปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วย การรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานมีความยากกว่าวัณโรคชนิดไม่ดื้อยาและเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงกว่าหลายเท่า ทำให้เกิดความกังวลมากขึ้นเกี่ยวกับการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องและผลกระทบด้านลบต่อระบบสุขภาพและอนามัยของประชากร จึงเป็นเรื่องสำคัญและได้รับความสนใจมากขึ้น[3] มีรายงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า MDR-TB มีการแพร่เชื้อมีความเชื่อมโยงกับสายการวิวัฒนาการของเชื้อวัณโรคและผู้ป่วย การสอบสวนหาวงของผู้สัมผัสติดต่อจึงเป็นวิธีที่ใช้วัดการระบาดของวัณโรค และนำมาใช้เป็นแนวทางในการสอบสวนเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มเติมในกรณีที่เกิดการระบาดของวัณโรคและนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยเร็ว เพื่อควบคุมและป้องกันการระบาดได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว วัณโรคดื้อยายังคงเป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุข การดื้อต่อยา INH และ Rifampicin ซึ่งเป็นยากลุ่มแรก ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด 2 ชนิด เป็นเรื่องที่น่ากังวลมากที่สุดเพราะต้องได้รับการรักษาด้วยยาทางเลือกที่สอง ซึ่งต้องใช้ยาหลายชนิดที่มีราคาแพงและผลกระทบต่อร่างกายสูง[4] ภาระของ MDR-TB ทั่วโลกค่อนข้างจะคงที่เป็นเวลากว่า 10 ปีมาแล้ว และการประมาณการการวินิจฉัยว่าเป็น MDR-TB ครั้งแรกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 3–4 และผู้ที่เคยรักษาวัณโรคก่อนหน้านี้อยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 18–21[5] องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดการณ์ว่า ในปี 2562 ทั่วโลกมีผู้ป่วยMDR-TB หรือดื้อยา Rifampicin (RR-TB) 465,000 คน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตประมาณ 1.2 ล้านคน [6] และได้คาดประมาณทางระบาดวิทยาว่าในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 105,000 ราย หรือคิด เป็น 150 ต่อประชากรแสนคน มีจำนวนผู้ป่วย หรือดื้อยา Rifampicin (MDR/RR-TB) 2,500 ราย ซึ่งคาดประมาณว่าจะพบผู้ป่วยวัณโรค MDR/RR-TB คิดเป็นร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน[7] สถานการณ์วัณโรคดื้อยาหลายขนานในจังหวัดสุรินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ป่วย MDR-TB จำนวน 11 12 และ 17 ราย ตามลำดับ (อัตราป่วย 0.78, 0.86 และ 1.45 ต่อประชากรแสนคน)[1] และ ในปี 2564-2566 พบผู้ป่วย MDR-TB จำนวน 14 13 และ 6 ราย ตามลำดับ (อัตราป่วย 1.01, 0.94 และ 0.43 ต่อประชากรแสนคน) ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ประกอบกับเป็นช่วงที่ทุกพื้นที่ได้เผชิญกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด – 19 อย่างหนัก จึงมีกิจกรรมการคัดกรองวัณโรคน้อยลง ในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบผู้ป่วย MDR-TB และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR -TB) และ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) อย่างต่อเนื่อง[8] และในต้นปี 2566 มีรายงานผู้ป่วย MDR-TB ขึ้นทะเบียนรักษาต่อเนื่อง 3 ราย และเสียชีวิตระหว่างการรักษา 1 ราย เป็นผู้ป่วย MDR-TB ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย และไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ยากต่อการติดตามการรักษา เพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษาและ

เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาจน เกิดการเสียชีวิตขึ้น[9] ผู้ป่วย MDR-TB ทุกรายที่พบเป็นวัยทำงานและถูกวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดมาก่อนแล้ว แต่ขาดการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง ย้ายถิ่นฐานบ่อย ส่งผลให้การติดตามเพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา หรือการเป็นไปด้วยความยากลำบากจนนำไปสู่การป่วยเป็น MDR-TB และบางรายขาดติดตามเฝ้าระวังด้านพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลรักษา จนพัฒนาเป็น Pre XDR -TB และ XDR-TB หรือเสียชีวิตในระหว่างการรักษา[1]

การรักษา MDR-TB นั้นต้องใช้ระยะเวลานาน โดยเฉพาะการรักษาแบบระยะยาวจะใช้เวลาในการรักษาอย่างน้อย 18 เดือน ต้องใช้ยาต้านวัณโรคที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อย 5 ชนิดในช่วงระยะเข้มข้น (Intensive phase) และอย่างน้อย 4 ชนิดในช่วงระยะต่อเนื่อง จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ให้การรักษา ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนและผู้ใกล้ชิด ดังนั้น การดูแลรักษาวัณโรคดื้อยาทุกชนิดจะต้องเริ่มต้นจากตัวผู้ป่วยเอง และสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะหากกินยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ครบสูตรจะทำให้เชื้อดื้อยาพัฒนาไปมากขึ้น จึงจำเป็นต้องต้องมีผู้ทำหน้าที่กำกับให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าทุกวัน (Directly observed treatment; DOT) ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลจะขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลในระยะแรก เพื่อสังเกตการกินยา ผลข้างเคียงของยา อย่างน้อย 1 เดือน และจนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์[10] และดำเนินกิจกรรมการควบคุมโรคในพื้นที่ไปพร้อมกัน การทำความเข้าใจกับชุมชนไม่ให้เกิดการตีตรากับผู้ป่วยและความตื่นตระหนก นอกจากนี้ชุมชนก็อาจเข้ามามีส่วนร่วมในดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน เช่นการดูแลทางด้านจิตใจ ซึ่งสำคัญไม่แพ้การรักษาทางด้านร่างกาย รวมถึงการช่วยเหลือทางสังคม เช่น การสร้างรายได้ การให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผลการรักษาMDR-TB ในพื้นที่ประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น

ในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ มีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาทุกชนิดขึ้นทะเบียนรักษาอย่างต่อเนื่องมากว่า 6 ปี (2561-2566) อีกทั้งยังมีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยMDR-TB ในระดับชุมชน โดยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม หรือสร้างแบบแผนที่จะชักนำให้ผู้ป่วย MDR-TB ผู้ดูแล บุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชนของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการรักษา และไม่มีการเสียชีวิตเกิดขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน ในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบของการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิด PAOR ของ Kemmis และ McTaggart[11] ดำเนินการวิจัยที่ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

## กลุ่มเป้าหมาย

จำแนกตามขั้นตอนการวิจัยได้ดังนี้

1) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เลือกแบบเจาะจง จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค 1 คน แพทย์ประจำคลินิกวัณโรค 1 คน พยาบาลคลินิกวัณโรค 1 คน ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 4 คน ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาโรงพยาบาลชุมพลบุรี 1 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมพลบุรี 1 คน ตัวแทนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2 คน

ผู้นำชุมชน 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2 คน

2) การประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน โดยการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านทุกคนและผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย MDR-TB เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 6 คน ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) เป็นประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป และเป็นผู้อ่านออก เขียนได้ด้วยภาษาไทย 2) เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือเป็นผู้สัมผัสใกล้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยMDR-TB และ3) เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลบริบทชุมชน แบบบันทึกและแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย MDR-TB แบบลิเคิร์ท 3 ระดับ จำนวน 14 ข้อ และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB แบบลิเคิร์ท 3 ระดับ จำนวน 6 ข้อ ข้อมูลด้านการรักษาและผลลัพธ์ได้จากโปรแกรมเวชระเบียนผู้ป่วย โดยเครื่องมือในการวิจัยทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน สำหรับแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย MDR-TB และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในพื้นที่เดียวกับพื้นที่วิจัย ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาร์คเท่ากับ 0.84 และ 0.88 ตามลำดับ

**ขั้นตอนดำเนินการวิจัย**

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนมกราคม 2565- ธันวาคม 2566 มีขั้นตอนในการดำเนินการการกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิดของโรงพยาบาลชุมพลบุรี สังเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา คัดเลือกชุมชนที่พบผู้ป่วย MDR-TB เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการวิจัย ชี้แจงกระบวนการวิจัยแก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัณโรค โรงพยาบาลชุมพลบุรี รพ.สต.ไพรขลา รพ.สต.ยะวึก ตัวอย่าง (กลุ่มที่ 1) ที่เป็นภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรคเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัย

2. ระยะการดำเนินการวิจัยและประเมินผล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (P)** ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมที่ดำเนินการในขั้นตอนวางแผนมีดังนี้ การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ MDR-TB การดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งในระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ ปฐมภูมิ และระดับชุมชน การประเมินสถานการณ์ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วย การกำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม วางแผนดำเนินการต่างๆตามรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน โดยเน้นกิจกรรมการดูแลในครอบครัวและชุมชนที่พบผู้ป่วย MDR-TB เป็นหลัก ร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และ จัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน

**ขั้นตอนที่2 การปฏิบัติการ(A)** ใช้เวลาดำเนินการตลอดขั้นตอนนี้ระยะเวลา 12 สัปดาห์เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการจากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน โดยใช้องค์ประกอบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ และประยุกต์ใช้แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา เพื่อปรับใช้ในในระดับชุมชน โดยมุ่งเน้นในด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ข้อปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วย การสร้างความร่วมมือ

ของชุมชนเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยผ่านเวทีสนทนากลุ่มย่อย ตามประเด็นการพัฒนาเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคส่วนต่าง ๆ ในการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นสร้างความรู้ความเข้าใจ ลดความขัดแย้ง และให้เป็นที่ยอมรับร่วมกัน ซึ่งในการจัดประชุมกลุ่มย่อยได้จัดขึ้นทั้งหมด 2 ครั้ง (ครั้งที่ 1 การพัฒนารูปแบบ เลือกรูปแบบ และเตรียมความพร้อมการทดลองใช้รูปแบบ ครั้งที่ 2 นำเสนอการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสำหรับกลุ่มผู้ดูแล/DOT)

**ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์(O)** ใช้เวลาดำเนินการตลอดขั้นตอนนี้ระยะเวลา 9 เดือน เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริงในชุมชน โดยทดลองใช้กับตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ในพื้นที่ตำบลไพรขลาและตำบลยะวึก ติดตามให้คำแนะนำแก่ชุมชน ตรวจสอบรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคส่วนต่าง ๆ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ข้อปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยและการให้ความร่วมมือของชุมชน ในช่วงการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ที่พัฒนาขึ้น ติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยเมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน สรุปผลการวิจัย

**ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ(R)** ใช้เวลาดำเนินการตลอดขั้นตอนนี้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เป็นกิจกรรม ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้และคืนข้อมูลต่างๆให้ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน ให้เหมะสมตามแต่ละบริบทพื้นที่

**สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลเชิงประมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อความครบถ้วน ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

**จริยธรรมงานวิจัย**

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน กรณีศึกษา อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

**ผลการวิจัย**

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน กรณีศึกษา อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2561-2565 โรคติดต่อที่เป็นปัญหาในพื้นที่มากที่สุดคือ วัณโรค พบผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวน 81 71 63 69 และ 86 รายตามลำดับ (อัตราป่วย 114.17 100.07 88.80 97.15 และ 121.22 ต่อประชากรแสนคน) ในปี 2564-2565 ในพื้นที่ได้ประสบกับปัญหาโรคโควิด-19 อย่างรุนแรง ทำให้กระบวนการค้นหาผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย วัณโรคในช่วงดังกล่าวลดความเข้มข้นลง ในด้านสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พบงานวิจัยที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกัน MDR-TB และ Pre XDR-TB ในพื้นที่ ตั้งแต่ปี 2561-2564 มีรานงานพบผู้ป่วย MDR-TB และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR -TB) และ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) อย่างต่อเนื่อง[8] และในต้นปี 2566 มีรายงานผู้ป่วย MDR-TB ขึ้นทะเบียนรักษาต่อเนื่อง 3 ราย และเสียชีวิตระหว่างการรักษา 1 ราย โดยเป็นผู้ป่วย MDR-TB ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย และไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ยากต่อการติดตามการรักษา[9]คงเหลือผู้ป่วยผู้ป่วย MDR-TB ที่ยังรักษาอยู่ 2 ราย โดยผู้ป่วยทุกรายเป็นวัยทำงานและถูกวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดมาก่อนแล้ว แต่ขาดการดูแล

รักษาที่ต่อเนื่อง ย้ายถิ่นฐานบ่อย ส่งผลให้การติดตามเพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา หรือการเป็นไปด้วยความยากลำบาก จนนำไปสู่การป่วยเป็น MDR-TB และบางรายขาดติดตามเฝ้าระวังด้านพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลรักษา จนพัฒนาเป็น Pre XDR -TB และ XDR-TB หรือเสียชีวิตในระหว่างการรักษา[1] ในด้านปัญหาการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน จากการสนทนากลุ่ม และการทบทวนสถานการณ์วัณโรคและวัณโรคดื้อยาในพื้นที่ สรุปได้ว่า MDR-TB ยังคงพบปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาด้านผู้ป่วย (การปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา ภาวะเศรษฐกิจ ขาดรายได้ การเข้าถึงบริการ) ปัญหาด้านหน่วยงานให้บริการ (บุคลากรขาดองค์ความรู้ด้าน MDR-TB ระบบการดูแลแบบ DOT ไม่มีประสทธิภาพ ขาดการติดตามประเมินผล) ด้านชุมชนและสังคม (ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลรักษาผู้ป่วย MDR-TB โดยเฉพาะ แรงสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือจากสังคม และการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน) จึงเกิดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน

**ขั้นตอนที่ 2** การพัฒนาและกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน มี 5 ขั้นตอน คือ

1) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านวิชาการ องค์ความรู้เรื่อง MDR-TB การดูแลรักษาผู้ป่วย MDR-TB ที่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาทุกชนิดอย่างต่อเนื่องมานานกว่า 6 ปี ประกอบกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาได้มีการปรับปรุงตามความเหมาะสม อีกทั้งบุคลากรสาธารณสุขบางหน่วยงานมีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยเฉพาะการทำ DOT แบบออนไลน์ การส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน การติดตามการรักษา MDR-TB อย่างใกล้ชิดจนกว่าการรักษาจะครบตามระยะเวลา โดยโรงพยาบาลชุมพลบุรี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมพลบุรี เป็นหน่วยงานดำเนินการเป็นระยะเวลา 1 วัน กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วย เนื้อหาประกอบด้วยการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การควบคุมกำกับการกินยา การเยี่ยมบ้าน การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน การประเมินตรวจจับสถานการณ์เมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติ และการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน ดำเนินการโดย รพ.สต.ในพื้นที่

2) การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีด้านการสื่อสารรูปแบบแอพลิเคชันไลน์ เพื่อสนับสนุนการทำ DOT ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นผ่านระบบวีดีโอสื่อสาร ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นญาติผู้ป่วยแต่ต้องเป็นคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจ ที่มีโทรศัพท์แบบสมาร์โฟน และใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ ซึ่งอาจมีจำนวนมากกว่า 1 คน และในการปฏิบัติจริงผู้ป่วย MDR-TB แต่ละคนมีผู้ดูแล 3 คน คือ ญาติที่ไว้ใจ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้การสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ และมีพยาบาลคลินิกวัณโรคคอยร่วมตรวจสอบ

3) การให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะรายกรณีที่เป็นผู้ป่วย MDR-TB มีปัญหายุ่งยากและมีความซับซ้อน ทั้งด้านสุขภาพกาย ใจ เศรษฐกิจครัวเรือนและทางสังคม จะดำเนินการด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โดยสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน จึงใช้กระบวนการสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์จิตใจ จากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ มูลนิธิโรงพยาบาลชุมพลบุรี กองทุนในชุมชน และการระดมทุนช่วยเหลือจากชุมชน ทั้งการสนับสนุนเงินทุนเพื่อดำรงชีพ โดยในเบื้องต้นเป็นการสนับสนุนเงินคนละ 3,000 บาท มีการจ้างงานเพื่อให้ผู้ป่วยหารายได้ ในการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว จะดำเนินการด้วยทีมสหวิชาชีพ โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยรายกรณีอย่างต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง หากพบปัญหาที่ต้องการแก้ไขเร่งด่วน จะเป็นบทบาทของทีมสหวิชาชีพดำเนินการร่วมกัน

4) การจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนของผู้ป่วยและในชุมชนตามบริบท โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยและชุมชนเป็นสำคัญ ได้แก่ การจัดที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมภายในบ้านหรือที่ทำงานในสะอาด โปร่ง โล่ง อากาศถ่ายเทได้ สะดวก การนำที่นอน หมอน มุ้ง ผึ่งแสงแดด เสมอ ๆ และ รักษาบ้านเรือน/ที่ทำงานให้สะอาด และพยายามให้แสงแดดส่องถึง นอกจากนี้ชุมชนยังมีการจัดกิจกรรมการทำความสะอาดบ้าน อาคาร หรือสถานที่อื่นๆ ครั้งใหญ่ประจำเดือน หรือในวันสำคัญเป็นประจำ

5) การมีระบบการนัดหมายบริการ พร้อมระบบการแจ้งเตือนการนัดหมายบริการ ซึ่งงานคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลชุมพลบุรีจะประสานงานโดยตรงกับผู้ป่วยและ รพ.สต. ในพื้นที่ ช่วยติดตาม ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจติดตามการรักษา โดยมีการส่งต่อผู้ป่วย MDR-TB ไปที่โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งทางโรงพยาบาลชุมพลบุรีจะเป็นหน่วยที่นำส่งทุกครั้ง โดยกำหนดขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อ การโอนออก หรือการรับโอนเข้าผู้ป่วยMDR-TB และบริหารจัดการสิทธิของผู้ป่วย โดยคลินิกวัณโรคจะเป็นผู้ประสานทั้งภายในหน่วยงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

**ขั้นตอนที่ 3** การสังเกตการณ์เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยMDR-TB ที่ได้พัฒนาขึ้นทั้ง 5 ขั้นตอน ไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่วิจัยตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ พบว่า การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ที่ชุมชน ได้จัดขึ้น 1 ครั้ง กลุ่มเป้าหมายทุกหน่วยงานให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมประชุม มีการประชุมกลุ่มย่อย 2 ครั้ง ทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ที่พัฒนาขึ้น ทั้งในส่วนบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีความเห็นชอบและตกลงใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับผู้ป่วย 2 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วย 6 ราย ในพื้นที่ตำบลไพรขลาและตำบลยะวึก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วย MDR-TB อยู่ระหว่างการรักษาในระยะเข้มข้น และการประเมินผลการดำเนินการจะประเมินเมื่อการผู้ป่วยได้รับการรักษาครบ 6 เดือน ซึ่งพบว่า ส่วนผลการรักษาเมื่อระยะเวลาผ่านไป 6 เดือน ผู้ป่วย MDR-TB มีผลการเพาะเชื้อเชื้อเป็นลบ ติดต่อกัน 2 ครั้ง จากการสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย MDR-TB พบว่า ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ มาพบแพทย์ตามนัดหมายทุกครั้ง เลิกดื่มสุราและเลิกสูบบุหรี่ สวมหน้ากากอนามัยใช้ผ้าปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจาม จัดการเรื่องบ้วนเสมหะ น้ำลายได้ถูกต้อง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ล้างมือบ่อยๆก่อนกินข้าว หรือ หลังจากเข้าห้องน้ำ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยรวมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี แต่ยังคงมีพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ เช่น การออกกำลังกาย ยังมีอาการนอนไม่หลับ และมีความวิตกกังวลในเรื่องการเจ็บป่วย การเป็นภาระกับครอบครับและขาดรายได้ ในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ของผู้ดูแล พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำคือ การให้กำลังใจให้ผู้ป่วยกินยาครบตามกำหนดการรักษา และการจัดสถานที่ในบ้านผู้ป่วยให้สะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก แดดส่องถึง พฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้งคือ การตรวจสอบความถูกต้องของยาตามกำหนด และสามารถเป็นธุระในการไปรับยาของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาได้และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยคือ ดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาทุกเม็ดทุกมื้อ ทำการบันทึกการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคทุกวัน พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB โดยรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 83.33) ($\bar{x}$ =13.66, SD =1.05) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมทุกครั้งตามแผนปฏิบัติการ มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ร่วมการวางแผนการการดูแล การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกัน และยังมีการระดมทุนจาก

มูลนิธิ กลุ่มภาคีเครือข่าย และกองทุนในชุมชน มาช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ และเสริมกำลังใจแก่ผู้ป่วยเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วย MDR-TB และครอบครัวมีกำลังใจในการรักษาและใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติ ไม่มีการตีตราทางสังคม

**ขั้นตอนที่ 4** การสะท้อนผลการปฏิบัติ การคืนข้อมูลให้ชุมชน ผู้วิจัยได้มีการประชุมในชุมชน และนำเสนอการวิจัยให้กับประชาชนในพื้นที่ทราบ นอกจากนี้ยังมีการคืนข้อมูลการวิจัยใน การประชุมเครือข่ายระบาดวิทยาระดับอำเภอชุมพลบุรี ในประเด็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย MDR-TB โดยชุมชนมีส่วนร่วม

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษาสถานการณ์ MDR-TB ในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ตั้งแต่ปี 2560-2565 พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาอย่างต่อเนื่อง ทั้ง MDR-TB Pre XDR-TB และ XDR -TB ในปี 2565-2566 มีผู้ป่วย MDR-TB ถูกวินิจฉัยและรักษาจำนวน 3 คน และเสียชีวิตระหว่างรักษา 1 คน ยังรักษาอยู่ 2 คน ปัญหาที่พบในด้านการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน คือ ปัญหาด้านการปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา ภาวะเศรษฐกิจขาดรายได้ การเข้าถึงบริการ บุคลากรขาดองค์ความรู้ด้าน MDR-TB ระบบการดูแลแบบ DOT ยังไม่ต่อเนื่องและประสิทธิภาพ ขาดการติดตามประเมินผล ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลรักษาผู้ป่วย MDR-TB โดยเฉพาะ แรงสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือจากสังคม และการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[1, 12]โดยบทบาทการดูแลรักษาในชุมชน ยังเป็นบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. เป็นหลัก ชุมชนยังให้ความร่วมมือน้อย กลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วยยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน มีเพียงการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่แพทย์สั่งการไว้เมื่อผู้ป่วยกลับมาพักรักษาต่อที่บ้าน โดยมีพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกวัณโรคเป็นผู้ประสานงาน ส่วนใหญ่เป็นการโทรศัพท์สอบถามผู้ป่วยในด้านการติดตามเยี่ยมและควบคุมกำกับการกินยา ซึ่งยังมีผู้ป่วย MDR-TB บางรายยังปฏิเสธการเข้าเยี่ยมในหมู่บ้าน ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้มีลักษณะเช่นเดียวกับการเฝ้าระวังและควบคุมโรคที่พบก่อนหน้านี้แล้ว[1] การดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในระดับชุมชน ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ในกรณีที่มีผู้ป่วยถูกวินิจฉัยวัณโรคหรือ MDR-TB และมีการรักษาในระยะเข้มข้นแล้ว จะมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ปัญหาที่พบในระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาที่บ้านในระยะเข้มข้นหรือระยะต่อเนื่องจนครบตามระยะเวลามีหลากหลายปัญหา ที่สำคัญคือปัญหาที่ผู้ป่วย MDR-TB เสียชีวิตระหว่างการรักษา ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยMDR-TB ในชุมชนที่พัฒนาขึ้นมานี้ จึงมุ่งเน้นการจัดหารูปแบบที่เหมาะสมเพื่อดูแล MDR-TB ในชุมชน โดยกระบวนการต่างๆ เป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม. อปท. และประชาชนในชุมชน เป็นระบบตามขั้นตอน PAOR จึงเกิดรูปแบบการดูแล MDR-TB ในชุมชน 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านวิชาการ องค์ความรู้เรื่อง MDR-TB การดูแลรักษาผู้ป่วย MDR-TB ที่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นที่การทำ DOT แบบออนไลน์ รวมทั้งพัฒนาการส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน การติดตามการรักษา MDR-TB อย่างใกล้ชิดจนกว่าการรักษาจะครบตามระยะเวลา ซึ่งการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานมีความจำเป็นเนื่องจากวิทยาการด้านการรักษา MDR-TB มีการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัย อีกทั้งในพื้นที่มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรคอยู่เป็นประจำ ทั้งนี้เพื่อเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรและทำความเข้าในในแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง 2) การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า เน้นที่การทำ DOT ออนไลน์ร่วมด้วย โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะมีผู้ดูแล 3 คนและ จึงเลือกใช้แอพลิเคชันไลน์ ผ่าน

ระบบวีดีโอสื่อสาร ทุกครั้งที่มีการเตรียมยา นับเม็ดยาและรับประทานยาเสร็จสิ้น ซึ่งวิธีนี้ สะดวก แก่การติดตาม และผู้ป่วยรับประทานยาได้ครบทุกวัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[13] ซึ่งการติดตามการรักษาด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า ไม่จำเป็นต้องเป็นญาติผู้ป่วยแต่ต้องเป็นคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจ เช่น ผู้นำชุมชน อสม. หรือเพื่อนบ้าน 3) การให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะรายกรณีที่เป็นผู้ป่วย MDR-TB มีปัญหายุ่งยากและมีความซับซ้อน ด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โดยสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน การดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้กินยารักษาต่อเนื่องจนหายป่วยจากวัณโรคนั้น จำเป็นต้องอาศัยการดูแลรักษาทั้งทางด้านมิติทางการแพทย์ จิตใจ และสังคม จากการศึกษานี้ พบผู้ป่วย MDR-TB ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย และมีฐานะยากจน ไม่มีงานทำเป็นประจำ มีรายได้พอเลี้ยงชีพวันต่อวัน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อผู้ป่วยในการมารักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความละเอียดอ่อน และแตกต่างกันในรายกรณี ซึ่งกิจกรรมนี้ต้องอาศัยความร่วมและความจริงใจจากทุกภาคส่วนเพื่อแก้ไขปัญหา เป็นไปตามแนวทางการช่วยเหลือทางด้านสังคม เศรษฐกิจสำหรับผู้ป่วยวัณโรค[14] ที่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมคือการระดมทุนจากทุกภาคส่วน การบริจาคสิ่งของเพื่อการดำรงชีพและการเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ 4) การจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนของผู้ป่วยและในชุมชนตามบริบท โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยและชุมชนเป็นสำคัญ กิจกรรมนี้จะช่วยสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชน ลดการแพร่เชื้อ[15] และ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสุขวิทยาที่ดี ส่งผลต่อผลการรักษา และ 5) การมีระบบการนัดหมายบริการพร้อมระบบการแจ้งเตือนการนัดหมายบริการ รวมทั้งในส่วนการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระบบการนัดหมายยังคงใช้หลายช่องทาง เช่น ไลน์กลุ่ม โทรศัพท์ การประสานผ่านผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตรงตามนัดหมาย โรงพยาบาลสามารถจัดระบบบริการทั้งยานพาหนะรับส่ง บุคลากร ยาและเวชภัณฑ์ได้อย่างพร้อมและเพียงพอ หลังจากได้นำรูปแบบที่ ไปทดลองใช้ พบว่า เมื่อระยะเวลาผ่านไป 6 เดือน ผู้ป่วย MDR-TB มีผลการเพาะเชื้อเป็นลบติดต่อกัน 2 ครั้ง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่ยังคงมีพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ เช่น การออกกำลังกาย ยังมีอาการนอนไม่หลับ และมีความวิตกกังวลในเรื่องการเจ็บป่วย การเป็นภาระกับครอบครับและขาดรายได้ ซึ่งทางทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้พยายามให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง จนครบกำหนด ระยะเวลาการรักษา ซึ่งเป็นความร่วมมือที่ดีจากทุกภาคส่วน และในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า โดยรวมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย MDR-TB โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =13.66, SD =1.05) จึงส่งผลต่อผลการรักษาเบื้องต้นที่ประเมินจากการเพาะเชื้อเป็นลบ ติดต่อกัน 2 ครั้ง อย่างไรก็ตาม กิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ จะต้องปฏิบัติไปควบคู่กับความร่วมมือของชุมชน และมีความต่อเนื่อง จึงจะก่อให้เกิดผลการรักษา MDR-TB ที่มีประสิทธิภาพ

**ข้อเสนอแนะ**

1. การพัฒนารูปแบบและการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน ที่พัฒนาได้ไปใช้ ยังเป็นเพียงกิจกรรมในวงรอบที่ 1 แต่ในการดูแลรักษายังคงใช้เวลาต่อเนื่องอีกยาวนาน ดังนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกระดับ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต้องให้ความร่วมมือกันอย่างจริงจัง มีการทบทวนแนวปฏิบัติอยู่เสมอ หากมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องมีการทดแทนหรือหมุนเวียนบุคลากรปฏิบัติหน้าที่ทดแทนทันที ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านวัณโรค ทุกระดับ ให้มีความพร้อมเสมอ

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชนเป็นรูปแบบที่นำไปปฏิบัติได้จริงและสามารถประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิดในชุมชนได้ และสามารถปรับลดขั้นตอนต่างๆ ตามความเหมาะสมในแต่ละบริบทชุมชน

**กิตติกรรมประกาศ**

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุลวงได้ด้วยดี ต้องขอขอบพระคุณ นพ.กฤษดา วันดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพลบุรี แพทย์หญิงธมลวรรณ เปลี่ยนมะณี และพยาบาลประจำคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลชุมพลบุรี ที่ให้การอนุเคราะห์บุคลากร การเข้าถึงข้อมูล และปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1.โสภิต ชาลี, สุวรรณี สิริเศรษฐภักดี, เกรียงชัย เอกา. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน กรณีศึกษาจังหวัดสุรินทร์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2564;28(3):109-20.

2.มนวิภา ริยาพันธ์, สมเกียรติยศ วรเดช, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. การดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคปอด : การทบทวนวรรณกรรม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(4):4-16.

3.World Health Organization. Global tuberculosis report 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.

4.Nahid P, Mase SR, Migliori GB, Sotgiu G, Bothamley GH, Brozek JL, et al. Treatment of Drug-Resistant Tuberculosis. An Official ATS/CDC/ERS/IDSA Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2019;200(10):e93-e142.

5.World Health Organization. Global tuberculosis report 2021. Geneva: World Health Organization; 2021.

6.World Health Organization. Global tuberculosis report 2020. Geneva, Switzerland: WHO; 2020.

7.กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively drug-resistant TB:XDR-TB) นนทบุรี: กองวัณโรค กรมควบคุมโรค; 2564 [15 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://tbcmthailand.ddc.moph.go.th/

8.มุกดา วิเศษ, นพดล พิมพ์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากโดยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2563;27(2):1-11.

9.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR-TB, MDR–TB, Pre-XDR, XDR-TB) จังหวัดสุรินทร์ ปี2562-2566 สุรินทร์: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ;2566[เข้าถึงได้จาก: ttps://surin.moph.go.th/SPHO_Meeting_sys/upload/Files/59_1226_983_698395.pdf.

10.World Health Organization. WHO consolidated guidelines on drug-resistant tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2019.

11.Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong,Victoria: Deakin University Press; 1988.

12.อรทัย ศรีทองธรรม, อมรรัตน์ จงตระการสมบัติ, อุบลศรี ทาบุดดา, ศิริวรรณ อุทธา, ชุติมา ผลานันท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดยาและการรักษาล้มเหลวในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;16:S289-S98.

13.Ağca FD, Süer Aİ, Beyaz GÇ. DOT-VOT Implementation of Tuberculosis Patients between 2012-2018. 2019;54(suppl 63):PA5281.

14.พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. การรักษาวัณโรค: DOT vs. VOT. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2561;12(1):43-7.

15.พาขวัญ วิชชุตเวส, ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2563;3(3):64-77.

# การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย

# The development of Care Management for Patients with Acute Myocardial Infarction Rattanawapi Hospital, Nongkhai Province.

(Received: February 21,2024 ; Revised: February 22,2024 ; Accepted: February 24,2024)

**ชัญญา ศรีจันทร์[1]รัชนีกร แสงมะณี[2]**
**Chanya Srichan[1] Ratchaneekorn Saengmanee[2]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตวาปี จังหวัดหนองคาย ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลรัตวาปี จังหวัดหนองคาย จำนวน 27 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ.2566 ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบ และ 3) ผลการพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ค่าสถิติพื้นฐานและสถิติเปรียบเทียบ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยรวม ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง Mean=19.41(S.D.=2.55) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก Mean=27.41(S.D.=0.84) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05(p-value < 0.001) คะแนนทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง Mean=2.78(S.D.=0.31) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดี Mean=4.30(S.D.=0.45) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05(p-value < 0.001) และผลลัพธ์คุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ชี้วัดของเขตบริการสุขภาพที่ 8

**คำสำคัญ :** โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, การจัดการดูแล

**Abstract**

This action research aims to develop a care management for patients with Acute Myocardial Infarction at Rattanawapi Hospital, Nongkhai province. The study focuses on 27 register nurses working in nursing department. Data had been collected from March to December 2023. The research was conducted into three phases: 1) Analyzing the situation, 2) Developing the model, and 3) Assessing the outcomes. The quantitative data were analyzed by basic statistic and paired t-test and the qualitative data were analyzed by content analysis.

This research has found the followings: The overall score regarding the knowledge of care and treatment of Acute Myocardial Infarction was moderate for prior development (Mean=19.41, S.D.=2.55) and significantly increased for post-development (Mean=27.41, S.D.=0.84) with a statistically significant difference at level 0.05 (p-value<0.001).

Similarly, the practical skills score of patient care for prior development was moderate (Mean=2.78, S.D.=0.31) and it improved to a higher level for post-development (Mean=4.30, S.D.=0.45) with a statistically significant difference at level 0.05 (p-value<0.001). The qualitative results met the quality patient care according to the hub of health service, the 8th region.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลรัตนวาปี จ.หนองคาย
[2] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลรัตนวาปี จ.หนองคาย

**Keywords:** Acute Myocardial Infarction, Treatment and care management

**บทนำ**

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและทุพพลภาพที่สำคัญของทั้งประเทศไทย และประเทศที่พัฒนาแล้วทั่วโลก โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คาดว่าในปี พ.ศ.2573 ประชากรทั่วโลกจะมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคน[1] แต่ประเทศในยุโรปมีแนวโน้มลดลง เป็นผลมาจากการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อันเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่อยู่ในค่าระหว่างร้อยละ 4-12 สำหรับประเทศไทย พบข้อมูลว่ามีแนวโน้มการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือด เพิ่มขึ้นได้อย่างชัดเจน โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ข้อมูลว่า ในปีพ.ศ. 2554 มีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือด 22.5 ต่อแสนประชากร เพิ่มมาเป็น 31.8 ในปี พ.ศ. 2560 โดยแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และหากติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ไป 1 ปี พบว่า อัตราการเสียชีวิตยังค่อนข้างสูง โดยผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต ร้อยละ 14 ส่วนผู้ป่วย non-STEMI เสียชีวิตมากถึงร้อยละ 25 ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญทั้งในการวินิจฉัยด้วยความรวดเร็วโดยปรับใช้วิธี fast track การรักษาด้วย reperfusion therapy ในผู้ป่วย STEMI การทำ risk stratification เพื่อพิจารณาในการให้การรักษาด้วย invasive strategy ในผู้ป่วย non-ST acute coronary syndromes นอกจากนี้ตัวยาต่างๆ ที่จะนำมาใช้เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อันนำไปสู่การลดการเสียชีวิตในระยะยาว[2]

โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2 ขนาด 30 เตียง สถิติจำนวนผู้ป่วย ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับบริการ ปี พ.ศ.2563-2565 มี จำนวนทั้งสิ้น 6, 6, และ 8 ราย ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase เท่ากับ 2, 2, และ 6 ราย ตามลำดับ รวมทั้ง ไม่มีการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยในปี 2563 มีผู้ป่วย ที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อโรงพยาบาลหนองคาย 1 ราย[3] และโรงพยาบาลตั้งอยู่ริมถนนสายหนองคาย – บึงกาฬ ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวชั้นนำระดับประเทศ โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลสำคัญวันออกพรรษาจะมีเทศกาลบั้งไฟพญานาคประจำปี หรือช่วงเทศกาลที่มีวันหยุดติดต่อกัน จะมีประชาชนเข้ามาท่องเที่ยวและ เลือกใช้เป็นเส้นทางสัญจรจำนวนมาก นอกจากจะดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในพื้นที่แล้ว ยังอาจมีนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาท่องเที่ยวเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาความรู้ความสามารถในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยมีความประสงค์จะศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการและบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1.เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และการจัดการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาล รัตนวาปี จังหวัดหนองคาย

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย 3 ระยะ

**ระยะที่1** วิเคราะห์สถานการณ์และรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย (มีนาคม 2566 - เมษายน 2566)

1) ศึกษาเอกสารการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2) ประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติก่อนการพัฒนา

3) สนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลัน

**ระยะที่2** พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย (พฤษภาคม 2566 - ตุลาคม 2566)

**ระยะที่3**ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย (พฤศจิกายน 2566 – ธันวาคม 2566)

1) นำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไปใช้

2) ประเมินผลเชิงกระบวนการโดยทดสอบความรู้และทักษะการปฏิบัติหลังการใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3) เปรียบเทียบผลการทดสอบความรู้และทักษะการปฏิบัติหลังการใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

4) ประเมินผลเชิงผลลัพธ์โดยติดตามเกณฑ์ชี้วัดของเขตบริการสุขภาพที่ 8

**ประชากร**

ดำเนินการศึกษาข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย จำนวน 27 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ และ 2)สมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีการบังคับ และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ 2)ขอยกเลิกเข้าร่วมโครงการ และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมีนาคม 2566 - ธันวาคม 2566

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ในการวิจัยทั้ง 3 ระยะ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมหลักการ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้วิจัย มีรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ ถูก-ผิด ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ “ใช่” กับ “ไม่ใช่”

3. แบบสอบถามข้อมูลทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบลิเคอร์ท (Likert) 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด เท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

4. แบบการสนทนากลุ่ม โดยมีข้อคำถามปลายเปิดในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

5. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีข้อคำถามปลายเปิดในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** (1) การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบและพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ข้อคำถามสนทนากลุ่ม และประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก มีค่าความสอดคล้อง 0.67-1.00 และได้นำไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลเฝ้าไร่ จำนวน 30 คน (2) การหาความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามความรู้ มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.84 ตามลำดับ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลความรู้และข้อมูลทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเปรียบเทียบ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์เชิงเนื้อหา การตีความ สรุปความ

**จริยธรรมในการวิจัย**

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 170/2566

**ผลการวิจัย**

**ระยะที่1** วิเคราะห์สถานการณ์และรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย (มีนาคม - เมษายน 2566)

1. ข้อมูลทั่วไปข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 34.45 รองลงมาอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 40.74 โดยมีอายุเฉลี่ย 32.59 ปี (SD.=6.40) การศึกษาจบปริญญาตรี ร้อยละ 92.60 รองลงมาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 7.40 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 51.85 รองลงมา โสด 37.04 ประสบการณ์การทำงาน 5-10 ปี ร้อยละ59.27 รองลงมา 0-5 ปี และ 11-15 ปี ร้อยละ 14.

2. คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.70 รองลงมา อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 11.10 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 19.41 (SD.=2.55) คะแนนต่ำสุด 15 คะแนน คะแนนสูงสุด 25 คะแนน

3. ทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย โดยรวม ก่อนการพัฒนา พบว่าส่วนใหญ่มีทักษะการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.30 รองลงมา อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 40.70 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.78 (S.D.=0.31) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.07 คะแนน คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.36 คะแนน

4. ผลการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ปัญหาเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย มี 3 ประเด็นหลักดังต่อไปนี้

4.1 ด้านระบบบริการ เข้าถึงบริการล่าช้า ระยะทางระหว่างการคัดกรองถึงงานอุบัติเหตุฉุกเฉินใช้ระยะเวลาประมาณ 5-7 นาที ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า ไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน การปฏิบัติไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน บุคลากรบางท่านไม่ทราบว่าต้องให้ยาละลายลิ่มเลือดอย่างไร ไม่มีช่องทางด่วนการขอคำปรึกษาล่าช้าใช้เวลานานเนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

4.2 ด้านผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานไม่มาก ความรู้ไม่เพียงพอ และยังขาดทักษะการปฏิบัติในการประเมินอาการ การบริหารยา และให้บริการแบบแยกส่วน ทำให้เวลาเริ่มต้นให้ยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า

4.3 ด้านอุปกรณ์ พบว่า จากการตรวจสอบเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นๆ ยังพบว่ามีอุบัติการณ์ไม่พร้อมใช้งาน

**ระยะที่2** พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย (พฤษภาคม - ตุลาคม 2566)

**วงรอบที่ 1** (ระหว่าง 1 พฤษภาคม 2566 – 31 กรกฎาคม 2566) วางแผนโดย 1) ประชุมผู้เกี่ยวข้องทบทวนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบเดิมระดมความคิดเพื่อวางแผนจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เกี่ยวข้อง ให้รับทราบแนวทางปฏิบัติร่วมกัน 3) กำหนดบทบาทหน้าที่ 4) จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน 5) จัดการโครงสร้างทางกายภาพให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน

หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรม 1) จัดการอบรมเพื่อให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) จัดให้มีพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน 3) จัดช่องทางด่วนในการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก 4) จัดโซนพิเศษในการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก 5) จัดระบบการขอคำปรึกษากับแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการรักษา 6) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้ในการให้ยา Streptokinase 7) จัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้ยา Streptokinase 8) จัดทำคู่มือการใช้งาน และการบำรุงรักษาครุภัณฑ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

เก็บข้อมูลหลังดำเนินกิจกรรม หลังจากนั้น จัดประชุมคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นอีกครั้ง เพื่อจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รูปแบบประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมินอาการ ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ขั้นตอนการadmitและส่งต่อผู้ป่วย

หลังดำเนินการวงรอบที่ 1 นำข้อมูลมาพิจารณา พบว่า 1) ด้านกระบวนการ พบว่า ในระยะคัดกรองยังขาดขั้นตอนการรายงานอาการผู้ป่วยต่อแพทย์ ระยะเวลาและขั้นตอนการเข้าถึงการรักษาใช้เวลา 5-6 นาที ซึ่งถือว่ายังล่าช้า และปัญหาการติดต่อประสานงานด้านอัตรากำลังพยาบาลและคนขับรถเพื่อการส่งต่อยังล่าช้า ใช้เวลามากกว่า 5 นาที 2) ด้านทักษะผู้ปฏิบัติ ได้แก่ พยาบาลยังขาดทักษะในการอ่านผลคลื่นหัวใจไฟฟ้าที่สำคัญและยังขาดทักษะการให้ยา Streptokinase ที่รัดกุม

**วงรอบที่ 2** (ระหว่าง 1 สิงหาคม – 31 ตุลาคม 2566) นำข้อค้นพบปัญหาจากการพัฒนาในวงรอบที่ 1 มาจัดประชุมเพื่อปรับปรุงรูปแบบการดูแลป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย โดยวางแผนและดำเนินการปรับปรุงเพิ่มเติม ได้แก่ 1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทบทวนการอ่านผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยแพทย์ผู้ชำนาญการด้านอายุรกรรม 2) ปรับคู่มือ แนวทางการให้ยา Streptokinase โดยระบุข้อห้ามใช้ที่ชัดเจน 3) จัดทีมการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งทีมจริงและทีมเสริม ตลอด 24 ชั่วโมง กำหนดเวลามาถึงภายใน 5 นาทีเพื่อความรวดเร็ว 4) จัดระบบการตามรอยเฉพาะโรค ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาอย่างเร็วที่สุดและการพิจารณาให้ยาอย่างรวดเร็ว เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้ดียิ่งขึ้น 5) เพิ่มเติมการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจากการรักษา โดยติดต่อสอบถามอาการอย่างต่อเนื่อง เมื่อนำผลการดำเนินงานตามวงรอบที่ 2 มาประเมินผลโดยการสนทนากลุ่ม พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย ที่พัฒนาขึ้น จำแนกขั้นตอนการดูแลเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะคัดกรอง ระยะให้การพยาบาล ระยะส่งต่อและระยะติดตามผล

**ระยะที่3** ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย ( พฤศจิกายน - ธันวาคม 2566)

1. คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย หลังการพัฒนา ทั้งหมด อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 27.41 (SD.=0.84) คะแนนต่ำสุด 26 คะแนน คะแนนสูงสุด 29 คะแนน

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย โดยรวม หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรู้หลัง ดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้คือ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและอาการของโรค (p-value < 0.001) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง (p-value < 0.001) ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน (p-value < 0.001) และความรู้เกี่ยวกับการรักษา (p-value < 0.001) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย (N=27)

| **ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน** | **Mean** | **S.D.** | **df** | **t** | **P-value** |
|---|---|---|---|---|---|
| ความรู้ในสาเหตุและอาการของโรค | | | | | |
| ก่อนพัฒนา | 5.31 | 1.43 | 26 | -12.92 | < 0.001 |
| หลังพัฒนา | 8.00 | 0.85 | | | |
| ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง | | | | | |
| ก่อนพัฒนา | 5.04 | 0.98 | 26 | -10.75 | < 0.001 |
| หลังพัฒนา | 6.74 | 0.45 | | | |
| ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน | | | | | |
| ก่อนพัฒนา | 3.04 | 0.90 | 26 | -12.75 | < 0.001 |
| หลังพัฒนา | 4.70 | 0.46 | | | |
| ความรู้เกี่ยวกับการรักษา | | | | | |
| ก่อนพัฒนา | 4.80 | 0.68 | 26 | -18.33 | < 0.001 |
| หลังพัฒนา | 8.00 | | | | |

3. ทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย หลังการพัฒนา พบว่าส่วนใหญ่มีทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.18 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.82 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.30 (S.D.=0.45) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3.35 คะแนน คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.88 คะแนน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ระดับทักษะการปฏิบัติ หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย (N=27)

| ระดับทักษะการปฏิบัติ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| ระดับดี ค่าคะแนน 3.67-5.00 คะแนน | 23 | 85.18 |
| ระดับปานกลาง ค่าคะแนน 2.67-3.66 คะแนน | 4 | 14.82 |
| ระดับน้อย ค่าคะแนน 1.00-2.66 คะแนน | 0 | 0 |
| Mean=4.30 (S.D.=0.45), Min: Max 3.35:4.88 | | |

ผลการเปรียบเทียบคะแนนทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบข้อมูลค่าเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย (N=27)

| **คะแนนทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน** | **Mean** | **S.D.** | **df** | **t** | **P-value** |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนพัฒนา | 2.78 | .31 | 26 | 14.09 | < 0.001 |
| หลังพัฒนา | 4.30 | .45 | | | |

ผลลัพธ์คุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ร้อยละ 83.34 และอัตราการเสียชีวิต =0 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์คุณภาพการดูแลผู้ป่วย หลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย (N=8)

| **คุณภาพการดูแล** | **เกณฑ์ชี้วัดของเขตบริการสุขภาพที่ 8** | **ระยะเวลาเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2566** |
|---|---|---|
| 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 30 นาที | > ร้อยละ 60 | 83.34 |
| 2. อัตราการเสียชีวิต | < ร้อยละ10 | 0 |

**อภิปรายผล**

1. สถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคายที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลวิชาชีพยังมีความรู้ไม่เพียงพอและยังขาดทักษะในการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การบริหารยา และให้บริการแบบแยกส่วน การเข้าถึง บริการล่าช้า ระยะทางระหว่างการคัดกรองถึงงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-7 นาที ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า ไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน ไม่มีช่องทางด่วนการขอคำปรึกษาล่าช้า ใช้เวลานาน เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทาง อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้พบว่า เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจไม่พร้อมใช้งาน เนื่อง จากพยาบาลวิชาชีพส่วน

ใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย อายุการทำงานอยู่ระหว่าง 5-10 ปี จึงอาจทำให้การตัดสินใจล่าช้า ทักษะการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ ซึ่งแม้จะพยายามตอบสนองต่อมาตรฐานงาน แต่ยังไม่ได้ผลลัพธ์ดีเท่าที่ควรทำให้ต้องได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์และการเรียนรู้ที่เพิ่มขึ้นของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานจึงจะประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับ จินดาพร ศิลาทอง (2562)[4] ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี พบว่า มีการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันผิดพลาด การส่งผู้ป่วยผิดแผนก ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและเสียชีวิต พยาบาลวิชาชีพไม่มีความมั่นใจในการให้ยาละลายลิ่มเลือดและมีความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่เพียงพอ นริสา สะมาแอ, เสาวลักษณ์ พุฒแก้ว , กนกรัตน์ ขานโบ (2565)[5] ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในบริบทมุสลิม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ พบว่า 1)พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พร่องความรู้ในเรื่องการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 2) ประสบการณ์ในการดูแลและทักษะ พบว่าพยาบาล ร้อยละ 83.4% ประสบการณ์มากกว่า 10 ปี สามารถให้การดูแลได้ดีกว่า จาก ทักษะ กระบวนการดูแลที่เป็นระบบและผู้ป่วยมีความปลอดภัย 3) รูปแบบการดูแลผู้ป่วย และการมีรูปแบบที่ชัดเจนเพิ่มความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย การเตรียมความรู้ความเข้าใจในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และเพิ่มทักษะโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้ในการให้ยา Streptokinase และจัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้ยา จัดให้มีพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน จัดช่องทางด่วนในการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก จัดโซนพิเศษในการดูแล จัดระบบการขอคำปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางของโรงพยาบาลแม่ข่าย การทบทวนการอ่านผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จัดทีมการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งทีมจริงและทีมเสริม ตลอด 24 ชั่วโมง จัดระบบการตามรอยเฉพาะโรค เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้ดียิ่งขึ้น และติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาลแม่ข่ายเมื่อมีอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ประเมินความก้าวหน้าและติดตามผลการดำเนินงาน จนได้แนวทางที่เหมาะสม โดยเน้นให้ความสำคัญของกระบวนการที่มีมาตรฐาน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้ง ประเมินผลการดำเนินงานสอดคล้องกับเยาวลักษณ์ วิไชย (2563)[6] ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปี พ.ศ.2561 ทำให้ระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยลดลง สุรีย์ กรองทอง, ศศิธร กระจายกลาง, นงลักษณ์ สุขศร,และสุนันญา พรมตวง (2561)[7] ซึ่งได้พัฒนารูปแบบทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า รูปแบบบริการทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ เกิดการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมผู้ดูแลได้ครอบคลุมตามความ ต้องการของผู้ป่วย และมีผลลัพธ์ในการดูแลดีขึ้น ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ พัฒนาทักษะทางคลินิกของพยาบาล และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบต่อไป

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย พบว่า ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวม และเมื่อจำแนกรายด้าน หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P<0.001$) ซึ่งความรู้ เป็นแนวทาง

อย่างหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำไปใช้สำหรับการปฏิบัติ การที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจดี ก็จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องได้ “ความรู้” คือ ส่วนหนึ่งของความสามารถทางพุทธปัญญา (Cognitive Domain) ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ในการวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล สอดคล้องกับ สุรีย์ กรองทอง, ศศิธร กระจายกลาง, นงลักษณ์ สุขศร,และสุนันญา พรมตวง (2561)[7] ซึ่งได้พัฒนารูปแบบทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลสุรินทร์พบว่าความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา จินดาพร ศิลาทอง (2562) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ระดับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นริสา สะมาแอ, เสาวลักษณ์ พุฒแก้ว , กนกรัตน์ ขานโบ (2565)[5] ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในบริบทมุสลิม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ พบว่า คะแนนความรู้หลังได้รับการอบรมมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (P< 0.001)

การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P < 0.001) โดยการปฏิบัติ เป็นความสามารถในการนำความรู้ ความเข้าใจที่มีในเรื่องราว ข้อเท็จจริง วิธีการต่างๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน หรือในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุเพียร โภคทิพย์ และคณะ (2560)[8] ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการบริหารยาละลายลิ่มเลือดชนิดStreptokinase ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง เขตสุขภาพที่ 10 พบว่าพยาบาลวิชาชีพในระดับโรงพยาบาลF2 ขึ้นไป สามารถให้ยา Streptokinase ได้ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.70 ในปี พ.ศ.2557และในปี พ.ศ.2559 สามารถให้ยา Streptokinase ได้ร้อยละ 100 แสดงว่าให้เห็นว่า ทักษะในการบริหารยาละลายลิ่มเลือดของพยาบาลวิชาชีพมีความจำเป็นและส่งผลให้ผู้ป่วย เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดีตามบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ จินดาพร ศิลาทอง (2562)[4] ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี พบว่า มีการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบกับการใช้รูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลลัพธ์คุณภาพการดูแลผู้ป่วย หลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย พบว่า ผู้ป่วยเข้าทางด่วนทัน 3 ชม.ทุกราย ระยะเวลาเฉลี่ยของการเข้าถึงยาและ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้รับการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นไปตามมาตรฐาน ในเกณฑ์ที่เขตบริการสุขภาพที่ 8 กำหนดไว้ อธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย ส่งผลให้เกิดการวางแผนและดูแลตามปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมมากขึ้น การคัดกรองที่รวดเร็วส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลาช่วยให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นซึ่งสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกจากหัวใจ(Cardiogenic shock) และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วย เสียชีวิตลงได้ สอดคล้องกับ สุรีย์ กรองทอง, ศศิธร กระจายกลาง, นงลักษณ์ สุรศร และ สุนันญา พรมตวง (2561)[7] ศึกษาเรื่อง พัฒนารูปแบบบริการทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่า รูปแบบบริการทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจน ครอบคลุม การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับบริการจนจำหน่ายและการติดตามหลังจำหน่าย ส่งผลให้ เกิดการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ร่วมกันของทีมผู้ดูแลได้ครอบคลุมตามความ ต้องการของผู้ป่วย และมีผลลัพธ์ในการดูแลดีขึ้น นริสา สะมาแอ, เสาวลักษณ์ พุฒแก้ว , กนกรัตน์ ขานโบ (2565)[5] ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในบริบทมุสลิม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ พบว่า การมีกระบวนการดูแลที่ชัดเจน ส่งผลให้พยาบาลผู้ดูแลมีความมั่นใจ มีสมรรถนะในการดูแล พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางในระดับสูง

**ข้อเสนอแนะ**

ควรมีการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคายไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพใกล้เคียงกัน ตลอดจนนำไปปรับใช้ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านความรู้และความถูกต้องในการปฏิบัติของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย ทำศึกษาต่อเนื่องระยะยาวของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคายเพิ่มเติม และศึกษาเปรียบเทียบผลของการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในพื้นที่หรือเครือข่ายให้มากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. World Heart Federation. (2013). Annual report 2013. Geneva: World Heart Federation.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563) แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเตป ดีไซน์.
3. โรงพยาบาลรัตนวาปี. (2566). รายงานการจำแนกผู้ป่วยประจำเดือน โรงพยาบาลรัตนวาปี พ.ศ. 2566. หนองคาย : โรงพยาบาลรัตนวาปี.
4. จินดาพร ศิลาทอง (2562). การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2(3), 33-46.
5. นริสา สะมาแอ, เสาวลักษณ์ พุฒแก้ว, กนกรัตน์ ขานโบ. (2565) การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในบริบทมุสลิม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 14(1), 63-79.
6. เยาวลักษณ์ วิไชย. (2563). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 1(3), 43-51.
7. สุรีย์ กรองทอง, ศศิธร กระจายกลาง, นงลักษณ์ สุรศร และ สุนันญา พรมตวง. (2561). พัฒนารูปแบบบริการทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 33(1), 45-60.
8. สุเพียร โภคทิพย์, นวลน้อย โหตระไวศยะ, นาฎอนงค์ เสนาพรหม, แจ่มจันทร์ พวงจันทร์, หนึ่งฤทัย อินมณี, และอัญชลี สุธรรมวงษ์. (2560). การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการบริหารยาละลายลิ่มเลือดชนิด Streptokinase ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI: โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง เขตสุขภาพที่10. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, 1(2), 1-19.

# ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

# The Effects of Self - Management Program among uncontrolled hypertension patients, Lab Lae Hospital, Uttaradit Province

(Received: January 13,2024 ; Revised: February 21,2024 ; Accepted: February 25,2024)

**อภิญญา อุบลสะอาด**[1]
**Apinya Ubolsaad**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โปรแกรมที่ใช้พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิค-บายส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 12 สัปดาห์ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ:** โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

**Abstract**

The objective of this quasi-experimental study was to examine the effect of a self-management program on blood pressure control behaviors among hypertensive patients. The self-management program proposed by the concept of Kanfer and Gaelick-Buys. 30 participants were recruited by purposive sampling. Participants were diagnosed as hypertensive at Lab Lae Hospital, Uttaradit Province. The research instruments were a self-management program and the behavioral questionnaire for controlling blood pressure. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t test.

The results showed the mean scores of health behavior of hypertensive patients in the experimental group after received the program higher than before received the program and significantly at the level 0.05. Blood pressure values of hypertensive patients in the experimental group after received the program has a lower value than before received the program and significantly at the level 0.05.

**Keywords:** Self-management program, Uncontrolled hypertensive patients, Health behavior

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรง เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1.28 พันล้านคน[1] และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 1.56 พันล้านคน (World Hypertension League, 2020) สำหรับในประเทศไทยรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561 - 2565 พบว่า อัตราการป่วยของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 13.1, 14.1, 14.2, 14.8 และ 15.1 ต่อแสนประชากร[2] สำหรับจังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงปี 2562 – 2565 เท่ากับ 5.56, 5.65 และ 3.14 ต่อแสนประชากร[3] อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการแห่งชาติเกี่ยวกับการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินและการรักษาโรค

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลับแล

ความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกา ฉบับที่ 8 (Joint National Committee 8: JNC 8) กำหนดเกณฑ์การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมโดยความดันโลหิตซิสโตลิคต่ำกว่า 140 มิลลิเมตร/ ปรอท ความดันไดแอสโตลิคต่ำกว่า 90 มิลลิเมตร/ ปรอท กลุ่มผู้ป่วยโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและโรคไตให้มีค่าความดันซิสโตลิคต่ำกว่า 160 มิลลิเมตร/ปรอท และความดันไดแอสโตลิคต่ำกว่า 90 มิลลิเมตร/ปรอท[3] ปัจจัยส่วนใหญ่ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมาจากการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ได้แก่ กิจกรรมทางกายน้อยลง รับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมและไขมันสูง มีความเครียดสะสม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยังเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมองและโรคไต และเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีเสียชีวิต ร้อยละ 73.79[4] ซึ่งแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อาทิ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงและอาหารที่มีไขมันสูง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การจัดการความเครียดด้วยวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่การรับประทานยาลดความดันโลหิตตามแพทย์สั่ง เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงจำเป็นต้องหาวิธีการหรือแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ[3]

แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิค-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L.)[5] มีกระบวนการติดตามตนเอง การประเมินตนเองและการเสริมแรงตนเองที่เป็นกลวิธีสำคัญที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยมีบุคลากรทีมสุขภาพทำหน้าที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องยากเพราะเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานานจนเคยชินและเป็นเรื่องปกติของชีวิต จึงจำเป็นต้องมีกลวิธีหรือเทคนิคมาช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของรัฏฐรินีย์ ธนเศรษฐ์[6] พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35-59 ปี โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิค-บาย์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L.)[5] ทำให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35-59 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และการศึกษาของสายฝน วรรณขาว[7] ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังทดลองสัปดาห์ที่ 7 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลอง และค่าเฉลี่ยรความดันโลหิตหลังทดลองสัปดาห์ที่ 7 และสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าก่อนทดลอง เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ได้รับการพยาบาลตามปกติและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ[8] จะเห็นว่าแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและลดโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีหน้าที่การพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลผู้ป่วยแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ จึงนำแนวคิดการจัดการตนเองของเคนแฟอร์และกาลิค-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L.)[5] มาเป็นแนวคิดในการจัดโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ปัญหาของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตตามเป้าหมายที่กำหนด

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังได้รับการจัดโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

**สมมติฐานการวิจัย**

พฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังเข้าร่วมการจัดโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนอง

**วิธีวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว แบบวัดผลก่อนและหลังทดลอง (one group pretest - posttest designs) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

**ประชากร**

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลับแล ที่ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90-180/99 มิลลิเมตร/ปรอท ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาและได้รับยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2566 จำนวน 265 ราย

**กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อำนาจการทดสอบ (power analysis) (Cohen, 1988) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการพิจารณาค่าขนาด อิทธิพลซึ่งเลือกขนาดกลาง (effect size) เท่ากับ 0.7 ค่าอำนาจการทดสอบ (power test) เท่ากับ .90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Burns & Groove, 2009) 30 คน เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90-180/99 มิลลิเมตร/ปรอท ในรอบ 3 เดือน ที่ผ่านมาได้รับยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถรับรู้ มองเห็น รับฟังและสื่อสารปกติได้อ่านออกเขียนได้ สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ เข้ารับการพักรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการวิจัย มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไตที่จำเป็นต้องล้างไต โรคเอดส์ วัณโรค ทุพลภาพหรือบกพร่องทางการมองเห็น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรับยา/เปลี่ยนยาระหว่างการวิจัย ทุพลภาพหรือความบกพร่องทางการมองเห็น

**เครื่องมือวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่พัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของขนิษฐา สารีพล และปัทมา สุริต[11] ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 27 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การพบแพทย์ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามด้านบวกและคำถามด้านลบ โดยเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ คือ ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 7 วัน ใน 1 สัปดาห์ (5 คะแนน) ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์ (4 คะแนน) ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์ (3 คะแนน) ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์ (2 คะแนน) ไม่ปฏิบัติกิจกรรมในข้อ นั้นเลยใน 1 สัปดาห์ (0 คะแนน) เกณฑ์ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการแบ่งช่วงการแปลผลแบบอันตรภาคชั้น ซึ่งกำหนดช่วงคะแนนเป็น 5 ระดับ[12] ได้แก่ ไม่ดีมาก (0.00-1.00) ระดับไม่ดี (0.00–1.00) ระดับพอใช้ (2.01-3.00) ระดับดี (3.01-4.00) และระดับดีมาก (4.01-5.00)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ ประกอบด้วย การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง การบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างขณะอยู่ที่บ้านตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 12 การโทรติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลจำนวน 3 ครั้ง และประชุมกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง

2.2 คู่มือการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการจัดการกับความเครียดและการรับประทานยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2.3 สื่อวีดีทัศน์ให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ 2 เรื่อง ประกอบด้วย (1) ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาความดันโลหิตสูง (2) การจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม วิธีการผ่อนคลายความเครียดและการรับประทานยา

2.4 แบบบันทึกการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย (1) เป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยการปฏิบัติการจัดการตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและการรับประทานยา มีลักษณะแบบเติมข้อความ (2) การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองที่เกิดขึ้นจริงรายวัน โดยกลุ่มตัวอย่างบันทึกด้วยตนเองทุกวัน

**การตรวจคุณภาพเครื่องมือ** การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน ภายหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงและตรวจสอบหาความตรงตาม เนื้อหาของเครื่องมืออีกครั้ง โดยนำมาหาค่าความตรงตาม เนื้อหา (content Validity Index : CVI) เมื่อได้ค่า CVI จึงนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพฯ มาตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดย

นำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และ นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient)[13] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้กลุ่มตัวอย่าง กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ร่วมกันรับฟังความรู้ผ่านสื่อวีดีทัศน์ เรื่อง (1) โรคความดันโลหิตสูง ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษาควบคุมความดันโลหิต (2) การปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสมสาหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกาลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา (3) ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีกายบริหาร และ (4) ฝึกการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การฝึกหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

สัปดาห์ที่ 2- 11 การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยการบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 3, 7, 10 การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลร่วมกับแบบบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 5, 9 การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จากนั้นให้สมาชิกภายในกลุ่มเลือกผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง และมีการปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสมเพื่อให้แรงเสริมทางสังคม

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผลโปรแกรมโดยซักถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 12 สัปดาห์ วัดความดันโลหิตและประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองครั้งที่ 2

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการทดสอบค่าที (paired t-test)

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เลขที่ UHPO REC 088/2566 ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของ การวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย สิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 เพศหญิง ร้อยละ 40.0 อายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 43.3 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 50 – 59 ปี ร้อยละ 40.0 อายุเฉลี่ย 57.4 ปี อายุต่ำสุด 41 ปี อายุสูงสุด 69 ปี

นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.0 จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และปริญญาตรี เท่ากัน คือ ร้อยละ 13.4 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 46.7 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 16.7 รายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 10,001 บาท ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ 30,001 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 13.3 รายได้เฉลี่ย 11,224.33 บาท ต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 42,000 บาท สิทธิการรักษาพยาบาล คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 76.7 รองลงมา คือ สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 13.3 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 6 ปี และระหว่าง 6 – 10 ปี เท่ากัน คือ ร้อยละ 36.7 มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 86.7 (ไขมันในเลือด ความดันโลหิตสูง โรคไต) ไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ พ่อ/แม่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.0 และสามี/ภรรยาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.7

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

2.1 ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$=3.96, SD.=.34) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ระดับดีมาก ได้แก่ การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ระดับดี ได้แก่ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย (ตารางที่ 1)

2.2 ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้อยู่ในระดับดีมาก (v=4.07, SD.=.34) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ระดับดีมาก ได้แก่ การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ระดับดี ได้แก่ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย (ตารางที่ 1)

2.3 ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำแนกรายด้านก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

| พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง | ก่อนทดลอง | | | หลังทดลอง | | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{X}$ | SD | ระดับ | $\bar{X}$ | SD | ระดับ | | |
| การรับประทานอาหาร | 3.72 | .35 | ดี | 3.63 | .30 | ดี | 2.275 | .030 * |
| การออกกำลังกาย | 3.15 | 1.21 | ดี | 3.58 | .88 | ดี | 5.618 | .000 * |
| การจัดการความเครียด | 4.16 | .55 | ดีมาก | 4.22 | .45 | ดีมาก | 1.140 | .264 |
| การรับประทานยา | 4.63 | .51 | ดีมาก | 4.78 | .29 | ดีมาก | 2.894 | .007 * |
| การมาพบแพทย์ตามนัด | 4.28 | .78 | ดีมาก | 4.65 | .41 | ดีมาก | 3.717 | .001 * |
| การควบคุมปัจจัยเสี่ยง | 4.58 | .74 | ดีมาก | 4.68 | .28 | ดีมาก | 3.261 | .003 * |
| โดยรวม | 3.96 | .34 | ดี | 4.07 | .27 | ดีมา | 4.748 | .000 * |

3. สถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

3.1 ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 76.7 ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 73.3 ดัชนีมวลกายอ้วน/อ้วนระดับ 2 ขึ้นไป (BMI > 25 ขึ้นไป) ร้อยละ 60.0 รอบเอวน้อยกว่า 91 เซนติเมตร ร้อยละ 66.7 ความดันขณะหัวใจคลายตัว (systolic) คือ ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก (140-159 มิลลิเมตร/ปรอท) ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง (160-179 มิลลิเมตร/ปรอท) ร้อยละ 40.0 ความดันขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) คือ ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก (90 – 99 มิลลิเมตร/ปรอท) ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง (100 - 109 มิลลิเมตร/ปรอท) ร้อยละ 20.0 (ตารางที่ 2)

3.2 หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 80.0 ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 86.7 ดัชนีมวลกายอ้วน/อ้วนระดับ 2 ขึ้นไป (BMI > 25 ขึ้นไป) ร้อยละ 56.7 รอบเอวน้อยกว่า 91 เซนติเมตร ร้อยละ 83.3 ความดันขณะหัวใจบีบตัว (systolic) คือ ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก (140-159 มิลลิเมตร/ปรอท) ร้อยละ 83.3 รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง (160-179 มิลลิเมตร/ปรอท) ร้อยละ 33.3 ความดันขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) คือ ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก (90-99 มิลลิเมตร/ปรอท) ร้อยละ 86.7 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง (100-109 มิลลิเมตร/ปรอท) ร้อยละ 13.3 (ตารางที่ 2)

3.3 ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว (เซนติเมตร) ความดันขณะหัวใจบีบตัว (systolic) และความดันขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

| พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{X}$ | SD | $\bar{X}$ | SD | | |
| ดัชนีมวลกาย (BMI) | 27.05 | 4.01 | 26.70 | 3.76 | 3.269 | .003 * |
| รอบเอว (เซนติเมตร) | 86.10 | 7.96 | 85.93 | 7.77 | 2.065 | .048 * |
| ความดันขณะหัวใจบีบตัว | 157.80 | 9.34 | 148.93 | 8.30 | 8.175 | .000 * |
| ความดันขณะหัวใจคลายตัว | 90.60 | 11.22 | 89.63 | 9.61 | 3.205 | .003 * |

**อภิปรายผล**

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05และดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว (เซนติเมตร) ความดันขณะหัวใจบีบตัว (systolic) และความดันขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงดีกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิตยา กระจ่างแก้ว บุญทิพย์ สิริธรังศรี และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล[14] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการภาวะ

ความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า พฤติกรรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงหลังเข้าโปรแกรมเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลง และการศึกษาพิมพ์ใจ อุ่นบ้าน สุมิตรพร จอมจันทร์ และณิชชา ทิพย์วรรณ[15] ที่พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งการวิจัยนี้ประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys[5] ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อม โดยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ร่วมกันรับฟังความรู้ผ่านสื่อวีดีทัศน์ เรื่อง (1) โรคความดันโลหิตสูง ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษาควบคุมความดันโลหิต (2) การปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสมสาหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกาลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา (3) ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีกายบริหาร (4) ฝึกการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การฝึกหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ขั้นตอนที่ 2 การจัดการตนเอง (self-management) โดยการบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองขณะอยู่ที่บ้าน การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลร่วมกับแบบบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเอง รวมทั้งประเมินปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จากนั้นให้สมาชิกภายในกลุ่มเลือกผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง และมีการปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสมเพื่อให้แรงเสริมทางสังคม

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ความดันขณะหัวใจบีบตัว (Systolic) และความดันขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic) ลดลง เนื่องจาก ผู้วิจัยติดตามเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะ ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับข้อเสนอของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย[3] ที่กล่าวว่า การลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่มี BMI >25 กก./ม.$^2$ มีประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิต คือ น้ำหนักที่ลดลง 1 กิโลกรม สามารถลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (ความดันโลหิตซิสโตลิค) ได้เฉลี่ย 1 มิลลิเมตร/ปรอท และการลดน้ำหนัก 10 กิโลกรัม สามารถลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวได้เฉลี่ย 5-20 มิลลิเมตร/ปรอท การรับประทานอาหารแบบ DASH มีประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิตคือความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลง 8-14 มิลลิเมตร/ปรอท การจำกัดโซเดียมในอาหารมีประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิตคือ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลง 2-8 มม.ปรอท การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอมีประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิตคือความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงเฉลี่ย 4 มม.ปรอท และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ลดลงเฉลี่ย 2.5 มิลลิเมตร/ปรอท การลดการดื่มแอลกอฮอล์มีประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิตคือความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงเฉลี่ย 2-4 มิลลิเมตร/ปรอท เช่นเดียวกันผลการวิจัยนี้พบว่า ดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว (เซนติเมตร) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตลดลงภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของศุภลักษณ์ ทองขาว นิภา กิมสูงเนิน และรัชนีนาม จันทรา[16] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้วัยผู้ใหญ่ตอนต้นพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และผลการศึกษาของรุ่งรัตน์ สุขะเดชะ และวริศรา ปั่นทองหลาง[17] ที่พบว่า ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมี

ส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในกลุ่มผู้ผู้ป่วยโรคไม่ติดเรื้อรังที่มีปัญหาสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี บุคลากรด้านสุขภาพ อาทิ จ้าหน้าที่สาธารณสุขพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข สามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคไต และโรคหัวใจ เป็นต้น

2. ควรมีการ ศึกษาวิจัยในระยะยาว โดยอาจเพิ่มระยะเวลาการศึกษาจาก 3 เดือนเป็น 6 เดือน และปรับกิจกรรมของโปรแกรมฯ ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะมากขึ้น และเพิ่มระยะเวลาในการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของค่า ความดันโลหิตถึงความต่อเนื่องและยั่งยืน

**กิตติกรรมประกาศ**

การวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณ อาจารย์ ดร. นภดล เลือดนักรบ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องการวิจัย อาจารย์พิศิษฐ พวงนาค ข้าราชการบำนาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ที่ให้คำแนะนำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เจ้าหน้าที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลับแล ที่อำนวยความสะดวกอย่างดีตลอดระยะเวลาการวิจัย ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสียสละเวลาให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

**เอกสารอ้างอิง**

1. World Health Organization. Hypertension. [Internet]. 2020. [cited 2021 Sep 19]. Available from https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/ hypertension.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 66] เข้าถึงจาก: http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14502&gid=1-015-005
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 66] เข้าถึงจากhttps://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
3. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. [อินเตอร์เน็ต]. 2562. [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 66] เข้าถึงจาก: http://www.thaihypertension.org/guideline.html
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2561). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก. [อินเตอร์เน็ต]. 2561. เข้าถึงจาก: https://www.thaincd.com/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_62.pdf
5. Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldtein (Eds.), Helping people change: A text book of methods. (4th ed.). New York: Pergamonpress, 1991.
6. รัฏฐธิรินีย์ ธนเศรษฐ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน" วารสารวิชาการสำนักงานควบคุมโรคที่ 2561; 24: 100-111.
7. สายฝน วรรณขาว. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองตอระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง" วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. 2562; 11: 126-141.
8. สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. [อินเตอร์เน็ต]. 2562. [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค. 66] เข้าถึงจาก: 43https://www.tcithaijo.ort/index.php/TJONC/article 43/download/2626/2007
9. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 1988.

10. Burns, N., & Groove, S. K. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. St. Louis: Saunders Elsevier. 2009.
11. ขนิษฐา สารีพล, และปัทมา สุริต. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. Journal of Nursing and Health Care; 2558. 33; 110-116.
12. Best, J. W. and Kahn J.V.. Research in Education. 7th ed. Boston, MA: Allyn and Bacon. 1993.
13. Conbarch, L. Joseph. Essential of Psychology and Education. New York: Mc–Graw Hill. 1994.
14. นิตยา กระจ่างแก้ว บุญทิพย์ สิริธรังศรี และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล (2565) ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(4) 725-434.
15. พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน สุมิตรพร จอมจันทร์ และณิชชา ทิพย์วรรณ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้, 2564; 13: 59-72.
16. ศุภลักษณ์ ทองขาว นิภา กิมสูงเนิน และรัชนีนาม จันทรา. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้วัยผู้ใหญ่ตอนต้น, 2564; 32: 73-88.
17. รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ และวริศรา ปั่นทองหลาง. ผลของโปรแกรมยกระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 2565; 4: 26-40.

# การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

# Nursing Care of a Patient with Septic Shock at the Emergency Department : Two Case Studies.

(Received: February 22,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**วิลาวัลย์ พลเดช**[1]
**Wilawan Pondej**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โดยกรณีศึกษาทั้ง 2 มีสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 เกิด จากการติดเชื้อ Urinary tract infection with E. Coli Sepsis infection Shock ที่ต้องได้รับการกำจัดแหล่งติดเชื้อโดยการให้ยาฆ่าเชื้อ กรณีศึกษาที่ 2 เกิดจากวินิจฉัย Bacterial pneumonia with Urinary tract infection with Septic shock ทั้ง 2 กรณีศึกษามีอาการแสดงภาวะช็อกก่อนมาถึงโรงพยาบาล ภาวะช็อกจากการติดเชื้อทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษา Fluid Resuscitation และ Nor – epinephrine ทั้ง 2 กรณี มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะวิกฤติที่คล้ายคลึงกันคือ มีได้แก่ 1) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจาภาวะช็อกจากการติดเชื้อ 2) มีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ (Poor tissue perfusion) 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดกระจายในหลอดเลือด(DIC) จากToxin ของ Bacteria 4) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค 5) ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองรายที่แตกต่าง คือกรณีที่1 1) มีภาวะช็อกเนื่องจากUrinary tract infection 2)มีภาวะซีดHct 29%, Hb 9.1 gm/dl ได้รับ PRC 1 unit เพราะผู้ป่วยมีภาวะ Poor tissue perfusion และ eGFR 22.81L/minute ส่วนผู้ป่วยกรณีที่ 2 1) มีภาวะช็อกเนื่องจากภาวะติดเชื้อที่ปอดและระบบทางเดินปัสสาวะ 2) ใช้เวลาในการรักษาพยาบาลให้พ้นภาวะช็อกนานกว่าจากการที่ภาวะการทำงานของปอดและUrinary tract infectionมีการติดเชื้อร่วมด้วย 3) มีภาวะโพแทสเซี่ยมในเลือดต่ำ ซึ่งปัญหาทั้ง 2 กรณีศึกษา พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ประเมินและคัดกรองผู้ป่วยทั้ง 2 คนในระยะแรกได้อย่างรวดเร็ว ให้การพยาบาลแบบมุ่งเป้าหมายใน 6 ชั่วโมงแรก ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายได้รับ การแก้ไขจนผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤต อาการดีขึ้นไม่มีภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษาที่ 1 พักรักษาตัวในโรงพยาบาล 9 วัน กรณีศึกษาที่ 2 พักรักษาตัวในโรงพยาบาล 10 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้โดยนัดติดตามผลอีก 1 สัปดาห์

ผลลัพธ์: ภาวะช็อกจากการติดเชื้อกระแสเลือดหากได้รับการประเมิน การคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช นับว่าเป็นบุคคลสำคัญด่านหน้าในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในทุกระยะของการรักษาตั้งแต่กระบวนการในการคัดกรองผู้ป่วย การประเมิน การเฝ้าระวังติดตามอาการ ตลอดจนการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกต่างๆ ที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งบทบาทดังกล่าวนับว่าเป็นความท้าทายในการที่จะพัฒนาองค์ความรู้และฝึกฝนทักษะในการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งนี้โดยมีเป้าหมายสำคัญหลักคือ การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยเร็ว ที่สุดระบบการไหลเวียนโลหิตกลับคืนสู่สภาวะปกติดังเดิม ลดความรุนแรงจากความทุพลภาพที่อาจเกิดขึ้น และ ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤติต่อไป

**คำสำคัญ**: การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care of a patient with septic shock at the emergency department. The two case studies have different causes of bloodstream infections. Case Study: 1 was caused by the production of Urinary tract infection with E. Coli sepsis infection shock that requires a case study: From the

[1]โรงพยาบาลกะเปอร์

study, it was found that both cases had different causes of serous acid secretion and elimination of fungal infection. Case 2 was caused by Bacterial diagnosis. With Unilateral action with Septic shock, both cases had a similar structural shock before arriving at the first hospital. Shock from both infections received Fluid Resuscitation and Nor-epinephrine treatment. In both cases, there was a similar critical dose of medication, which is 1 dose of atrial fibrillation, 2 doses from heart disease. There is insufficient oxygenated tissue (Poor tissue perfusion) 3) risk of DIC, Toxin of Bacteria 4. Patients and relatives are concerned about the progression of the disease. 5) Patients and relatives need to know how to behave on their return home in accordance with D-M-E-T-H-O-D The nursing diagnosis of the two different patients is the case of 1) having shock due to Urban tract infection 2) having 29%, Hb 9.1 gm/al received a PRC 1 unit because the patient had porosity and eGFR 2281L/minute. Patient 211) suffered shock due to pulmonary and urological infections, 2 was used to treat shock-free treatment with lung function and Urinary tract infection in both blood. Accidents and emergencies nurses quickly assess and screen both patients in the early stages. Targeted nursing in the first six hours. The problems and needs of each patient and family are solved so that patients with thousands of critical conditions improve without intervention. Case study 1 stayed in hospital for 9 days, case study 2 stayed at hospital for 10 days. The doctor allowed to return home with a follow-up appointment for another week.

Result: Hemorrhagic shock if evaluated, screened, diagnosed and treated quickly ensures patient safety. Professional nurses, emergency and forensics agencies It is a leading role in the care and nursing of patients suffering from hemorrhagic stroke at all stages of treatment, from screening processes to assessments, monitoring and coordination with a multidisciplinary team and forward patients to appropriate departments. This role is a challenge in developing advanced nursing skills to manage hemorrhagic stroke. The primary goal is to ensure that patients are protected from alternative infections as soon as possible. Patient Survival

**Keywords:** Nurse of Hematological Infection

**บทนำ**

ประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 รายต่อปี เสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี โดยอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในปี 2563-2565 เท่ากับ 32.92, 32.68 และ 32.47 ต่อแสนประชากร พบอัตราตายในเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 156.8 และ 118 ต่อแสนประชากร จากสถิติการให้บริการผู้ป่วย septic shock ที่มารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกะเปอร์ พบว่า ปี พ.ศ. 2563 - พ.ศ.2566 มีจำนวนผู้ป่วย septic shock 21 , 16 , 31 และ 17 ราย ตามลำดับ โดยมีอัตราการเสียชีวิตภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ( Septic shock ) ปี พ.ศ. 2563 - พ.ศ.2566 คิดเป็นร้อยละ 4.76 , 12.5 ,9.67 ,5.88 ตามลำดับและเป็น 1 ใน 5 อันดับที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลกะเปอร์[18]

การติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งตามระดับความรุนแรงเพื่อให้ง่ายต่อการประเมินและการรักษาเป็น 4 ระยะ ได้แก่ (1) systemic inflammatory response syndrome (SIRS) เป็นกระบวนการอักเสบ (systemic inflammation) ที่ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อ ต้องมีอาการทางคลินิกอย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ 1) อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38°C หรือ < 36°C 2) อัตราการเต้นของหัวใจ > 90 ครั้ง/นาที 3) อัตราการหายใจ > 20 ครั้ง/นาที หรือ PaCO2< 32 mmHg และ 4) เม็ดเลือดขาว > 12,000หรือ< 4,000 cell/$mm^3$ หรือมี immature form > ร้อยละ 10 (2) Sepsis คือ ภาวะ SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปร่วมกับมีอาการหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อใน ร่างกาย (3) Severe sepsis คือ ผู้ป่วย sepsis ที่เกิดภาวะ hypoperfusion หรือ organs dysfunction โดยที่มีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ และ (4) Septic shock ภาวะ sepsis ที่มี systolic blood pressure < 90 mmHg หรือลดลง

> 40 mmHg จากค่าเดิม หรือ Mean Arterial Pressure (MAP) < 70 mmHg$_2$ โดยที่ได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำอย่างเพียงพอแล้ว ผู้ป่วย Sepsis ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างรวดเร็วจะทำให้เข้าสู่ภาวะ Septic shock และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ30เนื่องจาก Toxin ของ Bacteria ที่เข้าสู่กระแสเลือด จะทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัวอย่างรวดเร็วทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ ถึงแม้จะให้สารน้ำอย่างเพียงพอ จึงต้องให้ยากลุ่ม Vasopressure เพิ่ม เช่น Norepinephrine ความดันโลหิตที่ต่ำลงทำให้เกิดการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ (tissue hypoxia) จากภาวะ Hypoperfusion เนื้อเยื่อจะปรับตัวโดยพยายามดึงเอาออกซิเจนจากเลือดซึ่งมีน้อยอยู่แล้วออกจากฮีโมโกลบินและพลาสมาให้มากขึ้น หากยังไม่เพียงพอร่างกายจะปรับตัวโดยเปลี่ยนไปใช้ anaerobic metabolism แทนทำให้ระดับของสาร lactate ในเลือดสูงขึ้น นอกจากนั้น Toxinของ Bacteria ยังทำให้เกิดลิ่มเลือดขนาดเล็กกระจายทั่วไปในหลอดเลือด (DIC) ทำให้เกิด Organ dysfunction และการทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว หากอวัยวะล้มเหลวพร้อม ๆ กัน หลายระบบ (Multiple Organ Failure) จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

**หลักการสำคัญในการรักษาภาวะ severe sepsis/septic shock** มี 3 ประการ ประกบด้วย (1) การรักษาเพื่อกำจัดแหล่งของการติดเชื้อ (Source Identification and control) (2)การรักษาเพื่อปรับสมดุลระบบไหลเวียนโลหิต (Hemodynamic support) ประกอบด้วย 2.1) Adequate tissue perfusionภายใน 6 ชั่วโมง ( Early gold directed therapy)ดังนี้ 1) การรักษาระบบไหลเวียนให้มีความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central Venous Pressure : CVP) อยู่ระหว่าง 8-12 cmH2O 2) การรักษาระบบไหลเวียนให้มีความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure :MAP)≥ 65 mmHg 3) ปัสสาวะ≥0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมงและ 4) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Saturated central venous Oxygenation: ScvO2) ≥70 % หรือมีความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (O2 Saturation)≥ 95% 2.2 ) Adequate volume ผู้ป่วย septic shock ควรได้รับสารน้ำอย่างรวดเร็วในช่วงแรกของการรักษา 2.3 ) Acceptable BP เมื่อผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอแล้วให้ทำการวัดความดันโลหิตของผู้ป่วย ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย(mean arterial pressure: MAP)มีค่า≥ 65 มิลลิเมตร 2.4)Adequate tissue perfusion เป้าหมายของการรักษาภาวะ septic shock คือ การพยายามทำให้ระบบอวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้รับเลือด ซึ่งจะนำสารอาหารและออกซิเจนเข้าสู่เนื้อเยื่อและเซลล์ได้อย่างเพียงพอ 2.5) Goal achieved and frequent assessmentเมื่อทำการรักษาจนได้ adequate tissue perfusion แล้วให้คงการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่อง และคอยติดตามการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตของผู้ป่วยเป็นระยะโดยเฉพาะในช่วง 1 ถึง 3 ชั่วโมงแรกหลัง goal achieved (3.)การรักษาประคับประคองระบบอวัยวะต่างๆที่ล้มเหลว (Organ and metabolic support) 3.1) ระบบทางเดินหายใจเพื่อปรับสมดุลกรดด่างในเลือด กล้ามเนื้อของระบบทางเดินหายใจจึงเป็นการลด oxygen consumptionในผู้ป่วยภาวะช็อก 3.2 ) ระบบการทำงานของไต เมื่อเกิดภาวะช็อกร่างกายจะมีการปรับตัว ทำให้เกิด splanchnic Vasoconstriction ปริมาณเลือดไปเลี้ยงวัยวะภายในช่องท้องและไตลดลงใช้เวลานานกว่าที่ไตจะกลับมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพอาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาทดแทนไตอย่างเหมาะสม 3.3 )การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้รักษาระดับน้ำตาลในเลือดไว้ประมาณ80 - 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร[1,2]

โรงพยาบาลกะเปอร์ จึงได้มีการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis Shock โดยร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาSepsis โรงพยาบาลระนองและเครือข่ายจังหวัดระนอง มีการนำแนวทางปฏิบัติ(Clinical Practice Guideline : CPG) มาใช้ในการดูแลรักษา

ผู้ป่วย ซึ่งเป้าหมายของการรักษาแนวทางการดูแลรักษาแบบมุ่งเป้าหมายอย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมงแรก (Hour-1 Bundle: Initial Resuscitation for Sepsis and Septic Shock) และการดูแลแบบมุ่งเป้าหมายใน 6 ชั่วโมงแรก (The Sepsis Six Care Bundles: SSC Bundles โดยเน้นการค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็วและใช้เครื่องมือในการช่วยคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะแทรกซ้อนได้แก่ NEW score (National Early Warning Score)เป็นเครื่องมือในการประเมินและเป็นสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและช่วยให้ทีมร่วมกันตัดสินใจ ในการดูแลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งประกอบไปด้วย อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย แบบประเมินความรู้สึกตัว ของกลาสโกว และระดับการอิ่มตัวของออกซิเจน โดยแบ่งระดับความรุนแรงและแนวทางการรักษาพยาบาล

**Adult Early Warning Signs "NEWS "**

Chart 1: The NEWS scoring system

| Physiological parameter | Score 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Respiration rate (per minute) | ≤8 | | 9–11 | 12–20 | | 21–24 | ≥25 |
| $SpO_2$ Scale 1 (%) | ≤91 | 92–93 | 94–95 | ≥96 | | | |
| $SpO_2$ Scale 2 (%) | ≤83 | 84–85 | 86–87 | 88–92 ≥93 on air | 93–94 on oxygen | 95–96 on oxygen | ≥97 on oxygen |
| Air or oxygen? | | Oxygen | | Air | | | |
| Systolic blood pressure (mmHg) | ≤90 | 91–100 | 101–110 | 111–219 | | | ≥220 |
| Pulse (per minute) | ≤40 | | 41–50 | 51–90 | 91–110 | 111–130 | ≥131 |
| Consciousness | | | | Alert | | | CVPU |
| Temperature (°C) | ≤35.0 | | 35.1–36.0 | 36.1–38.0 | 38.1–39.0 | ≥39.1 | |

**NEW score (National Early Warning Score)**

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นบทบาทที่ท้าทายของพยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพหน่วยงานอุบัติฉุกเฉินและนิติเวช ความสำคัญของการพยาบาลที่สอดคล้องกับรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชั่วโมงแรก (EGDT)[5,11] จากการศึกษาพบว่าสามารถนำไปปรับใช้ในทุกหน่วยงานเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน ผู้ศึกษาเห็นว่าการศึกษากรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกะเปอร์ ตั้งแต่การคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย การรักษา การพยาบาล สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลพื้นฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

**วัตถุประสงค์การศึกษา**

1. เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการให้ความรู้และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ในระยะฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ในระยะฉุกเฉิน
4. ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ในระยะฉุกเฉิน

**วิธีการศึกษา**

เป็นการรายงานศึกษาผู้ป่วย (Case Study) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย ที่เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อ รายที่ 1 แพทย์วินิจฉัย Urinary tract infection with E. Coli Sepsis Shock รายที่ 2 แพทย์วินิจฉัย Bacterial pneumonia with Septic shock ทั้ง 2 รายได้รับการปฏิบัติตาม Sepsis guideline แต่เนื่องจากผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลในระยะ 6 ชั่วโมงแรกที่เข้ารับการรักษา ณ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกะเปอร์ ช่วงเดือน1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติจากญาติและสอบถามข้อมูลจากบุคลากรโดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติทางการพยาบาล และเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชกับการดูแลที่ควรเป็นไปตาม

ทฤษฎี โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการสำคัญประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตแบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ สภาพเศรษฐกิจและสังคม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ การใช้ยา รวมถึงการนำ CPG การดูแลผู้ป่วย Sepsis มาใช้

3. ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง

4. ศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก โดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล ความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆมาช่วยในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน ภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ

5. สรุปผลการศึกษารวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบเพื่อหาแนวทางแก้ไขและพัฒนาต่อไป เป้าหมายของงาน เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เปรียบเทียบ 2 ราย

**ผลการศึกษา**

**ตารางที่ 1 สรุปกรณีศึกษา**

| กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|
| **การวินิจฉัย Urinary tract infection with E. Coli Sepsis Shock**<br>แรกรับที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ผู้หญิงไทย อายุ 86 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ ก่อนมาโรงพยาบาล1 วัน ไข้สูงหนาวสั่น คลื่นไส้อาเจียนเป็นเศษอาหาร 3 ครั้ง ไม่มีอาการถ่ายเหลว ปัสสาวะแสบขัดสีขาวขุ่น ประวัติการเจ็บป่วย 10 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีปัสสาวะแสบขัด สีขาวขุ่น ปวดเมื่อยตามตัว ไม่มีไข้ ไม่ได้ไปรักษาที่ไหนและก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน มีไข้สูงหนาวสั่น ปวดเมื่อยตามตัว คลื่นไส้อาเจียนเป็นเศษอาหาร รับประทานอาหารได้น้อย มีอาการซึม ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลกะเปอร์ ประวัติโรคประจำตัว Hypertension with Diabetes Mellitus diet control with Dyslipidemia with chronic kidney disease stage 3 with gout แรกรับ Conscious drowsiness E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE, T37.5 ℃ , PR 94 ครั้ง/นาที , RR 30 ครั้ง/นาที , BP 77/33 mmHg , $O_2$ saturation 96% แพทย์ให้การรักษาตามแนวทาง Sepsis 6 Bundle เปิดเส้นให้0.9% NSS 1,000 cc load IV NSSครั้งแรก1,000 ml ใน 45 นาที วัดความดันโลหิต ได้ 80/40 มิลลิเมตรปรอท ต่อมา load IV เพิ่มอีก 1,000 ml then 60 cc./hr.ใน 45 นาที ., Hemoculture 2 specimens, Antibiotic Ceftazidine 2 gm IV stat และ Tazocin 4.5 gm iv stat ภายใน 1 ชั่วโมง , NPO , Retained Foley's catheter. ให้ $O_2$ canular 3 L/min ผล CXR No infiltration No Crepitation both lung และส่งตรวจ Lab , DTX 74mg/dl Labที่ผิดปกติ คือ CBC มี WBC 41,700 cell/$mm^3$ , Hct 24% , Neutrophil. 93 cell/$mm^3$, PLT 117,000 cell/$mm^3$ , eGFR 22.81 mL/minute, BUN 28.0 | **การวินิจฉัย Bacterial pneumonia with Urinary tract infection with Septic shock**<br>**กรณีศึกษาที่ 2** : ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 91 ปี ญาติให้ประวัติก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน ผู้ป่วยมีอาการไอ มีเสมหะเหนียวสีขาว ไม่มีไข้ หายใจไม่เหนื่อย รับประทานอาหารได้น้อย ซึม ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง มีไข้สูง รับประทานยาParacetamol ( 500mg) 1 เม็ด หลังจากนั้น 30 นาที ญาติพบผู้ป่วยนอนไม่รู้สึกตัว ปลุกไม่ตื่น ไข้สูงหนาวสั่น หายใจหอบเหนื่อย ญาติจึงตาม 1669 นำส่งโรงพยาบาลกะเปอร์ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว Hypertension with Dyslipidemia with chronic kidney disease stage 3<br>แรกรับหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ไม่รู้สึกตัว E1V1M2 pupil 2 mm RTLBE, T>36.3℃, PR 124 ครั้ง/นาที, PR 40 ครั้ง/นาที, BP 73/44 mmHg, $O_2$ saturation50% , แพทย์ให้การดูแลรักษาตามแนวทาง Sepsis 6 Bundle เปิดเส้นให้ 0.9% NSS 1000 ml iv. Load 500 ml then rate 60 ml/hr , เจาะ H/C 2 ขวด , Antibiotic Tazocin 4.5 gm iv drip stat ภายใน 1 ชั่วโมง, O2 mask 10 L/min , DTX 132mg/dl ,NPO, O2 mask 10 L/min ผล CXR infiltration both lung ฟัง Lung มี Crepitation both lung พบ Lab ผิดปกติ CBC WBC 13,100 cell/$mm^3$, Neutrophil 8.4 cell/$mm^3$, PLT 109,000 cell/mm3 , eGFR 29.06 mL/minute , BUN 27.0 mg/dl, Cr 1.55 mg/dl, K 3.39 mmol/L , Total protein 9.6 g/dl, urine examination WBC 20 - 30 cells/HPF. Bacteria many , Blood Lactase 10.6mmol/L ญาติปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจและขอรับการรักษาโรงพยาบาลกะเปอร์ ประเมินซ้ำ ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว E4V5M6 หายใจมี |

**ตารางที่ 1 สรุปกรณีศึกษา**

| กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|
| mg/dl, Cr 1.95 mg/dl, $CO_2$ 18.3 mmol/L , Albumin 2.5 g/dl urine examination พ บ WBC >100 cells/HPF. Bacteria Numerous , Blood Lactase 8 mmol/L ประเมินซ้ำทุก 5นาที E4V5M6 , PR 88 ครั้ง/นาที , RR 28ครั้ง/นาที , BP 89/51 mmHg , $O_2$ saturation100% , DTX 72mg/dl แพทย์ให้การรักษา Norepinephrine ( 1: 62.5 ) 4 mg IV drip เริ่ม 10 ml./hr. ประเมินซ้ำ BP อยู่ระหว่าง 95/54 - 120/70mmHg ,PR 120 ครั้ง/นาที, RR 32 ครั้ง/นาที เฝ้าระวังภาวะ Hypo - Hyperglycemia Retained Foley's catheter Urine out put 250 cc Dx. UTI / Sepsis Shock รวมระยะเวลา 2 ชั่วโมง 45 นาที และจำเป็นจะต้องได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด แพทย์พิจารณา Admitted ผู้ป่วยใน หลังรับไว้ในการดูแล 24 ชั่วโมง แรกรู้สึกตัวดี ติดตามภาวะช็อกอย่างใกล้ชิดปรับNorepinephrine (1: 62.5) 4 mg IV drip เริ่ม 10 ml./hr. ปรับ rate ถึง 21 ml./hr Keep BP ≥90/60mmHg /MAP ≥65 mmHg ไม่ มี ภ า ว ะ Hypo – Hyperglycemia ผล DTXอยู่ระหว่าง70 – 154 mg/dl ประเมินติดตามอาการทุก 1 - 2 ชั่วโมง ดูแลการได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา Record I/O ปริมาณน้ำเข้าและออกสมดุลย์กัน ติดตามประเมินจนผู้ป่วยพ้นภาวะช็อกหลังรับไว้ดูแล 3 วัน เริ่มทำกิจกรรมบนเตียง O2 canular 3 L/min ภาวะไข้สูงจาก T 39 - 38°C เริ่มลดลง RR 22-24 ครั้ง/นาที PR 100 ครั้ง/นาที O2 saturation 94% และระดับความดันโลหิต BPเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ อยู่ระหว่าง100/60-120/70 mmHg ติดตามผล Electrolyte K = 3.8 mmol/L ,Cl =110 mmol/L ได้รับการแก้ไขจนอยู่ในระดับค่าปกติ urine examination ไม่พบ WBC ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ภาวะ Metabolic acidosis และภาวะโลหิตจางได้รับการแก้ไขได้ PRC 1 unitจนอาการดีขึ้น Hct 29% ส่วนการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะให้ยาปฏิชีวนะ Tazocin 2.25 gm iv ทุ 8 ชั่วโมง x7days จนครบหลังรับไว้ดูแล 6 วัน สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ ไม่หอบเหนื่อย RR 22 ครั้ง/นาที O2 saturation100% Nasal cannula 3 ลิตรต่อนาที และวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายกังวล เพื่อไม่กลับมาป่วยซ้ำด้วยโรคทางเดินปัสสาวะอักเสบอีก ผู้ป่วยสามารถหยุดการใช้ออกซิเจน หายใจได้เอง ปัสสาวะไม่แสบขัด สีขาวใส วันที่1 กันยายน 2566 จำหน่ายกลับบ้านได้ รวมจำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 9 วัน จากการติดตามเยี่ยมบ้านและอาการขณะมาตรวจตามนัดและหลังจำหน่าย 1 เดือนพบว่าไม่กลับมารักษาซ้ำ ณ หอผู้ป่วยใน (re-admit) | Retraction ตัวเย็น O2 mask 10 L/min PR 124ครั้ง/นาที, RR 36 ครั้ง/นาที, BP 89/57mmHg ,$O_2$ saturation 83% เปลี่ยนให้ On High-flow nasal cannula (HFNC) ค่า FiO2 เท่ากับ 0.6 ค่า Total flow 60 ลิตรต่อนาที เพิ่มการรักษา Norepinephrine ( 1: 62.5 ) 4 mg. IV drip เริ่ม 10 ml./hr.ปรับ rate ถึง 30 ml./hr. BP อยู่ระหว่าง 76/45 - 91/57mmHg PR120 ครั้ง/นาที, RR 32 ครั้ง/นาที $O_2$ saturation 95% ไม่ มี Hypo – Hyperglycemia รวมระยะเวลา 1 ชั่วโมง 55 นาที Dxวินิจฉัย Bacterial pneumonia with Urinary tract infection with Septic shock และจำเป็นจะต้องได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดแพทย์พิจารณาAdmitted หลังรับไว้รักษาใน 24 ชั่วโมงแรก รู้สึกตัวดี ติดตามภาวะช็อกอย่างใกล้ชิดปรับNorepinephrine (1: 62.5) 4 mg IV drip Keep BP ≥90/60mmHg /MAP≥65 mmHg ไม่ มีภาวะHypo – Hyperglycemia ผล DTXอยู่ระหว่าง80 – 150 mg/dl ดูแลการได้รับสารน้ำ Record I/O ติดตามประเมินจนผู้ป่วยพ้นภาวะช็อกหลังรับไว้ดูแลหายใจสัมพันธ์กับ HFNC, RR 28 ครั้ง/นาที ,PR 100 ครั้ง/นาที O2 saturation 94% เสมหะลดลง ไอขับเสมหะได้ ระดับความดันโลหิตเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ (100/60-120/70 mmHg) ติดตามผล Electrolyte K = 3.68 mmol/L , Cl =110 ได้รับการแก้ไขจนอยู่ในระดับค่าปกติ ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อเพิ่มขึ้นหลังรับไว้ดูแล 5 วัน สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้กระตุ้นให้ได้รับสารน้ำเพียงพอ ทานอาหารอ่อนได้บริหารยาปฏิชีวนะให้ได้ครบตามแผนการรักษา ปริมาณน้ำเข้าและออกสมดุลดีครบ 48 ชั่วโมง แพทย์หยุดการรักษาNorepinephrine ( 1: 62.5 ) 4 mg. หลังรับไว้ดูแล 5 วัน สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ ไม่หอบเหนื่อย RR20 ครั้ง/นาที O2 saturation เท่ากับ 100% เริ่มวางแผนหย่าการใช้เครื่อง HFNC เปลี่ยนเป็น Nasal cannula 3 ลิตรต่อนาที และวางแผนจำหน่าย ตามหลัก D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลาย กังวล มีความรู้และเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัว การ ทานอาหารและยา ดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อไม่กลับมาป่วยซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบอีก ผู้ป่วยสามารถ หยุดการใช้ออกซิเจน หายใจได้เอง จำหน่ายกลับบ้านได้ วันที่ 5 ตุลาคม 2566 รวมจำนวนวันนอนพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล 10 วัน และจากการติดตามอาการขณะมาตรวจตามนัดและหลังจำหน่าย 1 เดือนพบว่าไม่กลับมา รักษาซ้ำ ณ หอผู้ป่วยใน (re-admit) |

**ตาราง 2 เปรียบเทียบกรณีศึกษา : การปฏิบัติตาม Sepsis guideline การรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชม.แรก (EGDT)**

| หัวข้อ | ผู้ป่วยรายที่ 1 | ผู้ป่วยรายที่ 2 |
|---|---|---|
| **1. การปฏิบัติตาม Sepsis/ Septic shock guideline ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน-นิติเวช** | | |
| 1.1 การซักประวัติอาการ SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป + Infection | 1.1 มี SIR 3 ข้อ T37.5 ℃ , PR 94 ครั้ง/นาที , RR 30 ครั้ง/นาที , BP77/33 mmHg ,O2 saturation 96% , WBC 41,700 cell/$mm^3$ , มีHx. Infection มีปัสสาวะแสบขัด สีขาวขุ่น Urine Analysis WBC >100 cells/HPF<br>- Blood Lactate 8 mmol/ | 1.1 มี SIR 3 ข้อ T 36.3 ℃, PR 124 ครั้ง/นาที ,<br>RR 40 ครั้ง/ นาที BP 73/44 mmHg , O2 saturation 50% มี Hx. Infection (หายใจเหนื่อย /ไอ) หายใจมี retraction Crepitation both lung ผล CXR infiltration both lung<br>- Blood Lactate 10.6 mmol/ |
| 1.2 การเจาะ H/C ใน 30 นาที หลัง Dx. Sepsis | 1.2 เจาะ H/C แรกรับ Dx. UTI / Sepsis shock | 1.2 เจาะ H/C แรกรับ Dx. Dx. Pneumonia ć Septic shock |
| 1.3 การให้ ATB ใน 60 นาทีหลัง Dx. Sepsis | 1.3 ให้Ceftazidine 2 gm IV ǧ 8 ชั่วโมง , Tazocin 4.5 gm iv ǧ 6 ชั่วโมง ภายในเวลาใน 60 นาทีหลัง Dx. Sepsis | 1.3 ให้Tazocin 4.5 gm iv ǧ 6 ชั่วโมง ภายในเวลาใน 60 นาทีหลัง Dx. Sepsis |
| 1.4 การให้ 0.9% NSS IV loadหรือ LRS อัตราเร็ว 500-1,000 ml ในเวลา 15 – 60 นาที (อย่างน้อย 30 ml/Kg. ภายใน 1-3 ชม.) แล้วแต่สภาพของผู้ป่วย และโรคทางระบบหัวใจ หรือ ไหลเวียนเลือดที่มีอยู่เดิม | **1.4** load IV NSSครั้งแรก1,000 ml ใน 45 นาที วัดความดันโลหิต ได้ 80/40 มิลลิเมตรปรอท ต่อมา load IV เพิ่มอีก 1,000 ml then 60 cc./hr | 1.4 ให้ 0.9% NSS 1000 ml iv. Load 500 ml then iv rate 60 ml/hr |
| 1.5 การให้ Vasopressor Therapy | 1.5 ให้ Norepinephrine ( 1: 62.5 ) 4 mg IV drip เริ่ม 10 ml./hr. ปรับ rate ถึง 30 ml./hr | 1.5 ให้ Norepinephrine ( 1: 62.5 ) 4 mg IV drip เริ่ม 10 ml./hr. ปรับ rate ถึง 30 ml./hr |
| **2. การรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชม.แรก (EGDT)** | | |
| 2.1 การได้รับ ATB | 2.1 ให้Ceftazidine 2 gm IV ǧ 8 ชั่วโมง , Tazocin 4.5 gm iv ǧ 6 ชั่วโมง ภายในเวลาใน 60 นาทีหลัง Dx. Sepsis | 2.1 ให้Tazocin 4.5 gm iv ǧ 6 ชั่วโมงภายในเวลาใน 60 นาทีหลัง Dx. Sepsis |
| 2.2 BP ≥ 90/60 mmHg หรือ MAP ≥ 65mmHg | 2.2 BP 80/50 mmHg หรือ MAP 60 mmHg | 2.2 BP 97/50 mmHg หรือ MAP 66 mmHg |
| 2.3 CVP อยู่ระหว่าง 8-12 cmH2O | 2.3 ไม่ได้ใส่สาย Central line | 2.3 ไม่ได้ใส่สาย Central line |
| 2.4 O2 Saturation ≥ 95% | 2.4 O2 Saturation 97 % On r 3 $O_2$ canular 3 L/min | 2.4 O2 Saturation 80 % On High-flow nasal cannula (HFNC) FiO2 เท่ากับ 0.6 Total flow 60 L/min |
| 2.5 urine > 0.5 ml/kg/hr | 2.5 Retained Foley's cath. Urine out put 550 ml | 2.5 Retained Foley's cath. Urine out put 200 ml |
| การดูแลที่หน่วยงานผู้ป่วยใน | หลังรับไว้ใน 24 ชั่วโมง แรกของการดูแลรู้สึกตัวดีมีการติดตามภาวะช็อกอย่าง ใกล้ชิด ปรับ Norepinephrine (1: 62.5) 4 mg IV drip Keep BP ≥90/60mmHg /MAP ≥65 mmHg มีการประเมินทุก1 - 2 ชั่วโมง ดูแลการได้รับสารน้ำทุก2ชั่วโมง Record I/O ปริมาณน้ำเข้าและออกสมดุลดี ติดตาม | หลังรับไว้ใน 24 ชั่วโมง แรกของการดูแลรู้สึกตัวดีมีการติดตามภาวะช็อกอย่าง ใกล้ชิด ปรับ Norepinephrine (1: 62.5) 4 mg IV drip Keep BP ≥90/60mmHg /MAP ≥65 mmHg มีการประเมินทุก1 - 2 ชั่วโมง ดูแลการได้รับสารน้ำทุก2ชั่วโมง Record I/O ปริมาณน้ำเข้าและออกสมดุลดี ติดตาม |

| | | |
|---|---|---|
| | ประเมินจนผู้ป่วยพ้นภาวะช็อกหลังรับไว้ดูแล 2 วัน เริ่มทำกิจกรรมบนเตียง O2 canular 3 L/min RR 22-24 ครั้ง/นาที PR 100 ครั้ง/นาที O2 saturation เท่ากับ 94% BPเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ (100/60-120/70 mmHg) ติดตามผล Electrolyte K = 3.8 mmol/L , Cl =110 ได้รับการแก้ไขจนอยู่ในระดับค่าปกติ urine examination ไม่พบ WBC ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ไข้ T 39.3 – 38.3°C ดูแลเช็ดตัวลดไข้ กระตุ้นให้ได้รับสารน้ำเพียงพอ ภาวะMetabolic acidosis และโลหิตจาง มีการแก้ไขได้ PRC1 unitจนอาการดีขึ้น ส่วนการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมีให้ยา Tazocin 2.25 gm iv ทุก 8 ชั่วโมง x7days จนครบหลังรับไว้ดูแล 6 วัน สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ ไม่หอบเหนื่อย RR 22 ครั้ง/นาที O2 saturation100% Nasal cannula 3 ลิตรต่อนาทีและวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD | ประเมินจนผู้ป่วยพ้นภาวะช็อกหลังรับไว้ดูแล หายใจสัมพันธ์กับ HFNC ,RR 28 ครั้ง/นาที ,PR 100 ครั้ง/นาที O2 saturation เท่ากับ 94% เสมหะลดลง ไอออกได้เอง ระดับความดันโลหิตเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ (100/60-120/70 mmHg) ติดตามผล Electrolyte K = 3.68 mmol/L , Cl =110 อยู่ในระดับสูงกว่าค่าปกติ ได้รับการแก้ไขจนอยู่ในระดับค่าปกติ ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ไข้อุณหภูมิ 39.8 - 38 องศา เซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ กระตุ้นให้ได้รับสารน้ำเพียงพอ ทานอาหารอ่อนได้บริหารยาปฏิชีวนะให้ได้ครบตามแผนการรักษา ปริมาณน้ำเข้าและออกสมดุลดีครบ 48 ชั่วโมง แพทย์หยุดการรักษา Norepinephrine ( 1: 62.5 ) 4 mg. หลังรับไว้ดูแล 6 วัน สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้RR20 ครั้ง/นาที ไม่หอบเหนื่อย O2 saturation เท่ากับ 100% เริ่มวางแผนหย่าการใช้เครื่อง HFNC เปลี่ยนเป็น Nasal cannula 3 ลิตรต่อนาที และวางแผน |
| | เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลาย กังวล มีความรู้และเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัว การรับประทานอาหารและยา ดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อไม่ กลับมาป่วยซ้ำด้วยโรคทางเดินปัสสาวะอักเสบอีก ผู้ป่วยสามารถ หยุดการใช้ออกซิเจน หายใจได้เอง ปัสสาวะไม่แสบขัด สีขาวใส วันที่ 9 จำหน่าย กลับบ้านได้ รวมจำนวนวันนอนพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล จากการติดตามอาการขณะมา ตรวจตามนัดและหลังจำหน่าย 1 เดือนพบว่าไม่กลับมารักษาซ้ำ ณ หอผู้ป่วยใน (re-admit) | จำหน่าย ตามหลัก D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลาย กังวล มีความรู้และเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัว การ ทานอาหารและยา ดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อไม่ กลับมาป่วยซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบอีก ผู้ป่วยสามารถ หยุดการใช้ออกซิเจน หายใจได้เองวันที่ 10และจำหน่าย กลับบ้านได้ รวมจำนวนวันนอนพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล 10 วัน และจากการติดตามอาการขณะมา ตรวจตามนัดและหลังจำหน่าย 1 เดือนพบว่าไม่กลับมา รักษาซ้ำ ณ หอผู้ป่วยใน (re-admit) |

**ตารางที่ 3 วิเคราะห์การปฏิบัติตาม Sepsis guideline / การรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชม.แรก (EGDT) และการพยาบาลทั้งสองกรณีศึกษา**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| ผู้ป่วยมีBP แรกรับ 77/33 mmHg จึงได้รับการ Load IV fluid 2000 cc. ซึ่งครบตาม Guideline และพบว่าใน 6 ชั่วโมงแรก ไม่บรรลุ EGDT กล่าวคือเป้าใน 6 ชม.แรก (EGDT) BP 85/50 mmHg O2 saturation97% ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย Post bundles monitoring พยาบาลจะติดตามค่าความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) มากกว่า 65 mmHg และ/หรือค่าความดันโลหิต มากกว่า 90/60 mmHg และพบว่ามีการติดตามการใช้ค่า MAP ในการติดตามค่าความดันโลหิตร่วมกับผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ 86 ปี เข้ารับบริการล่าช้าซึ่งมีอาการก่อนมา 10 วัน และมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโลหิตจางด้วย ยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มของความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนจึงทำให้ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วย Progress ไปจนถึงภาวะ Septic shock นานทำให้เกิดการล้มเหลวของระบบไหลเวียน (BP 77/33 mmHg) แพทย์พิจารณา admit ที่หน่วยงานผู้ป่วยในแทนการ Refer ไปโรงพยาบาลระนอง ประสานงานระหว่างกันในการส่งต่อผู้ป่วย สร้างความเข้าใจและร่วมมือกันของฝ่ายต่างๆและพบว่างานผู้ป่วยในใช้เครื่องมือแบบประเมิน NEW score ในการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยรายนี้สามารถช่วยให้พ้นภาวะวิกฤตได้ทัน ได้รับการรักษาด้วยสารน้ำ (fluid resuscitation)จนเพียงพอได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชม.หลังจากเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อรวมถึงการดูแลประคับประคอง ให้ปริมาณเลือดที่ไหลเวียน ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาที และ ความดันโลหิต เพียงพอจนปลอดภัยจากภาวะช็อกพ้นจากภาวะการติดเชื้อได้เป็นอย่างดีและเข้ากับแนวทางการ ดูแลผู้ป่วย SEPSIS เครือข่ายจังหวัดระนอง<br>ด้านการพยาบาล จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า การประเมินผู้ป่วยและการบันทึกตามแบบ ประเมิน Sepsis ที่ใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด ยังไม่ครบถ้วน ยกเว้นการประเมิน SIRS ซึ่งประเมินได้ครบถ้วน ส่วน NEWS Score มีการประเมินแต่ยังไม่มีการปฏิบัติการพยาบาล คือ การ Monitor V/S ตามค่าคะแนนที่ประเมินได้ เนื่องจากพบว่าเมื่อผู้ป่วยมี NEWS Score ≥ 7 คะแนน ยังไม่มีการประเมิน tissue hypo perfusion และ organs dysfunction ตามที่ sepsis guideline แนะนำ ในด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาลพบว่า ยังไม่สอดคล้องกับการรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชั่วโมงแรก และยังไม่สามารถวิเคราะห์ Clinical risk ของผู้ป่วยได้ส่วนบันทึกทางการพยาบาลพบว่าการบันทึกยังไม่ต่อเนื่องเท่าที่ควร | ผู้ป่วยมีอาการเข้าเกณฑ์ SIRS + Infection ซึ่งแสดงว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด เจาะ H/C แรกรับที่ ER และได้รับ ATB ตาม Guideline คือ Tazocin 4.5 gm iv ภายใน 60 นาที ผู้ป่วยมีBP แรกรับ 73/44 mmHg จึงได้รับการ Load IV fluid 500 cc. ซึ่งไม่ครบตาม Guideline สำหรับผู้ป่วย ที่อายุ ≥ 60 ปี ซึ่งต้อง Load IV1,000 -1,500 cc.และ Retained Foley's cath. Urine out put 200 ml.เพื่อประเมินการทำงานของไต จึงพบว่าใน 6 ชั่วโมงแรก ไม่บรรลุ EGDT) BP 97/50 mmHg ,MAP 66 mmHg O2 saturation 80% ตามเกณฑ์เป้าหมาย แต่ยังพบปัญหา ระบบหายใจ และยังไม่ได้มีการใช้ค่า MAP ในการติดตาม ค่าความดันโลหิต เช่นเดียวกับกรณีศึกษาที่ 1 และจากการที่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ 91 ปี เข้ารับบริการล่าช้าซึ่งมีอาการก่อนมา 2 วัน และมีประวัติเป็น Hypertension with Dyslipidemia with chronic kidney disease stage 3 ด้วย ยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มของความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มของความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากรณีศึกษารายที่ 1 เนื่องจากมีภาวะระบบหายใจล้มเหลวเนื่องจากอาการปอดอักเสบ และ ตามมาด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis)และเข้าสู่ระยะช็อก ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตที่สำคัญ หลังจากได้รับการรักษาแก้ไขภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดติดเชื้อในปอด มีภาวะช็อกและพร่องออกซิเจน และได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ on High-flow nasal cannula อย่างรวดเร็ว สามารถ ป้องกันการใส่เครื่องช่วยหายใจรายใหม่ จนกลับมา หายใจได้เองตามปกติ ได้รับการแก้ไขภาวะไม่สมดุล ของสารน้ำในร่างกายดูแลให้ได้รับสารน้ำ ยาและอาหารเพียงพอทำให้อาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะให้การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล<br>จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า คล้ายคลึงกับกรณีศึกษาที่ 1 แต่กรณีศึกษา ที่ 2 ไม่พบบันทึกเรื่องการเฝ้าระวังภาวะ volume overload ในระหว่างที่อยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งเป็น nursing clinical risk ที่สำคัญใน ผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับ fluid resuscitation แต่จากการซักประวัติมีโรคประจำตัวคือ Hypertension with Dyslipidemia with chronic kidney disease stage 3 ร่วมกับผล eGFR 29.06 mL/minute , BUN 27.0 mg/dl, Cr 1.55 mg/dl มีเพียง การบันทึกสารน้ำเข้า/ออกในแต่ละเวร ทั้งนี้โรงพยาบาลชุมชน ไม่มีการใส่สาย central line ในการประเมินสารน้ำ ส่วนในด้านการประเมิน NEWS Scoreพบว่ายังไม่มีการปฏิบัติการ พยาบาล คือ การ Monitor V/S ตามค่าคะแนนที่ประเมินได้นอกจากนั้นยังไม่มีการประเมิน tissue perfusion และ organs dysfunction เช่นเดียวกับกรณีศึกษาที่ 1 |

**อภิปรายผล**

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วย sepsis shock ที่ไม่บรรลุเป้าหมายของการดูแลรักษาใน 6 ชั่วโมงแรก ทำให้มีภาวะ septic shock เกิดความล้มเหลวของอวัยวะสำคัญ ทั้งนี้อาจเกิดจากแผนการรักษาที่พยาบาลไม่เป็นไปตาม sepsis guideline ร่วมกับ Competency ของพยาบาลในการประเมินติดตามและเฝ้าระวัง จึงควรเน้นให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลที่สอดคล้องกับรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชั่วโมงแรก เนื่องจากจะช่วยรักษาอวัยวะสำคัญและช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้[1,5]

การพยาบาลผู้ป่วยที่ช็อกจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดนั้นถือเป็นความท้าท้ายของพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลที่อยู่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาล รวมทั้งพยาบาลที่ประจำในหอผู้ป่วยที่ต้องรับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องต้องสามารถประเมินคัดกรองให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการได้เร็วและได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพในเครือข่ายจังหวัดระนองได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบช่องทางด่วน (Fast track) มีการศึกษาทบทวนและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดนำไปปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและครอบคลุมทั้งจังหวัด ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย[2,4]

## เอกสารอ้างอิง

1. นิตยา อินทราวัฒนาและมุทิตาวนาภรณ์. (2558).โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและสถานการณ์การดื้อยา.วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์ สุขภาพ, 22(1), 81-92. บราลี ศีลประชา. (2563). ผลลัพธ์การใช้แนวทางเวชปฏิบัติรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาล ตรัง. Region 11 Medical Journal, 34(3), 35-46
2. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. (2558).แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย Severe sepsis และ Septic shock (ฉบับร่าง) พ.ศ. 2558, สืบค้น 28 มกราคม 2564, จาก https://www.scribd.com/document/308976515/ร่างแนวทางเวชปฏิบัติ-sepsis-และ-septic shock -2558.
3. พรทิพย์ แสงสง่า และนงนุช เคี่ยมการ (2558). ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อใน กระแสโลหิตอย่างรุนแรงทางคลินิกตามเกณฑ์“Sepsis bundles” ในงานห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาล สงขลา, วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 29(3), 403-410.
4. วิจิตรา กุสุมภ์และอรุณี เฮงยศมาก. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สหประ ชาพาณิชย์.
5. เพ็ญศรี อุ่นสวัสดิพงษ,์ กรองกาญจน์ สังกาศ, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, และยงค์ รงค์รุ่งเรือง. (2554). ผลของ กิจกรรมพยาบาลมุ่งเป้าในระยะ 6 ชั่วโมงแรกต่อความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวในผู้ป่วยที่มีกลุ่ม อาการSepsis. Nursing Science Journal of Thailand, 29(2), 102-110.
6. ภาพิมล โกมล, รัชนี นามจันทรา, และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2560). คุณภาพการจัดการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อ ในกระแสเลือดที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิงห์บุรี . วารสารวิชาการสมาคม สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยาม บรมราชกุมารี, 6(2), 32-43
7. ทิฏฐิ ศรีวิชัย และวิมล อ่อนเส็ง. (2560). ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาล ฉุกเฉิน.วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. 9(2) : 152-162.
8. อ้อย เกิดมงคล. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิตและภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตโดยน าแนวคิดและแบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน และทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์. LANNA PUBIC HEALTH JOURNAL. 44-51.
9. เนตรญา วิโรจวานิช. ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. Journal of Nursing and Health sciences. 2018; 12(1): 84-94.
10. สาธร ธรรมเนียมอินทร์. (2561). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 16(2): 58-68.

11. คณะแพทย์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock (internet). 2560 (เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2566). เข้าถึงได้จาก:http://www2.si.mahidol.ac.th/km/ knowledgeassets/sirirajknowledge/ sepsis/3545
12.นนทรัตน์ จำเริญวงค์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์. การประเมินและการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจาการติดเชื้อในกระแส เลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและ การสาธารณสุข
ภาคใต้ 2563;7(3):319-29
13. จริยา พันธุ์วิทยากุล และจิราพร มณีพราย. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. ว.กองการพยาบาล 2561;45(1):86-104.
14. อังคณา เกียรติมานะโรจน์.(2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.5(9). 27-43
15. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Intensive Care Med 2017; 43(3):304-77.
16. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for the management of severe sepsis and septic shock: 2012. Crit Care Med 2013;41(2):580-637.
17. Beth MM, Elizabeth B. Managing sepsis and septic shock: Current guidelines and definitions. AJN 2018;118(2):34-9.
18. โรงพยาบาลกะเปอร์. สถิติการให้บริการผู้ป่วย septic shock ที่มารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกะเปอร์ 2566.

# เปรียบเทียบสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index : HPI) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

# The comparative study of Happy Public Organization Index (HPI) at Mahasarakham Provincial Public Health Office.

(Received: February 22,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**สุธิดา คณะมะ[1] วิภาดา คงทรง[1]**
**Suthida Kanama[1] Wiphada Kongsong[1]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการขับเคลื่อนการสร้างสุขของค์กรและเปรียบเทียบสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index : HPI) ของหน่วยงาน
ภายใต้การกำกับดูแลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการพัฒนาการสร้างสุขของค์กรร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดการสร้างสุขภาวะองค์กร (happy workplace) ตามหลัก MapHR ระยะเวลาวิจัย เดือน พฤศจิกายน 2562 – กุมภาพันธ์ 2565 ประเมินผลการพัฒนาจากการประเมินประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการขับเคลื่อนการสร้างสุขของค์กรของหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลสำนักงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 1. การผลักดันเชิงนโยบาย (Policy) โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูง โดยแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่น กำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการ(KPIs) ระดับอำเภอ 2. บูรณาการการทำงานผ่านกลไกการดำเนินงานคณะกรรมการ 3. การสร้างทีมนำองค์กรสร้างสุขเพื่อนำองค์ความรู้เพื่อนำไปถ่ายทอดความรู้ การจัดการองค์กรสร้างสุข 4. หน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลสำนักงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ทั้งโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ดำเนินงานตามแนวคิดสร้างสุขภาวะองค์กร 5. จัดเวทีมหกรรรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนการดำเนินงานการสร้างสุขในองค์กรระดับจังหวัด 6. สร้างกระแสการดำเนินงานองค์กรสร้างสุขในภาพรวมของจังหวัดโดยการประชาสัมพันธ์ผ่าน สื่อ Social Media 7. นิเทศ กำกับติดตามการดำเนินงานจากการวิเคราะห์ข้อมูลทุกไตรมาส และจากการประเมินผลการปฏิบัติราชการ(KPIs) ระดับอำเภอ ปีละ 2 ครั้ง จากการดำเนินงานตามกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้คะแนนการประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) เพิ่มขึ้นทุกด้านทุกหน่วยงาน

**คำสำคัญ** : สุขภาวะ,องค์กร,ความสุข

**Abstract**

This action research aims to study the process of driving organizational health and compare organizational health (Happy Public Organization Index: HPI) of agencies under the supervision of the Mahasarakham Provincial Public Health Office. Carry out the development of organizational health in collaboration with relevant personnel. According to the concept of creating a happy workplace according to MapHR principles, research period November 2019 - February 2022, evaluate development results from the assessment of organizational health (Happy Public Organization Index: HPI), analyze quantitative data using statistical statistics. Descriptive includes number, percentage, qualitative data using content analysis method.

The results of the study found that the process of driving organizational health among agencies under supervision the Mahasarakham Provincial Public Health Office consists of: 1 . Policy advocacy by the

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Mahasarakham Provincial Public Health who is a senior executive. by demonstrating commitment set as indicators for evaluating government performance (KPIs) at the district level. 2. Integrate work through committee operating mechanisms. 3. Create a team to lead a happiness organization to bring knowledge to transfer knowledge. Organization management creates happiness 4. Agencies under the supervision of the Mahasarakham Provincial Public Health Office Both hospitals and all district public health offices Operate according to the concept of creating organizational health. 5. Organize a forum to exchange knowledge on driving the operation of creating happiness in organizations at the provincial level. 6. Create trends in the operation of organizations that create happiness in the province as a whole by public relations. Through Social Media 7. Supervise and monitor operations from data analysis every quarter. And from the evaluation of government performance results (KPIs) at the district level twice a year, from the implementation of the above process, results in the evaluation score of organizational health (Happy Public Organization Index: HPI) increased in every aspect of every department.

**Keywords:** Well-being, organization, happiness

**บทนำ**

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับทรัพยากรมนุษย์ในระบบสุขภาพ (Human Resource for Health) ซึ่งถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพเพราะเป็นทั้งผู้สร้าง และผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ให้เป็น 1 ใน 4ประเด็นยุทธศาสตร์หลักของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และควบคุมผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ที่จะบรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” สู่วิสัยทัศน์ “กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี” ขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน โดย“การพัฒนาคน” ได้รับการให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ถูกกำหนดให้เป็นนโยบาย เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ได้แก่ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals 2030 (SDGs) และเป้าหมายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ (Global strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030) ซึ่งกำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ว่ากำลังคนด้านสุขภาพต้องมีความความเพียงพอ (Availability) ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) มีคุณภาพ (Quality) และเป็นที่ยอมรับ (Acceptability)[1]

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ได้กำหนดวาระสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศไทย 4.0 ด้วยการยกระดับคุณค่ามนุษย์ (Human Wisdom) พัฒนาคนไทยให้เป็น“มนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21” คือ คนไทยที่มีปัญญาที่เฉียบแหลม (Head) มีทักษะเห็นผล (Hand) มีสุขภาพที่แข็งแรง (Health) และมีจิตใจที่งดงาม (Heart) ควบคู่ไปกับการเป็น “คนไทย 4.0 ในโลกที่หนึ่ง” พัฒนาให้เป็นข้าราชการ 4.0 และเป็นภาครัฐที่มีขีดสมรรถนะสูงมีความเชี่ยวชาญชำนาญในหลากหลาย ประเด็นยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ระยะ 20 ปี แบ่งเป็น 4 ระยะ

ได้แก่ ใน ระยะที่ 1 มุ่งปฏิรูประบบกำลังคนด้านสุขภาพ ระยะที่ 2 สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 สู่ความยั่งยืน ระยะที่ 4 เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ การพัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อนงานกำลังคนอย่างมีเอกภาพและประสิทธิภาพ (HRH Strategy and Organization) การผลิตและพัฒนากำลังคนอย่างเพียงพอและมีคุณภาพ (HRH Development) การบริหารกำลังคนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดึงดูดและธำรงรักษากำลังคนคุณภาพ (HRH Management) การสร้างภาคี เครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพให้เข้มแข็งและยั่งยืน (HRH Network) โดยมีค่านิยมร่วมขององค์กร MOPH (Share Value) เป็นรากฐานของการขับเคลื่อนทั้งหมด[2]

การปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพเป็นกรอบในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 5 ปี (2560-2564) มีเป้าหมายในการสร้างเสริมให้บุคลากรเป็นคนดี มีคุณค่า มีความผาสุก โดยเน้นการดำเนินงานสำคัญใน 3 ประเด็น ประกอบด้วย 1. การสร้างเสริมให้บุคลากรเป็นคนดี เน้นการดำเนินการ 2 ส่วนคือ การขับเคลื่อนค่านิยมองค์กร MOPH และการจัดทำจรรยาบรรณกระทรวงสาธารณสุข (MoPH Code of Conduct) 2. การพัฒนาบุคลากรให้เป็นคนมีคุณค่า เน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรภายใต้องค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ศักยภาพพื้นฐานในการปฏิบัติงานของบุคลากร ตามหลัก 6 Building box (Public Health Knowledge), การสร้างเสริมทักษะการเป็นผู้นำ (Leadership) การสร้างเสริมทักษะพื้นฐานในการบริหารจัดการ (General Management) และความเป็นมืออาชีพซึ่งต้องมีความเชี่ยวชาญในวิชาชีพสามารถสร้างสรรค์งานและเพิ่มคุณค่าของงานได้ (Professional) 3. การเสริมสร้างความผาสุกให้แก่บุคลากรและองค์กรเพื่อให้บุคลากรมีความสุขกับการทำงานควบคู่กับการมีสุขภาพกายที่ดี ครอบครัวที่อบอุ่น สังคมที่ปลอดภัย [1]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้ขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยการประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index :HPI) ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทุกหน่วยงานภายใต้การกำกับของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดผู้บริหารระดับสูงดำเนินการงานโดยคณะกรรมการองค์กรสร้างสุข นักสร้างสุข และเครือข่ายสุขภาพทุกแห่ง จากเอกสารกำหนดการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติรอบที่ 1 ประจำปี 2561 ผลจากการวิเคราะห์เครื่องมือการวัดความสุขด้วยตนเอง (happinometer) ภาพรวมจังหวัดมหาสารคาม ปี 2560 พบว่าคะแนนสูงสุดคือมิติจิตวิญญาณดี ร้อยละ 78.80 และคะแนนต่ำสุดคือมิติสุขภาพการเงินดี ร้อยละ 55.60 ขณะที่ข้ออื่นๆ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60.00[3] ซึ่งเมื่อพิจารณาโดยละเอียดลงไปในแต่ละด้านก็จะเห็นว่าแม้แต่ละข้อจะผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60.00 แต่ผ่านในระดับไม่สูงนักอยู่ในระดับพัฒนา สะท้อนว่าการสร้างสุขขององค์กรยังมีปัญหาในหลายด้าน เช่น การลงทุน การบริหารบรรยากาศ เป็นต้น ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนสำนักงานสาธารณสุขแต่ละแห่งยังขาดรูปแบบการสร้างสุของค์กรที่ชัดเจน ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการถอดบทเรียนเพื่อจัดทำแผนสร้างสุข และขับเคลื่อนงานไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์กรผู้วิจัยจึงสนใจในการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยนำแนวคิดองค์กรสร้างสุข (happy workplace) และกระบวนการขับเคลื่อนตามหลัก MapHR ได้แก่ 1.ระบบบริหารจัดการ (M : Management) 2. บรรยากาศและสภาพแวดล้อมในการทำงาน (A : Atmosphere) 3. กระบวนการสร้างสุขในองค์กร (P : Process) 4. สุขภาพกายและสุขภาพใจ (H : Health) 5. ผลลัพธ์

ขององค์กร (R : Result)[4] เพื่อพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนการสร้างสุขในองค์กรของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษากระบวนการขับเคลื่อนการสร้างสุของค์กรของหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index : HPI) ของหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

**วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)**

ใช้รูปแบบการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ ( Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart[5,6,7] ร่วมกับ แนวคิดการสร้างสุขภาวะองค์กร (happy workplace) ตามหลัก MapHR ได้แก่ 1.ระบบบริหารจัดการ (M : Management) 2. บรรยากาศและสภาพแวดล้อมในการทำงาน (A : Atmosphere) 3. กระบวนการสร้างสุขในองค์กร (P : Process) 4. สุขภาพกายและสุขภาพใจ (H : Health) 5. ผลลัพธ์ขององค์กร (R : Result)[4] โดยศึกษาในพื้นที่หน่วยงานสาธารณสุขภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานตลอดระยะเวลาทำการวิจัยจึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดีระยะเวลาดำเนินการศึกษา เดือนพฤศจิกายน 2562 - กุมภาพันธ์ 2565 โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนการสร้างสุของค์กรโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มาใช้เพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินงานแก้ไขปัญหา ระยะที่ 3 ประเมินผล โดยการเปรียบเทียบสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index : HPI) ของหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้ร่วมวิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป หัวหน้าพยาบาลทุกโรงพยาบาล ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง และผู้รับผิดชอบงานทรัพยากรบุคคล รวมทั้งสิ้น 96 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 2 ปี เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานหรือลาออกไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

**ขั้นตอนการวิจัย**

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการสร้างสุขภาวะองค์กร (happy workplace) ตามหลัก MapHR ได้แก่ 1. ระบบบริหารจัดการ (M : Management) 2. บรรยากาศและสภาพแวดล้อมในการทำงาน (A : Atmosphere) 3. กระบวนการสร้างสุขในองค์กร (P : Process) 4. สุขภาพกายและสุขภาพใจ (H : Health) 5. ผลลัพธ์ขององค์กร (R : Result) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำสู่การออกแบบวิจัย

1.2 การศึกษาสภาพปัญหาจากข้อมูลเชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์จากการประเมินสุขภาวะองค์กร
ก่อนดำเนินการและข้อมูลจากการนิเทศงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และข้อมูลเชิงคุณภาพการ

สัมภาษณ์แบบเชิงลึก (in-depth interview) และสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยสัมภาษณ์นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ รวม 30 คน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและขอทราบแนวความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานการสร้างสุของค์กร

1.3 การศึกษาสภาพปัญหาประชุมผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมอง ใช้เวลา 1 วัน โดยผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป หัวหน้าพยาบาลทุกโรงพพยาบาล ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง และผู้รับผิดชอบงานทรัพยากรบุคคล รวม 66 คน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและขอทราบแนวความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานการสร้างสุของค์กร หลังจากนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในระยะที่ 2 ต่อไป

2. ระยะดำเนินการพัฒนา นำข้อมูลที่สรุปได้จากระยะที่ 1 คืนข้อมูลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองร่วมกับผู้ร่วมวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิด ร่วมวางแผน เพื่อสร้างความตระหนักและส่วนร่วมในการพัฒนา หาข้อยุติในแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติจากความคิดเห็นส่วนใหญ่ เกณฑ์การตัดสินอาศัยข้อมูลจากการปฏิบัติ โดยขั้นตอนนี้ได้นำแนวคิดการสร้างสุขภาวะองค์กร (happy workplace) ตามหลัก MapHR มาเป็นแนวทางการพัฒนา หลังจากนั้น ดำเนินการวางแผน โดยร่วมกันออกแบบกระบวนการสร้างสุขในองค์กรและจัดทำแผนปฏิบัติการ (action plan) ลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัยตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแต่ละวงจร

3. ระยะการประเมินผล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินผลระหว่างดำเนินการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขในแต่ละวงจรปฏิบัติการ 2) การประเมินผลโดยรวมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เป็นการสังเคราะห์การพัฒนาจากผลลัพธ์การสร้างสุขภาวะองค์กรจากการประเมินประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI)

**เครื่องมือในการศึกษา**

ผู้วิจัยได้จัดทำเครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากกการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามการสนทนากลุ่มเป็นแบบสัมภาษณ์คำถาม ปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการขับเคลื่อนการสร้างสุของค์กรและแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 2. แบบประเมิน AAR ซึ่งใช้ในการประเมินกิจกรรมทุกครั้ง 3. แบบบันทึกภาคสนาม โดยบันทึกแต่ละกิจกรรมและอุปกรณ์เสริมช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป โดยเครื่องมือเชิงคุณภาพผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ5ท่าน ได้ค่าIOC=0.6-1 หลังจากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ,ก่อนนำไปใช้จริง

เครื่องมือเชิงปริมาณประกอบด้วย แบบประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ความสำเร็จ (Success) ด้านที่ 2 การบริหาร (Administration) ด้านที่ 3 สุขภาพกาย – ใจ (Body & Mind) ด้านที่ 4 บรรยากาศ (Atmosphere) ด้านที่ 5 การลงทุน (Investment) การแปลค่าคะแนนตัวเลือก ตัวเลือก

ที่ 1 มีค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน ตัวเลือกที่ 2 มีค่าคะแนนเท่ากับ 25 คะแนน ตัวเลือกที่ 3 มีค่าคะแนนเท่ากับ 50 คะแนน ตัวเลือกที่ 4 มีค่าคะแนนเท่ากับ 75 คะแนน ตัวเลือกที่ 5 มีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนน เกณฑ์การประเมินช่วงคะแนน 0.00-48.99 หมายถึง สุขภาวะองค์กร ต้องรีบปรับปรุง ช่วงคะแนน 49.00-56.99 หมายถึง สุขภาวะองค์กร ต้องเพิ่มความใส่ใจ ช่วงคะแนน 57.00-73.99 หมายถึง สุขภาวะองค์กร กำลังพัฒนา ช่วงคะแนน 74.00-100.00 หมายถึง สุขภาวะองค์กร น่าปลื้มที่สุด

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา : ร้อยละและค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อประเมินประเมินสุขภาวะองค์กร การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช เลขที่ 20/2562 ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2562

**ผลการศึกษา**

**ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามได้มีการดำเนินงานองค์กรสร้างสุขผ่านกลไกการดำเนินงานโดย นักสร้างสุข และผู้รับผิดชอบงานบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน และขับเคลื่อนในรูปคณะกรรมการบริหารกำลังคน คณะกรรมการสร้างสุข และชมรมจริยธรรมของโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งยังไม่มีการมอบนโยบายการขับเคลื่อนที่ชัดเจนมีเพียงการสั่งการในเวทีการประชุมเท่านั้น และให้หน่วยงานดำเนินการงานตามบริบทพื้นที่และวัฒนธรรมองค์กรนั้นๆ โดยแต่ละหน่วยงานมีการศึกษาบริบท การดำเนินงานของหน่วยงานไว้ในภาพกว้างมีการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอกขององค์กรแต่ไม่เป็นปัจจุบัน และไม่นำข้อมูลมากำหนดปัจจัยที่เกี่ยวข้องและจัดทำแผนงาน กิจกรรมดำเนินงานที่ชัดเจน ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานในรูปแบบของชมรมจริยธรรมที่เน้นการปฏิบัติตามวัฒนธรรมประเพณีการจัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ สร้างความสามัคคี และการจัดการเรื่องค่าตอบแทน ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าว มิได้ออกแบบผ่านแนวคิดสร้างสุขหรือใช้ประโยชน์จากผลการวิเคราะห์การประเมินความสุขด้วยตนเองหรือข้อมูลจากการระดมความคิดเห็นของคนในองค์กรและถึงแม้จะขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะกรรมการ คณะทำงานและกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก แต่การขับเคลื่อนงาน การกระตุ้นเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับยังขาดความต่อเนื่อง การดำเนินงานยังขาดการออกแบบกิจกรรมที่แปลกใหม่ ตอบสนองกับช่วงกลุ่มวัย อายุและความสนใจของบุคลากร จึงทำให้การพัฒนาองค์กรสร้างสุขที่ผ่านมา ไม่สามารถขับเคลื่อนความสุขของบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง และยังไม่ตอบสนองต่อปัญหาที่แท้จริงที่หน่วยงานเผชิญอยู่

**ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนการสร้างสุของค์กรของหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม**

จากการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้**กระบวนการขับเคลื่อนการสร้างสุของค์กรของหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลสำนักงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย**

1. ผลักดันเชิงนโยบาย (Policy) โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูง โดยแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นกำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ระดับอำเภอ มีการสื่อสารนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ การบันทึกข้อตกลง การถ่ายทอดผ่านการประชุมประจำเดือนและการนิเทศการปฏิบัติราชการร่วมกับหน่วยงานระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

2. บูรณาการการทำงานผ่านกลไกการดำเนินงานคณะกรรมการวางแผนกำลังคน คณะกรรมการบริหารกำลังคน คณะกรรมการดำเนินงาน Human Resource for Health (HRH) Transformation คณะกรรมการพัฒนาองค์กรคุณธรรมสร้างสุขและเครือข่ายคุณธรรมจริยธรรมจังหวัดมหาสารคาม เพื่อเป็นเครือข่ายการทำงาน HR ที่เข้มแข็งและเป็นผู้ที่ติดตามการดำเนินงานในพื้นที่

3. การสร้างทีมนำองค์กรสร้างสุขและพัฒนาศักยภาพผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดการองค์กรสร้างสุข หลักสูตร 2 วัน เกี่ยวกับแนวคิดการสร้างสุขภาวะองค์กร (happy workplace) ตามหลัก MapHR เพื่อนำองค์ความรู้เพื่อนำไปถ่ายทอดความรู้การจัดการองค์กรสร้างสุข รายงานผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

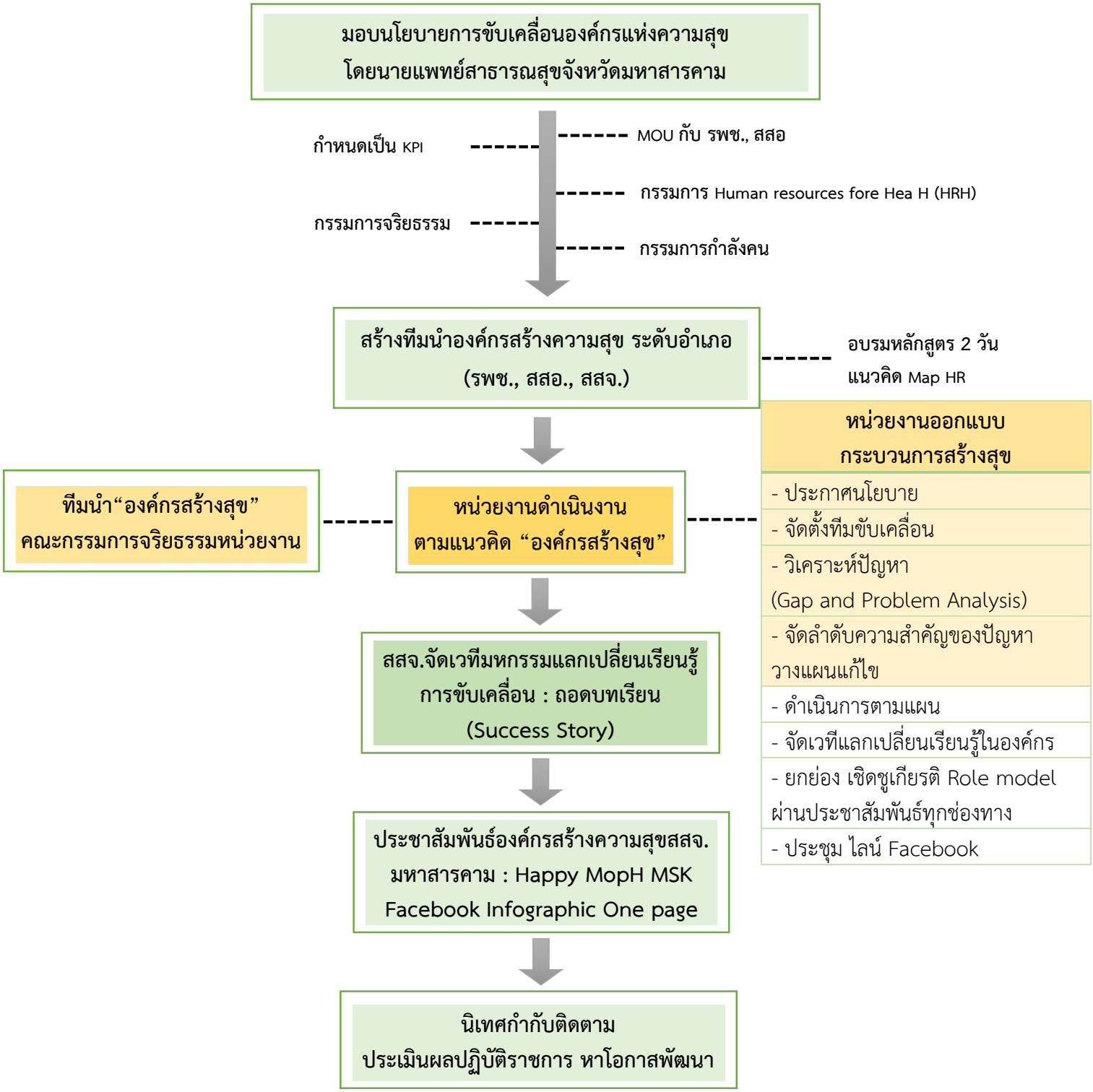
4. หน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลสำนักงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ทั้งโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งดำเนินงานตามแนวคิดสร้างสุขภาวะองค์กร โดยเริ่มจากการประกาศนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงขององค์กรนั้นๆ การจัดตั้งทีมขับเคลื่อนในหน่วยงาน วิเคราะห์ปัญหา (Gap and Problem Analysis) ผ่านการประชุมระดมสมองและการประเมินความสุขของบุคลากร จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขพร้อมทั้งออกแบบกิจกรรมโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา ดำเนินงานตามแผนงานที่วางไว้ รวมทั้งติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) ทบทวนเพื่อการแก้ไขปรับปรุง (Review) พัฒนาอย่างต่อเนื่อง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างบรรยากาศความสุขในองค์กร จัดเวทียกย่องเชิดชูเกียรติบุคคลต้นแบบ (Role model) และประชาสัมพันธ์ผ่านทุกช่องทาง เช่น การประชุมประจำเดือน Facebook ไลน์กลุ่ม เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีของบุคลากรในหน่วยงาน และทุกหน่วยงานประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) เพื่อหาโอกาสพัฒนา

5. จัดเวทีมหกรรรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนการดำเนินงานการสร้างสุขในองค์กรระดับจังหวัด เพื่อค้นหาหากิจกรรมสร้างสุขทีโดดเด่นในพื้นที่เพื่อถอดบทเรียนเป็น Success Story และส่งเสริมให้แต่ละหน่วยงานได้แลกเปลี่ยน เผยแพร่การดำเนินการที่เป็นแบบอย่างตามอัตลักษณ์ของตนเองเป็นการกระตุ้นให้เกิดวัฒนธรรมสร้างสุขขององค์กร

6. สร้างกระแสการดำเนินงานองค์กรสร้างสุขในภาพรวมของจังหวัดโดยการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ Social Media เช่น Infographic one page ในไลน์กลุ่ม Happy MOPH MHSK,Facebook เป็นสื่อถ่ายทอดกิจกรรมการพัฒนาองค์กรสร้างสุขเพื่อเป็นการกระตุ้นและสร้างความตื่นตัวในการดำเนินงาน

7. นิเทศ กำกับติดตามการดำเนินงาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลทุกไตรมาส วางแผนการดำเนินงานเพิ่มเติมรายอำเภอจากการนิเทศงานการประเมินผลการปฏิบัติราชการ(KPIs) ระดับอำเภอ ปีละ 2 ครั้ง

ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดกระบวนการขับเคลื่อนการสร้างสุของค์กรของหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้ดังภาพที่ 1




ภาพประกอบที่ 1 กระบวนการขับเคลื่อนการสร้างสุของค์กรของหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

**ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล** จากการดำเนินงานสามารถประเมินผลกระบวนการขับเคลื่อนการสร้างสุของค์กรของหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลสำนักงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

3.1 ผลลการเปรียบเทียบสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index : HPI) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index : HPI) ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนการสร้างสุของค์กร

| หน่วยงาน | Success | | Administration | | Body&Mind | | Atmosphere | | Investment | | ค่าเฉลี่ย | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ก่อน | หลัง | ก่อน | หลัง | ก่อน | หลัง | ก่อน | หลัง | ก่อน | หลัง | ก่อน | หลัง |
| สสจ.มหาสารคาม | 56.25 | 86.52 | 49.71 | 60.78 | 44.61 | 59.11 | 61.18 | 67.89 | 55.02 | 69.86 | 53.35 | 68.83 |
| สสอ.เมือง | 52.94 | 100.00 | 62.50 | 76.18 | 69.28 | 69.45 | 65.00 | 77.50 | 50.49 | 62.50 | 64.38 | 74.39 |
| สสอ.แกดำ | 54.55 | 95.00 | 44.00 | 67.27 | 63.38 | 63.89 | 69.55 | 73.00 | 68.71 | 78.33 | 63.55 | 66.84 |
| สสอ.โกสุมพิสัย | 56.25 | 100.00 | 59.17 | 80.00 | 67.59 | 83.80 | 68.54 | 90.83 | 60.07 | 84.72 | 63.70 | 87.87 |
| สสอ.กันทรวิชัย | 63.33 | 100.00 | 63.33 | 65.00 | 68.89 | 86.11 | 73.33 | 90.00 | 68.33 | 100.00 | 68.15 | 86.22 |
| สสอ.เชียงยืน | 52.21 | 81.25 | 72.50 | 87.50 | 69.68 | 86.11 | 73.75 | 95.00 | 63.54 | 95.84 | 68.52 | 89.14 |
| สสอ.บรบือ | 58.93 | 87.50 | 66.43 | 73.75 | 67.46 | 80.79 | 69.64 | 87.08 | 63.69 | 79.17 | 66.20 | 81.66 |
| สสอ.นาเชือก | 50.96 | 95.19 | 68.08 | 77.69 | 61.11 | 62.18 | 58.85 | 70.77 | 52.24 | 60.26 | 59.26 | 69.22 |
| สสอ.พยัคฆภูมิพิสัย | 61.36 | 87.50 | 55.00 | 78.75 | 62.25 | 80.56 | 65.45 | 82.50 | 54.55 | 83.34 | 59.52 | 82.53 |
| สสอ.วาปีปทุม | 58.17 | 84.38 | 71.92 | 72.50 | 76.82 | 83.61 | 76.92 | 81.25 | 72.76 | 75.00 | 73.65 | 77.35 |
| สสอ.นาดูน | 57.14 | 83.33 | 56.07 | 73.33 | 64.48 | 75.00 | 66.43 | 76.67 | 58.33 | 70.83 | 61.38 | 75.83 |
| สสอ.ยางสีสุราช | 55.56 | 81.25 | 60.56 | 62.50 | 70.37 | 76.67 | 71.11 | 80.83 | 56.94 | 61.81 | 64.61 | 68.61 |
| สสอ.กุดรัง | 52.98 | 84.38 | 57.22 | 62.50 | 71.61 | 74.65 | 72.78 | 77.50 | 60.65 | 64.58 | 65.33 | 72.72 |
| สสอ.ชื่นชม | 47.22 | 100.00 | 51.67 | 92.50 | 58.95 | 100.00 | 60.56 | 100.00 | 51.85 | 100.00 | 55.45 | 98.50 |
| รพ.แกดำ | 58.33 | 93.27 | 66.33 | 74.62 | 69.81 | 72.99 | 71.67 | 75.38 | 62.50 | 70.90 | 63.04 | 65.43 |
| รพ..โกสุมพิสัย | 47.06 | 95.83 | 47.35 | 66.67 | 54.25 | 56.02 | 53.82 | 62.50 | 43.38 | 55.56 | 49.95 | 67.13 |
| รพ.กันทรวิชัย | 53.41 | 88.13 | 66.14 | 77.00 | 72.98 | 75.83 | 74.77 | 75.50 | 69.70 | 77.08 | 69.87 | 84.71 |
| รพ.เชียงยืน | 52.21 | 87.50 | 72.50 | 74.55 | 69.68 | 74.65 | 73.75 | 78.18 | 63.54 | 65.53 | 68.52 | 70.08 |
| รพ.บรบือ | 48.81 | 96.09 | 54.29 | 59.69 | 65.48 | 73.26 | 65.95 | 78.13 | 59.13 | 71.88 | 60.85 | 75.81 |
| รพ.นาเชือก | 60.12 | 85.71 | 49.52 | 57.14 | 57.14 | 62.78 | 52.62 | 60.00 | 45.44 | 48.81 | 52.51 | 60.89 |
| รพ.พยัคฆภูมิพิสัย | 54.89 | 80.80 | 48.26 | 51.25 | 52.78 | 62.26 | 56.74 | 61.25 | 48.01 | 55.12 | 51.77 | 58.14 |
| รพ.วาปีปทุม | 59.00 | 92.50 | 54.80 | 71.00 | 66.00 | 71.67 | 66.60 | 68.00 | 61.33 | 67.50 | 63.04 | 74.13 |
| รพ.นาดูน | 46.88 | 69.05 | 35.42 | 46.43 | 41.67 | 47.62 | 41.67 | 50.24 | 31.25 | 49.80 | 38.58 | 52.63 |
| รพ.ยางสีสุราช | 53.47 | 91.67 | 45.56 | 70.00 | 47.38 | 82.87 | 51.67 | 82.50 | 41.20 | 66.67 | 46.91 | 78.74 |
| รพ.กุดรัง | 50.89 | 56.43 | 48.57 | 75.71 | 58.13 | 77.58 | 62.86 | 82.86 | 58.04 | 77.38 | 56.68 | 71.99 |
| รพ.ชื่นชม | 25.00 | 87.50 | 65.00 | 86.67 | 69.44 | 90.74 | 75.00 | 96.67 | 54.17 | 97.22 | 62.96 | 91.76 |
| เฉลี่ยรายด้านทั้งจังหวัด | 55.50 | 91.40 | 59.55 | 73.22 | 65.39 | 76.74 | 67.83 | 80.42 | 57.13 | 75.21 | 62.71 | 77.72 |
| เฉลี่ยภาพรวม | คะแนนเฉลี่ยภาพรวมก่อนพัฒนา 61.08 (กำลังพัฒนา)<br>คะแนนเฉลี่ยภาพรวมหลังพัฒนา 79.39 (น่าปลื้มที่สุด) | | | | | | | | | | | |

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่าเมื่อเปรียบเทียบสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index : HPI) ก่อนและหลังการพัฒนาของหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เพิ่มขึ้นทุกด้านในทุกหน่วยงาน และค่าเฉลี่ยสุขภาวะองค์กรในภาพรวมจังหวัดเพิ่มขึ้นทุกด้านเช่นเดียวกัน โดยก่อนการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยแยกเป็นรายด้าน คือ ด้าน Success 55.50 (ต้องเพิ่มความใส่ใจ) Administration 59.55 (กำลังพัฒนา) Body&Mind 65.39 (กำลังพัฒนา) Atmosphere 67.83 (กำลังพัฒนา) Investment 57.13 (กำลังพัฒนา) และหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยแยกเป็นรายด้าน คือ ด้าน Success 91.40 (น่าปลื้มที่สุด) Administration 73.22 (กำลังพัฒนา) Body&Mind 76.74 (น่าปลื้มที่สุด) Atmosphere 80.42 (น่าปลื้มที่สุด) Investment 75.21 (น่าปลื้มที่สุด) คะแนนเฉลี่ยภาพรวมก่อนพัฒนา 61.08 (กำลังพัฒนา) คะแนนเฉลี่ยภาพรวมหลังพัฒนา 79.39 (น่าปลื้มที่สุด) จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่ากระบวนการขับเคลื่อนการสร้างสุของค์กรของหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลสำนักงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลและมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

**3.2 ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ**

3.2.1 สนับสนุนให้เกิดการสร้างกิจกรรมที่เป็นจุดเด่นขององค์กรจนเกิดความตื่นตัวในการขับเคลื่อนองค์กรสร้างสุขในหลายลักษณะ เช่น กิจกรรมส่งเสริม Happy Brain ร่วมกับงานวิชาการและประชาสัมพันธ์กิจกรรมสร้างสุขของทุกหน่วยผ่าน Application Line และ Facebook Page

3.2.2 มีการขับเคลื่อนองค์กรคุณธรรมด้วยกิจกรรมสร้างสุขอย่างต่อเนื่องหลากหลาย เช่น กิจกรรมชมรมสร้างสุข ชมรมออกกำลังกาย กิจกรรมตลาดสร้างสุข On Line สมุดบันทึกความดี กิจกรรมเพื่อ ความผ่อนคลาย Happy Body & Happy Relax ที่เกิดจากการบูรณาการร่วมกับงานอื่นๆและขยายผลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามสู่หน่วยงานหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลทั้งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน

3.2.3 บุคลากรมีจิตอาสาที่ดี จิตวิญญาณดี มีคุณธรรม ซื่อสัตย์ มีสติ สมาธิ มีศีลธรรมในการดำเนินชีวิต สะท้อนจากผลการประเมินความสุขด้าน Happy Soul และการดำเนินงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีการดำเนินงานและช่วยเหลือเกื้อกูลกันอย่างมุ่งมั่นเข้มแข็ง

3.2.4 มีบุคคลตัวอย่างด้านคุณธรรมเป็นต้นแบบให้บุคลากรรุ่นใหม่ได้ตามรอยได้ถ่ายทอดประสบการณ์ ข้าราชการที่ดีและจิตอาสาในการทำงานเป็นแนวทางปฏิบัติคุณธรรมอย่างยั่งยืน

3.3.5 Facebook Page “เครือข่ายสาธารณสุขมหาสารคาม องค์กรแห่งความสุขและคุณธรรม Happy MOPH MHSK” เป็นพื้นที่ส่วนกลางที่นำเสนอผลการดำเนินงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานเกิดกระแสตื่นตัวในการจัดกิจกรรมสร้างสุขของหน่วยงานต่างๆ ที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ขยายผลจากจังหวัดสู่อำเภอโดยได้มีการนำเสนอประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรมสร้างสุขสื่อสารทางสื่อโซเชียล เช่นเดียวกัน

**อภิปรายผล**

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนการสร้างสุของค์กรของหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลสำนักงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้มีการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นหลักสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วม สร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติร่วมกัน เพื่อมุ่งพัฒนางานให้มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อบุคคลากรในองค์กร

วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนการสร้างสุขของค์กรของหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลสำนักงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เริ่มตั้งแต่การนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันออกแบบกระบวนการสร้างสุขในองค์กร และนำกระบวนการที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติในหน่วยงานของตนเองโดยมีการดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป ในการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนการสร้างสุขของค์กรของหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลสำนักงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรลงถึงระดับปฏิบัติการในการปฏิบัติตามแผน โดยมีทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ เป็นผู้ประสานความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผน ในกรณียังไม่บรรลุเป้าหมายหรือพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ทีมผู้วิจัยได้ทำหน้าที่เป็นผู้สะท้อนข้อมูลกลับและประสานความร่วมมือในการแก้ไข/ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแผนการปรับปรุงในวงจรต่อไป

กระบวนการขับเคลื่อนการสร้างสุขของค์กรของหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลสำนักงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 1. การผลักดันเชิงนโยบาย (Policy) โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูง โดยแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่น กำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการ(KPIs) ระดับอำเภอ 2. บูรณาการการทำงานผ่านกลไกการดำเนินงานคณะกรรมการ 3. การสร้างทีมนำองค์กรสร้างสุขเพื่อนำองค์ความรู้เพื่อนำไปถ่ายทอดความรู้การจัดการองค์กรสร้างสุข 4. หน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลสำนักงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ทั้งโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ดำเนินงานตามแนวคิดสร้างสุขภาวะองค์กร 5. จัดเวทีมหกรรรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนการดำเนินงานการสร้างสุขในองค์กรระดับจังหวัด 6. สร้างกระแสการดำเนินงานองค์กรสร้างสุขในภาพรวมของจังหวัดโดยการประชาสัมพันธ์ผ่าน สื่อ Social Media 7. นิเทศกำกับติดตามการดำเนินงานจากการวิเคราะห์ข้อมูลทุกไตรมาส และจากการประเมินผลการปฏิบัติราชการ(KPIs) ระดับอำเภอ ปีละ 2 ครั้ง จากการดำเนินงานตามกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้คะแนนการประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI)เพิ่มขึ้นทุกด้าน ทุกหน่วยงาน ซึ่งชี้ให้เห็นว่า หน่วยงานมีระบบการจัดการ สร้างบรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่ดี มีกระบวนการก่อให้เกิดการสร้างสุข ส่งผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพใจของบุคลากรที่เกิดผลดีต่อผลลัพธ์องค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิติภัทร คูหา,จิราพร อิทธิชัยวัฒนา (2564)[8] ที่ได้ศึกษา การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่เป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข” จากการถอดบทเรียนหน่วยงานที่มีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเป็นรูปธรรมโดดเด่นพบว่า การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายที่ได้ดำเนินการผ่านมาโดยกลยุทธ์ที่เป็นจุดแข็ง ได้แก่ นโยบายที่ชัดเจน การใช้ข้อมูลสารสนเทศให้เกิดการพัฒนาอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence base) การกำกับติดตามที่เป็นระบบอย่างสม่ำเสมอ ประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายพบว่า ดัชนีความสุขของคนทำงานอยู่ในระดับมีความสุข มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเกือบทุกมิติ ด้านดัชนีสุขภาวะองค์กร (HPI) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยองค์ประกอบด้านการลงทุนและด้านบริหารมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด การถอดบทเรียน

หน่วยงานที่มีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเป็นรูปธรรมโดดเด่น พบปัจจัยความสำเร็จเกิดจากผู้นำองค์กรที่ให้ความสำคัญกับบุคลากร ความต่อเนื่องของนโยบาย ทีมสนับสนุนการสร้างสุข(change agent) มีแผนพัฒนาคน เชิงยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงเป้าหมายของหน่วยงาน ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการศึกษานี้คือ (1) กำหนดให้เป็นนโยบายมุ่งเน้นต่อเนื่องทุกปีควบคู่กับระบบติดตามตรวจเยี่ยมแบบเสริมพลัง สร้างเสริมทีมและเครือข่าย การส่งข้อมูลย้อนกลับให้หน่วยงานเกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน (2) จัดให้มีผู้นำต้นแบบ (Role model) สร้างแรงจูงใจและกำหนดให้เป็นองค์ประกอบในการเข้าสู่ตำแหน่งของผู้บริหาร และ (3) พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายแบบมุ่งเป้าความสุขมิติผ่อนคลายดีและสมดุลชีวิตในการทำงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีศักดิ์ วัดอุดม,บุษบง วิเศษพลชัย (2563) [9] ที่ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบองค์กรสร้างสุขของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ (1) การเริ่มต้นการออกแบบการพัฒนาองค์กรสร้างสุขที่ต้องเริ่มจากการค้นหาปัญหาที่แท้จริงที่องค์กรเผชิญอยู่ก่อนเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจความต้องการที่บุคลากรในองค์กร (2) การออกแบบการพัฒนาองค์กรสร้างสุขต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของการสร้างสุข (3) มีการสร้างความยั่งยืน ผ่านการจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (continuous quality improvement: CQI) อย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่า แนวทางการพัฒนาองค์กรสร้างสุขในหน่วยงานแต่ละแห่งจำเป็นต้องอาศัยการออกแบบเฉพาะที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบท โดยความสำคัญของการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม คือ 1) การยอมรับข้อตกลง (acceptance of the rule) จะทำให้กฎเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นให้เป็นพฤติกรรมร่วมกันของบุคลากรทั้งองค์กร 2) การมีส่วนร่วมทุกระดับ (participatory hierarchy) จะทำให้ความรู้สึกที่มีกำแพงขวางกั้นหรืออุปสรรคต่างๆ หายไป เกิดการเข้าร่วมกิจกรรม การแลกเปลี่ยนและมีความผูกพันเกิดขึ้นในบุคลากรทุกระดับ 3) ความสัมพันธ์ทางบวกและบรรยากาศในการทำงาน (positive relations and working climate) ล้วนมีส่วนช่วยสร้างบรรยากาศในองค์กรสร้างสุข ทำให้การแสดงออกทางความคิดและพฤติกรรมเกิดผลดี เกิดสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน โดยเฉพาะในกลุ่มคนรุ่นใหม่ที่เข้ามาสู่องค์กร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรจึงเป็นสิ่งช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี 4) ความประทับใจในคุณค่าของงานที่ทำ (appreciation of the values of work) มาจากการมองเห็นความหมายของงานที่ได้รับมอบหมาย มีความรู้สึกที่ดีตั้งใจที่จะทำ ในที่สุดก็จะเกิดความรักและหวงแหนผลงาน และทุ่มเท ผลงานจึงมักมีคุณภาพสูง ความประทับใจในคุณค่าของงานไม่ได้เกิดขึ้นจากปัจจัยเรื่องเงินเดือนหรือค่าตอบแทนที่ได้ แต่มาจากปัจจัยด้านสภาพสังคมกลุ่มเพื่อนและการกระตุ้นทางความคิดของผู้ที่เกี่ยวข้อง 5) ลักษณะของการสื่อสาร (communication characteristic) นับว่าเป็นปัจจัยที่ทรงอิทธิพลต่อการสร้างสุขในองค์กร การสื่อสารที่เชื่อมโยงเข้าถึงบุคลากรทุกระดับมักอาศัยการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการหลากหลายรูปแบบทั้งการแสดงท่าทาง การใช้คำพูด การใช้สื่อและกิจกรรมต่างๆ สรุปได้ว่าจากการพัฒนากระบวนการสร้างสุขในองค์กรครั้งนี้ จึงแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานสร้างสุขควรออกแบบให้เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรร่วมกับการมีทีมนำในการขับ เคลื่อนองค์กรสร้างสุขในองค์กรเพื่อขับเคลื่อนการสร้างสุของค์กรจึงจะทำให้การดำเนินงานสร้างสุขยั่งยืน รวมทั้งต้องมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้วยการประเมินผลความสุขของค์กรอย่างสม่ำเสมอเพื่อนำสู่การพัฒนาองค์กรที่ยั่งยืนต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2560).แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ด้านสาธารณสุข.กระทรวงสาธารณสุข.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2560). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.2560-2564. สำนักนายกรัฐมนตรี.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม . สรุปรายงานการนิเทศงานสาธารณสุข ระดับอำเภอ ประจำปี 25661. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม.
4. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2557). รวมผลงานนักสร้างสุของค์กร. กรุงเทพมหานคร. บริษัท ไนซ์ เอิร์ธ ดีไซด์ จำกัด.
5. บุญชม ศรีสะอาด . (2553). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น.
6. ทวีศักดิ์ นพเกสร. (2549). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: โรงพิมพ์โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง.
7. เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
8. ธิติภัทร คูหา,จิราพร อิทธิชัยวัฒนา. (2564). การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่เป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข”. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 30(3). 547-560.
9. ทวีศักดิ์ วัดอุดม,บุษบง วิเศษพลชัย. (2563) การพัฒนารูปแบบองค์กรสร้างสุขของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 29(1). 122-130.

# การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในช่องอก ช่องท้อง : กรณีศึกษา

# Nursing care of patient with shock from hemothorax and hemoperitoneum : a case study.

(Received: February 22,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**วิชญา วราธนวินท์**[1]
**Vichaya Varathanavin**

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดใน ช่องอก ช่องท้อง โดยศึกษาในผู้ป่วยชายไทยอายุ 21 ปี เข้ารับการรักษาวันที่ 16 ตุลาคม 2566 รับส่งต่อจากโรงพยาบาลวังม่วง ด้วยอาการไม่สลบ ปวดท้อง มีแผลที่หน้าอกขวา 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับหายใจเร็ว กระสับกระส่าย ซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น เจ็บท้องด้านขวา มี guarding

ผลการศึกษา: ศัลยแพทย์วินิจฉัย Blunt abdominal injury with right lung pneumo-hemothorax ทำ CT whole abdomen พบ Liver injury gr.3 with large hemoperitoneum set OR ทำผ่าตัด Explore lap suture liver with perihepatic packing ใส่ต่อท่อระบายทรวงอกที่ปอดด้านขวาชนิด 2 ขวด หลังผ่าตัดให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดทดแทน สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ทำ Explore lap with off swab packing ไม่มีเลือดในช่องท้องออก ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ delay hemorrhage และภาวะติดเชื้อเป็นหนองในช่องท้อง เจาะเลือดผลการทำงานของตับเป็นปกติ เอ็กซเรย์ปอดดีขึ้น ถอดท่อระบายทรวงอกและท่อช่วยหายใจได้ อาการทั่วไปดีขึ้นช่วยเหลือตนเองได้ จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 28 ตุลาคม 2566 รวมอยู่โรงพยาบาล 12 วัน

**คำสำคัญ:** การพยาบาล, การบาดเจ็บที่ตับ, ภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด

**Abstract**

This study was case study aimed to study Nursing care of patient with shock from hemothorax and hemoperitoneum. Thai male patient, age 21 years old was transferred from Wang Muang Hospital and was then admitted for treatment on 16 October 2023 with abdominal pain. There was an abrasion on the chest 2 hour before coming to the hospital. First admission, the patient is breathing rapidly. Restless, pale, cold hands and feet, abdominal pain on the right side with guarding.

Results: The surgeon diagnosed Blunt abdominal injury with right lung pneumo-hemothorax and performed CT whole abdomen and found Liver injury gr.3 with large hemoperitoneum set OR. The patient received Explore lap suture liver surgery with perihepatic packing and was inserted with a chest drain on the right lung. After surgery, receiving blood and blood components. The nurse closely observed the patient's condition, put on a volume-controlled ventilator 48 hours after surgery, explored lap with off swab packing. The patient was no blood in the abdominal cavity. The patient's symptoms improved and was no complications, including delayed hemorrhage and suppurative infection in the abdominal cavity. From the blood results, the liver function result was normal. From the x-ray results, the lungs improved. The chest drain and endotracheal tube was removed. The patient's general condition improved and was able to help himself was then discharged on 28 October 2023, Totaling of hospital admission for 13 days.

**Keywords:** nursing, liver injury, pleural hemorrhage

[1] โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

**บทนำ**

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็วจากระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาททำงานล้มเหลวอย่างเฉียบพลันหรือจากการติดเชื้อ สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ได้รับบาดเจ็บเสียชีวิต คือ การเสียเลือดอย่างรุนแรง มีทางเดินหายใจอุดกั้น หรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง ซึ่งตับเป็น solid organ ที่ใหญ่ที่สุดในช่องท้องและมีโอกาสได้รับบาดเจ็บสูงเมื่อมีการบาดเจ็บต่อช่องท้อง เป็นภาวะที่พบได้บ่อยเป็นอันดับที่สองรองจากการบาดเจ็บที่ม้าม หากมีการบาดเจ็บในช่องท้องและตรวจไม่พบจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เพราะนอกจากอวัยวะจะบาดเจ็บหลอดเลือดก็ยังได้รับความเสียหายด้วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดมากและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุด เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ คือ การช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุด ด้วยการประเมินสภาพและให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ[1]

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชซึ่งจัดเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบจำนวน 980 ราย 883 ราย และ 890 ราย ตามลำดับ ซึ่งจัดอยู่ 1ใน 5 โรคที่พบได้บ่อยในหน่วยงานศัลยกรรม จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาต่อรายโดยเฉลี่ย 15 วัน ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลต่อรายเฉลี่ย 40,000 บาท และยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบแต่ละรายยังมีรอยโรคที่หลงเหลือต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยประมาณ 5 เดือน จะเห็นได้ว่าการบาดเจ็บหลายระบบทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพและค่าใช้จ่าย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ในการประเมินอาการผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อนำมาแก้ไขปัญหาร่วมกับบุคลากรในทีมพยาบาลได้อย่างทันท่วงที รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการที่เปลี่ยนแปลง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

**กรณีศึกษา**

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 21 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ โสด กำลังศึกษาชั้น ปวส. รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่ 16 ตุลาคม 2566 เวลา 13.21 น.

**อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล**

รับส่งต่อจากโรงพยาบาลวังม่วง ด้วยอาการไม่สลบ ปวดท้อง มีแผลที่หน้าอกขวา 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน**

2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ให้ประวัติว่าขับรถกระบะตกข้างทาง อาการไม่สลบ เจ็บท้องและมีแผลที่หน้าอกขวา

**การประเมินแบบแผนสุขภาพ**

ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุร้ายแรง เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว มีพี่น้อง 2 คน ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลทั่วไป รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารรสธรรมดา ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ และไม่เคยแพ้ยา การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะปกติ พักผ่อนวันละ 6 ชั่วโมง ทุกคนในครอบครัวรักใคร่กลมเกลียวกัน เมื่อมีปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ จะปรึกษาหารือกันเพื่อหาแนวทางแก้ไข

**ผลการศึกษา**

แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัว กระสับกระส่าย ผิวกายซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น มีอาการเจ็บท้องด้านขวา ตรวจช่องท้องพบบริเวณหน้าท้องแข็งตึง (guarding) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/63 มิลลิเมตรปรอท $O_2$ saturation 94% On $O_2$ mask with bag 10 LPM รายงานศัลยแพทย์

R/O Abdominal injury ส่งทำ CT whole abdomen Emergency ก่อนเข้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1 มาถึงหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1 ท่าทางกระสับกระส่าย ความดันโลหิตลดลง 77/35 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที $O_2$saturation 94 % ฟังปอดพบ decreased breath sound ใส่ right ICD ได้ลมและเลือด 100 ml. ตามผล CT brain with C–spine ผล No ICH, No fracture c-spine ผล CT whole abdomen พบ Liver injury gr.3 with large hemoperitoneum Set OR emergency เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด DTX 148 mg% เจาะlab CBC, BUN, Cr, E'lyte, PT, PTT, INR, Anti HIV เตรียม PRC 4 units FFP 4 units อธิบายผู้ป่วยและมารดา แจ้งความจำเป็นที่ต้องผ่าตัด มีความวิตกกังวล แพทย์ให้คำอธิบายการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต มารดาตัดสินใจลงนามในใบยินยอมผ่าตัด ส่งห้องผ่าตัดเวลา 16.30 น. ก่อนส่งห้องผ่าตัด GCS E4V5M6 ชีพจร 128 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/54 มิลลิเมตรปรอท $O_2$saturation 95% Post op ให้ย้ายไปดูแลที่ห้องผู้ป่วยหนัก แต่เตียงเต็ม จึงต้องกลับมาดูแลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1

ประเมินอาการผู้ป่วยหลังการผ่าตัด Explore lap with suture liver with liver packing ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 2,000 ml. ได้รับสารน้ำทั้งหมด 2,600 ml ระดับความรู้สึกตัว GCS E4VTM6 On ET-Tube No 8 mark 22 with Ventilator ตรวจสอบตำแหน่ง ET.tube จาก film chest ปลายท่ออยู่เหนือ Carina ประมาณ 2 นิ้ว อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ชีพจร 128 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/60 มิลลิเมตรปรอท ริมฝีปากแห้งซีด เปลือกตา เล็บ ค่อนข้างซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น มีแผลผ่าตัดหน้าท้องไม่ได้เย็บยาวประมาณ 10 เซนติเมตร ต่อ on Jackson drain 1 เส้น On NG tube มี Content เป็นน้ำและเลือดสดๆ ปนออกเล็กน้อย On ICD ที่ปอดด้านขวาชนิด 2 ขวดมี content เป็นเลือดสด ประมาณ 100 มิลลิลิตร ปัสสาวะทาง Foley's catheter สีเหลืองเข้มออก 200 มิลลิลิตร ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ White blood count 15,200 cells/$mm^3$, Neutrophil 41.8%, Lymphocyte 4.1%, Hematocrit 41.8%, Platelet count 314,200 cells/$mm^3$ , PT 14.9 sec, PTT 29.6 sec INR 1.3, Na 139 mmol /L, K 3.3 mmol /L, Cl 106 mmol /L, $CO_2$ 20.7 mmol /L, BUN 9 mg/dl, Creatinine 1.23 mg/dl ขณะดูแลผู้ป่วยพบปัญหาทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ดังนี้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ปัญหาที่ 1** เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดช่องท้อง และช่องอก | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินสภาพของผู้ป่วย สังเกตอาการช็อค ผิวหนังเย็น เหงื่อออกตัวเย็น เวียนศีรษะ และลักษณะจำนวนเลือดที่ออกจาก ICD ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการช็อกจนความดันโลหิตปกติคงที่ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำถูกต้องตามแผนการรักษา คือ Acetar 1,000 ml. IV drip 120 ml./hr. คู่กับ Norepinephrine (4:250) IV drip 10 µd/min เพื่อเพิ่มการบีบตัวหัวใจ เลือดไหลเวียนสู่อวัยวะดีขึ้น สังเกตอาการผิดปกติขณะให้ยา ดูแลจองเลือด PRC 4 unit FFP 4 unit ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ $O_2$ mask with bag 10 LPM เจาะเลือดหาค่า Hct และติดตามเจาะต่อเนื่องทุก 4-6 ชั่วโมง ลงบันทึกและรายงานผลเมื่อมีอาการผิดปกติให้แพทย์ทราบ สังเกตจำนวนสารน้ำ ปัสสาวะที่ออกทุก 8 ชั่วโมง<br>**การประเมินผล** |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น อัตราการหายใจเร็ว 28 ครั้ง/นาที ชีพจรเบาเร็ว 128 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/62 มิลลิเมตรปรอท ICD มีเลือดออกเพิ่ม 50 ml. |
| ปัญหาที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง และแผลแทง ICD | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินพฤติกรรมความเจ็บปวดของผู้ป่วยพบว่าอยู่ในระดับปวดมาก Pain score 10 คะแนน ผู้ป่วยกระสับกระส่าย ใช้มือกุมท้อง 2 ข้าง หน้านิ่วคิ้วขมวด ได้จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวลง ช่วยลดอาการปวดท้อง ดูแล เน้นย้ำ ให้งดอาหารและน้ำ โดยอธิบายความสำคัญและความจำเป็นของการงดอาหารและน้ำ เพื่อลดการกระตุ้นไม่ให้เกิดการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ ดูแลให้มีการไหลของสารเหลวออกจากกระเพาะอาหารภายหลังใส่ NG tube ต่อ intermittent suction เพื่อลดอาการปวดท้อง ไม่กระตุ้นโดยการกดหน้าท้องบ่อยครั้ง เพราะจะส่งเสริมให้ปวดท้องมากขึ้น ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ ยาบรรเทาปวด Pethidine 25 mg IV ประเมินอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ไม่พบภาวะดังกล่าว<br>**การประเมินผล**<br>ทุเลาอาการปวด pain score 6 คะแนน หลับพักได้เป็นพักๆ |
| **ปัญหาที่ 3** ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ดูแลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ สอบถามพูดคุยกับญาติ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย รวมทั้งตอบปัญหาของญาติด้วยท่าทีที่เห็นใจ แสดงความเป็นกันเอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและเหตุผลที่ต้องเตรียมการผ่าตัดด่วน ว่าเป็นการผ่าตัดหยุดเลือดในช่องท้อง รวมทั้งภายหลังผ่าตัดจำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการอย่างใกล้ชิด และจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมร่างกายก่อนการผ่าตัด เช่น การงดอาหารและน้ำ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงเรื่องการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) ขณะผ่าตัดผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวและไม่เจ็บปวด รวมทั้งระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด จองเลือด PRC 4 units FFP 4 units ก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยและญาติทราบถึงหลักการและวิธีการผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ความร่วมมือในการผ่าตัดเป็นอย่างดี |
| **ปัญหาที่ 4** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>หลังการผ่าตัด On ET. Tube with Ventilator setting CMV mode FiO2 0.4 ผิวกายเย็น keep warm ร่างกายให้ วัดความดันโลหิต 120/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเบาเร็ว 142 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที $O_2$ saturation 99 % On ICD ชนิด 2 ขวด ที่ปอดข้างขวา มีเลือดและลมออกพอควร คลำไม่พบ subcutaneous emphysema สังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของปอด กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ และไอขับเสมหะออก โดยใช้มือประคองแผลหน้าท้องไว้ Monitor $O_2$ Saturation >95% เพื่อติดตามระดับออกซิเจนในร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพและสังเกตการหายใจทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะอย่างนุ่มนวล เมื่อพบว่ามีเสียงเสมหะในท่อช่วยหายใจ ก่อนดูดเสมหะให้ $O_2$ 100% นาน 1 นาที ดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 10-15 วินาที และขณะดูดเสมหะสังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามีอาการขาด $O_2$ ได้แก่ กระสับกระส่าย ริมฝีปากเขียวคล้ำ จัดท่านอนศีรษะสูง เปลี่ยนท่านอน พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดท่าเพื่อให้เสมหะระบายออกดี ป้องกันการคั่งค้างของเสมหะ และภาวะปอดแฟบ ดูแล ICD ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ในระบบปิดเพื่อระบายเลือดในปอดให้ปอดทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ บันทึก ติดตามลักษณะของแผล ตำแหน่งท่อระบาย สังเกตสี และจำนวนสารระบายที่ออกมา ถ้ายังมีสีแดงสด แสดงว่ายังมี |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | ภาวะตกเลือด รายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือทันที และติดตาม Hct ทุก 4 ชั่วโมง 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกและมีแผลผ่าตัดหน้าท้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าขยับร่างกาย ผู้ป่วยหายใจตื้นๆ แนะนำให้ผู้ป่วยประคองแผลและช่วยพลิกตะแคงตัว พยาธิสภาพที่ปอดดีขึ้น เลือดที่ปอดออกน้อยลงและแพทย์ให้เริ่ม wean Ventilator SIMV mode RR 12 ครั้ง/นาที Pressure support 10 ครั้ง/นาที ทำการฝึกหายใจตาม protocol weaning ประเมินประสิทธิภาพของปอดวัด RSBI ≤ 105 อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที $O_2$saturation 98% ชีพจร 118 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/54 มิลลิเมตรปรอท ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดขณะทำการฝึกหายใจ ผู้ป่วยฝึกหายใจได้ดี ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ตลอดจนเฝ้าระวังท่อช่วยหายใจและท่อระบายทรวงอกเลื่อนหลุด<br>**การประเมินผล**<br>หลังผ่าตัด 4 วัน ติดตามผลเอกซเรย์ปอด พบ Decreased right pneumothorax Increased right pleural fluid R/O RLL infiltration แพทย์ให้ OFF ICD right chest และถอดท่อช่วยหายใจตามลำดับ หลังถอดท่อช่วยหายใจ On oxygen mask 10 ลิตร/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที $O_2$saturation 98% ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยสามารถไอขับเสมหะได้ดี |
| **ปัญหาที่ 5** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock และ Hypoperfusion จากการเสียเลือดและเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ไม่เพียงพอ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ระหว่างทำผ่าตัดเสียเลือด 2,000 มิลลิลิตร พบ Hemoperitoneum 2,000 มิลลิลิตร On right subclavian vein, NG tube ต่อกับ Gomco Suction ได้ Content แดงคล้ำๆ ค้างสาย หน้าท้องมีแผลผ่าตัดแบบ midline on Jackson drain มีเลือดสีแดงคล้ำออก 200 มิลลิลิตร On Acetar IV 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ สังเกตอาการของภาวะช็อก ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ผิวหนังเย็นชื้น เหงื่อออกมาก ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง บันทึกติดตามสี ปริมาณของเหลวที่ออกจาก ICD Jackson drain ถ้ายังมีสีแดงสด แสดงว่ายังมีภาวะตกเลือด รายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือทันที ติดตาม Hct ทุก 4 ชั่วโมง เจาะ Hct < 25% รายงานแพทย์ให้เลือดตามแผนการรักษา ได้แก่ PRC 2 units IV , FFP 4 units IV free flow ให้ CPM 1 amp IV ก่อนให้เลือด เฝ้าระวังไม่พบอาการแพ้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ติดตามภาวะ Hypoglycemia เจาะ DTX 88 -143 mg% และทุก 6 ชั่วโมง ใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ติดตามผล Lab BUN 20 (5-20 mg/dl) Creatinin 1.18 (0.7-1.5 mg/dl) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของไต หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง แพทย์ Set OR for off swab Vital sign stable เจาะ PT 14.9 (10.6-13.0 sec) , PTT 29.6 (22.1-28.9 sec) ให้ FFP 4 units IV free flow และ เตรียมความพร้อมส่งห้องผ่าตัดทำ Explore lap with off swab packing กลับจากห้องผ่าตัด รู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดหน้าท้องมี Jackson drain เลือดออกจาง ๆ เล็กน้อย Hct stat หลังผ่าตัด 31%<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก และได้รับการ Bed rest เป็นระยะเวลา 5 วัน Hct 33-35% jackson drain ไม่มี content ออกเพิ่ม off foley ‘s cath และ off jackson drain แผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดีไม่มี discharge ซึม ท้องไม่อืดตึง ปัสสาวะได้เอง 800-1000 มิลลิลิตร ใน 8 ชั่วโมง |
| **ปัญหาที่ 6** มีภาวะแคลเซียมในกระแสเลือดต่ำ เนื่องจากได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดทดแทนปริมาณมาก | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>เฝ้าระวังการเต้นของหัวใจผิดจังหวะแบบเร็ว ได้แก่ atrial fibrillation และสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ trousseau’s sign โดยสังเกตอาการมือจีบ เมื่อรัดแขนวัดความดันโลหิตเป็นเวลานานประมาณ 3 นาที ดูแลให้ได้รับการรักษาด้วย 10% calcium gluconate 20 ml. หยดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 30 นาที ตามแผนการรักษา ขณะให้ยาถ้ามีภาวะหัวใจเต้นช้า (bradycardia) หยุดยาและรายงานแพทย์ทันที ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับแคลเซียมในเลือด หลังให้ยาตามแผนการรักษา |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | **การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมต่ำ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Ca = 4.3 mg/dL แพทย์ให้ยา 10% calcium gluconate 20 ml. หยดทางหลอดเลือดดำภายใน 30 นาที อีก 1 dose ขณะให้ยาไม่มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ |
| **ปัญหาที่ 7** ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและใส่ท่อระบายทรวงอก | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>จากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ผู้ป่วยพักผ่อนไม่ได้ สีหน้าอิดโรย เหงื่อออก ประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) ทุก 4 ชั่วโมง ตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดได้ดี ประเมิน Pain score ได้ 5-7 คะแนน ให้ยาแก้ปวด Morphine 4 mg. IV prn for pain ทุก 6 ชั่วโมง หลังได้รับยาการหายใจปกติและความดันโลหิต 118/70 มิลลิเมตรปรอท จัดให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย ไม่มีการดึงรั้งของสายหรือท่อระบายต่างๆ รวมทั้งให้มีการหย่อนกล้ามเนื้อบริเวณแผลผ่าตัด และช่วยในการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่าเมื่อมีอาการเมื่อยล้า<br>**การประเมินผล**<br>อาการปวดทุเลาพักผ่อนได้มากขึ้น หลังผ่าตัด 3 วัน Pain score ลดลงเท่ากับ 3-5 คะแนน |
| **ปัญหาที่ 8** ผู้ป่วยไม่สุขสบายมีไข้สูงและเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดหน้าท้องและแผลใส่ ICD | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>มีไข้ อุณหภูมิ 38-38.4 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดหน้าท้องและแผล ICD แห้งดี ประเมินการติดเชื้อ สังเกต อาการปวด บวม แดง ร้อนหรือมี Discharge ซึม บริเวณแผลผ่าตัดและแผล ICD ปอดขวา วัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง อุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ดูแลให้การพยาบาลเพื่อลดไข้ เช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยรับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm. IV OD ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงหลังให้ยา เช่น ผื่นคัน ไม่พบภาวะดังกล่าว 2-3 วันแรก หลังผ่าตัดมีไข้ต่ำ ๆ อุณหภูมิ 37.5-37.9 องศาเซลเซียส 7 วัน หลังให้ยา Ceftriaxone ส่งตรวจ CBC พบ WBC 13,310 Cells/$mm^3$ และ LFT, Coagulogram, U/A ผลปกติ CXR พบ Increase right hydro–pneumothorax และ Lung contusion แพทย์ off ceftriaxone เปลี่ยนเป็น Augmentin (1gm) 1 tab oral bid<br>**การประเมินผล**<br>แผลไม่มีอาการบวม แดง ปวด ร้อน หรือมี discharge ซึมบริเวณแผลผ่าตัด ติดตามผล CBC วันที่ 24 ตุลาคม 2566 White blood count 7,890 cells/$mm^3$, Neutrophil 68% |

**วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน** หลังให้การดูแลระยะเวลา 10 วัน ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น มีญาติอยู่ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย หลัง Bed rest 7 วัน ผู้ป่วยเริ่มทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้เอง ถอดสายสวนปัสสาวะและสายระบาย Jackson drain ที่แผลออก แผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดีไม่มี Discharge ซึม ท้องไม่อืดตึง ผายลมและขับถ่ายได้ ผู้ป่วยไม่มีไข้ ตัดไหมแผลหน้าท้องแห้งดี ลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ เริ่มฟื้นฟูสภาพร่างกายและวางแผนจำหน่าย แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ให้มาตรวจตามนัดอีก 2 สัปดาห์ และ CXR ก่อนพบแพทย์ ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อเสริมสร้างร่างกาย การดูแลแผลและความสะอาดของร่างกาย งดทำงานหนัก 3 เดือน เน้นย้ำเรื่องการระมัดระวังป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนน รับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านได้ วันที่ 28 ตุลาคม 2566 เวลา 12.00 น. รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 12 วัน

## อภิปรายผล

1. การบาดเจ็บที่ตับเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรง ถ้ามีภาวะช็อกจากการเสียเลือดร่วมด้วย ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยการช่วยฟื้นคืนจากภาวะช็อก (resuscitation) ต้องได้รับการแก้ไขด้วยการให้สารน้ำ และเลือดอย่างเพียงพอ ก่อนที่

อวัยวะต่างๆ ล้มเหลว ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลารวดเร็วได้ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมากที่สุด จึงต้องมีทักษะการประเมินอาการผิดปกติ Early warning sign จากภาวะช็อกได้ถูกต้อง รวดเร็ว ไม่ผิดพลาด[2]

2. เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง เสียเลือดมาก จำเป็นต้องได้เลือดและสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ กรณีผู้ป่วยมีเลือด group O เป็นช่วงขาดแคลนเลือด จึงต้องประสานงานกับสภากาชาดไทย และขอความร่วมมือกับญาติให้มาบริจาคเลือด ผู้ป่วยได้รับเลือดครบตามแผนการรักษา นอกจากนี้ได้ประสานงานกับวิสัญญีในการทำ Central line เพื่อให้สามารถให้สารน้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3]

3. การดูแลผู้ป่วยในระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจ และต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมแรงดัน ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง จำเป็นต้องวางแผนการดูแลอย่างดี เนื่องจากอาจพบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะเนื้อเยื่อหลอดลมขาดเลือดไปเลี้ยงจนเกิดเนื้อตายขึ้น จนมีการทะลุถึงหลอดลมหรือทะลุเข้าหลอดเลือด ซึ่งได้แก้ไขปัญหาโดยดูแลให้ท่อช่วยหายใจ อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ตรวจวัด pressure cuff ทุก 8 ชั่วโมง ดูดเสมหะอย่างถูกวิธี นอกจากนั้นผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางปอด เช่น pneumothorax, subcutaneous emphysema, micro atelectasis, pulmonary edema จากการปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจไม่ถูกต้อง จึงได้ปรับตั้งเครื่องโดยไม่ใช้ความดันและปริมาตรสูงเกินไป ประเมินความดันของเครื่องและปริมาตรของอากาศทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยมีการหายใจลึกและแรงกว่าปกติเป็นระยะ ๆ โดยบีบ self inflating bag หลังดูดเสมหะและปรับเครื่องช่วยหายใจตามสภาพของผู้ป่วย รวมทั้งดูแลการทำงานของท่อระบายที่ปอดให้มีประสิทธิภาพ ไม่เลื่อนหลุด[4]

4.ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด liver packing จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำเพื่อเอา packing รอบๆ ตับออก ค้นหาการบาดเจ็บของอวัยวะใกล้เคียง แก้ไขความผิดปกติหาก แก้ไขได้ รวมทั้งเย็บปิดแผลที่ผนังหน้าท้อง ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเอา liver packing ออก ขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยในการจัดการให้สัญญาณชีพคงที่ coagulopathy, acidosis และ hypothermia ซึ่ง ส่วนใหญ่สามารถจัดการได้ภายใน 24-48 ชั่วโมง ความเสี่ยงสำคัญในการเอา liver packing ออกช้า คือ การติดเชื้อในช่องท้องหรือการติดเชื้อบริเวณตับ ผู้ป่วยกรณีศึกษาสามารถเอา liver packing ออกได้ภายใน 48 ชั่วโมง จึงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว[5,6]

**ข้อเสนอแนะ**

1. การใช้ guideline trauma ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้รวดเร็วและครอบคลุม จึงต้องส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางทางในการดูแลผู้ป่วย Trauma โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บร่วมหลายระบบ (Multiple Trauma ) และขยายการใช้ไปสู่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลพบุรี

2. กรณีรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ต้องพัฒนาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บร่วม ให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน โดยเริ่มตั้งแต่การรายงานแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม การดูแลรักษาก่อน refer การประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมพร้อมรับผู้ป่วย ได้แก่ ธนาคารเลือด ห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด ห้องผู้ป่วยหนัก ตลอดจนแพทย์ที่เกี่ยวข้องในระบบต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยเร็ว (Fast track) และได้รับการดูแลอย่างคลอบคลุม

3. การวางแผนการรักษาพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัด ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากผู้ป่วยเสียเลือดมาก มีภาวะช็อกจากการบาดเจ็บที่ตับ และระบบอื่นๆของร่างกายอาจเสียหน้าที่ หลังระยะช็อก จึงจำเป็นต้องติดตามและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

## เอกสารอ้างอิง

1.จันทิมา พรเชนศวรพงศ์, เพ็ญศรี ลออ, กวินทร์นาฏ บุญชู. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครนายก. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 26(2), 89-102.

2.นวลทิพย์ ธีระเดชากุล, นุชศรา พรมชัย และ นงลักษณ์ พลแสน. (2561). ประสิทธิผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย Multiple Injury Nursing Management Guideline. ว. การแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 33, 165-77

3.ดวงกมล สุวรรณ์, วิภา แซ่เซี้ย และประณีต ส่งวัฒนา. (2561). ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารสภาการพยาบาล , 33(4), 33-45.

4.เสาวรส จันทมาศ และคณะ. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 42(3), 25-39.

5.Aimaurai V. (2019). Nursing care for multiple trauma patients.HHSK. ; 4(1): 0051-64. Thai.

6.Thikhian N, Wittayachamnankul B, Tangsuwanaruk T, et al.(2021). Factors affecting the outcomes of severe traumatic brain injury patients undergoing emergency surgery. J Med Health Sci., 28(3), 1-16.

# การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์

# Performance according to the policy of a team of 3 personal physicians in caring for vulnerable groups of Uttaradit Province.

(Received: February 15,2024 ; Revised: February 21,2024 ; Accepted: February 25,2024)

**รณภพ เกตุทอง**[1]
**Ronnapop Ketthong**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 คือ ทีมหมอครอบครัว จำนวน 180 คนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 คือ ผู้รับบริการในคลินิกหมอครอบครัวที่เป็นกลุ่มเปราะบาง จำนวน 180 คน จัดเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน 2566 ด้วยแบบสอบถามประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คน ในการดูแลกลุ่มเปราะบาง ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเปราะบาง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์ (1) ด้านบริบท (Context) สามารถตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชนและดำเนินงานในพื้นที่มีความสอดคล้องโดยตรงกับนโยบายของรัฐบาล (2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) การจัดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ครอบคลุมและนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วย (3) ด้านกระบวนการ (Process) การเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น การรักษาพยาบาลและให้คำปรึกษาประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ (4) ด้านผลผลิต (Product) สามารถดำเนินงานตอบสนองและการสื่อสารความรู้ทางวิชาการ การเฝ้าระวังควบคุมโรค ส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ นโยบาย/กลุ่มเป้าหมายชัดเจน การทำงานเป็นทีม/ความร่วมมือ การประสานงาน/บทบาทหน้าที่ ส่งผลให้ความพึงพอใจผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเปราะบางอยู่ในระดับมาก ปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ ภาระงาน/บุคลากรไม่เพียงพอ เทคโนโลยี/อินเตอร์เน็ต/มือถือ งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ การพัฒนาศักยภาพ/ทักษะทีมหมอครอบครัว

**คำสำคัญ;** การประเมินผล, ทีมหมอประจำตัว 3 คน, กลุ่มเปราะบาง, ความพึงพอใจ, คุณภาพชีวิต

## Abstract

This research was action research. The objective is to study the results of operations according to the policy of a team of 3 personal doctors in caring for vulnerable groups in Uttaradit Province. The first sample group was a family doctor team, numbering 180 people. The second group sample group was 180 vulnerable family doctor clinic service recipients. Data were collected from October to November 2023 with a questionnaire on the effectiveness of operations according to the policy of a team of 3 personal doctors in caring for vulnerable groups. Satisfaction and quality of life of vulnerable service recipients Data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation.

The research results found that effectiveness of operations according to the policy of a team of 3 personal doctors or a team of 3 doctors in caring for vulnerable groups in Uttaradit Province; (1) Context: able to respond to the needs and solve problems of the people and operate in areas with **d**irect compliance with government policy (2) In terms of inputs, the organization of the referral system for patient care is comprehensive and uses technology to care for patient groups. (3) Process: home visits to give advice, screen, follow up, and provide basic care to patients Medical

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

treatment and counseling, coordination and referral for special treatment. (4) Product: able to respond and communicate academic knowledge, disease surveillance and control promote health. Factors for success include clear policies/target groups. Teamwork/**C**ooperation **C**oordination/**r**ole **a**s a result, the satisfaction of service recipients who are vulnerable groups is at a high level. Problems and obstacles include workload/inadequate personnel. Technology/Internet/Mobile Budget and equipment Developing the potential/skills of the family care team.

**Keyword;** Evaluation, team of 3 personal physicians, vulnerable groups, satisfaction, quality of life

**บทนำ**

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ที่มีเป้าหมายให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาต่อยอดให้เกิดความยั่งยืน คือ การมีนโยบายทีมหมอครอบครัว (Family care team) ที่ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วนในการร่วมกันทำงานเป็นทีมระหว่างบุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่างๆ แบบบูรณาการและประสานการทำงานกับภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพไปสู่ประชาชนทุกคนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[1] เป็นหลักการลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนให้เท่าเทียมและทั่วถึง โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล[2] ในปี 2556 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ เข้มแข็ง มีคุณภาพ ทั่วถึง ยั่งยืนและบรรลุเป้าหมายทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คนหรือ 3 หมอ มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น เน้นการเสริมสร้างสุขภาพและความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม มุ่งให้เกิดผลลัพธ์กับประชาชนทั้งด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตในความสุขกาย สุขใจ สุขสามัคคีและปลอดภัยจากโรคโควิด 19 ในวิถีชีวิตใหม่อย่างเป็นรูปธรรมได้จริงจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชน โดย 3 หมอหรือคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือ การประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและส่งต่อรักษาในโรคซับซ้อนยุ่งยาก โดยหมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุขและหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว เพื่อให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน เน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน โดยหมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทำหน้าที่เยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น โดยดูแลประชาชน 10-20 หลังคาเรือน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุขครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ อาทิ พยาบาล เภสัชกร นักสาธารณสุขชุมชนและวิชาชีพอื่นๆ ทำหน้าที่ดูแลส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3 คัดกรองเพื่อระบุสาเหตุ ยืนยันความผิดปกติและส่งต่อผู้ป่วย โดยดูแลประชาชน 1,250-2,500 คน และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาลเป็นผู้มอบการรักษา ดูแล ให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ โดยดูแลประชาชน 8,000-12,000 คน[3]

ในปี 2566 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแนวทางการดำเนินงานขับเคลื่อนเศรษฐกิจ โดยการสร้างเสริมสุขภาพ ความแข็งแรง ให้ประชาชนมีพลังในการดำเนินชีวิตและใช้ความเข้มแข็งทางสาธารณสุข สร้างรายได้สร้างเศรษฐกิจของประเทศสู่เป้าหมาย “ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็งประเทศไทย

แข็งแรง” ผ่านการขับเคลื่อนนโยบายมุ่งเน้น 5 ประการ ประกอบด้วย (1) ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น โดยการเพิ่มความครอบคลุมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่บ้านและชุมชน โดย “3 หมอ” คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยได้รับการรักษาและการส่งต่อ (2) ยกระดับการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรงโดยปรับเปลี่ยนการสื่อสารสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ถูกต้อง ปลอดภัย ทันสมัย เพื่อให้ประชาชนรับรู้และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมให้แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ (3) ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึงส่งเสริมให้สูงวัยอย่างแข็งแรงโดยครอบครัวและชุมชน บูรณาการดูแลผู้สูงอายุทั้งร่างกายจิตใจและภาวะสมองเสื่อมให้ได้รับการคัดกรองสุขภาพ ประเมินความเสี่ยงของโรค การป้องกันปัญหาสุขภาพ ตลอดจนการดูแลระยะยาว (Long term care) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น แว่นสายตา ผ้าอ้อม ฟันปลอม สนับสนุนโรงพยาบาลทุกระดับให้มีคลินิกผู้สูงอายุเพื่อเป็นช่องทางที่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกมากยิ่งขึ้น (4) นำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจส่งเสริมผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ สมุนไพรและภูมิปัญญาไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกขยายสู่การเป็นศูนย์กลางการบริการสุขภาพและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของภูมิภาคและประชาคมโลกต่อยอดทางเศรษฐกิจเพิ่มรายได้ของประชาชนและประเทศ (5) การนำข้อมูลสุขภาพเป็นของประชาชนและเพื่อประชาชน พัฒนาข้อมูลดิจิทัลสุขภาพของประชาชนที่มีมาตรฐานและธรรมาภิบาล เชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ของประเทศ ประชาชนได้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถใช้บริการสาธารณสุขได้ทุกที่อย่างต่อเนื่องและรัฐใช้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น[4]

จังหวัดอุตรดิตถ์ ดำเนินงานตอบสนองนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ โดยจัดกิจกรรม Kick off มอบเป็นของขวัญปีใหม่ ในปี 2564 คนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว 3 คน “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ภายใต้นโยบาย “คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” เพื่อให้การดูแลกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ 9 อำเภอของจังหวัดอุตรดิตถ์ โดยแต่งตั้งทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบลและชุมชนให้ครอบคลุมประชากรในความรับผิดชอบ การให้บริการเชิงรุกดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นประชาชนกลุ่มที่มีความเปราะบาง (Vulnerable group) ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว (Long term care) ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง (Palliative care) โดยนำการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกับทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ ระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับชุมชนมาเป็นแนวทางในดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ ซึ่งผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ พบว่า มีข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือ 3 หมอ

ดังนั้น ผู้วิจัยศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบายหมอประจำตัว 3 คนหรือ 3 หมอในการดูแลประชาชนกลุ่มที่มีเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์ ด้วยกรอบแนวคิดของ CIPP model เป็นแนวทางในการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบาง

คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของประชาชนกลุ่มเปราะบางต่อการดำเนินงานตามนโยบายหมอประจำตัว 3 คน หรือ 3 หมอในการดูแลประชาชนกลุ่มที่มีเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์

**วิธีดำเนินการวิจัย**

**การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์**

การประเมินประสิทธิผลผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์ ประกอบด้วย ผลด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product) ของการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ ในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็น 2 กลุ่ม

1. กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ผู้บริหาร ภาคีเครือข่ายและผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวใน 9 อำเภอของจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 171 คน ได้แก่ (1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือผู้แทน สาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) (2) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือผู้แทน (3) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอในสาขาวิชาชีพ (4) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวระดับตำบล (5) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ทีมหมอครอบครัว ในจังหวัดอุตรดิตถ์ มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีประสบการณ์ดูแลกลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประสิทธิพลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งบูรณาการตามแนวคิดทีมหมอครอบครัว[1]

2 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว 3 คน หรือทีม 3 หมอ ในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอประจำตัว 3 คน และหน่วยงานที่สังกัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว จำนวน 63 ข้อ ประกอบด้วย ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต) ลักษณะข้อความเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และน้อยที่สุด (1) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้กลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์ เสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index - CVI) เท่ากับ .72 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบาค (Cronbach)[6] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 ระดับ[7] ได้แก่ มาก (ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 3.66) น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว วิเคราะห์ด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. กลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย กลุ่มเปราะบางหรือญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มเปราะบางที่เป้าหมายของทีมหมอครอบครัว 5 กลุ่ม จำนวน 180 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้อง

ได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการและผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคองหรือญาติผู้ดูแล เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดอุตรดิตถ์ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดอุตรดิตถ์ ตลอดระยะเวลาการดำเนินงานวิจัย สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เจ็บป่วยรุนแรงในระหว่างวิจัย ย้ายที่อยู่อาศัยไปอยู่นอกพื้นที่วิจัยระหว่างการวิจัยและไม่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในระหว่างการดำเนินงานวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรถ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล หน่วยงานที่ให้บริการดูแล และบุคลากรที่ให้บริการดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ 16 ข้อผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึงพอใจในการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวของสมยศ ศรีจารนัย และคณะ[8] ลักษณะข้อความแบบมาตรประมาณค่า(Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด (5) พึงพอใจมาก (4) พึงพอใจปานกลาง (3) พึงพอใจน้อย (2) และพึงพอใจระดับน้อยที่สุด (1) วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบาค (Cronbach)[6] ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยแบบอัตรภาคชั้น 3 ระดับ[7] ได้แก่ มาก (ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66) น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบย่อฉบับภาษาไทยขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL–BREF–THAI)[9] 20 ข้อ ลักษณะข้อความแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) น้อยที่สุด (1) กำหนดเกณฑ์การแปลผลคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ[7] คือ คุณภาพชีวิตที่ดี (3.67–5.00 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (2.37–3.67 คะแนน) คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (1.00–2.33 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเปราะบางและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเปราะบาง วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ ในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์**

1. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนโยบายทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบลและชุมชน 45 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีการแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวไม่น้อยกว่า 6 เดือน ยินดีเข้าร่วมโครงการ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการเข้าถึงในเรื่องเวลาและงบประมาณ

2. เครื่องมือการวิจัย เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับการอภิปรายกลุ่มย่อย (Focus group) จากผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย (1) สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (2) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว (3) ปัจจัยความสำเร็จในการดาเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวในระดับพื้นที่ (4)

ข้อเสนอแนะ แนวทางพัฒนาการดำเนินงานนโยบายทีมหมอครอบครัว ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย นำข้อมูลที่ได้มาแก้ไขและปรับปรุงก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการตีความ (interpretation) ข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์โดยตัดข้อมูลที่ไม่ต้องการออกไปจากนั้นทำการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (inductive) เพื่ออธิบายสถานการณ์ วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)[10] ในการอธิบายปรากฏการณ์การในการศึกษาวิจัยผลการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอหรือหมอครอบครัวในพื้นที่จังหวัดอุตรดิตถ์

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับความเห็นชอบและอนุมัติดำเนินการวิจัยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เลขที่ UPOH REC 055/2566 ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่การเริ่มต้นของกระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งการนำเสนอผลการวิจัย

**ผลการวิจัย**

**การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์**

1. กลุ่มผู้ให้บริการในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์

1.1 ทีมหมอประจำตัว 3 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.44 อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 25.00 รองลงมา คือ อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 22.78 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 21.67 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 54.44 รองลงมา คือ ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 25.00 ประสบการณ์ในการทำงานระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 36.67 รองลงมา คือ ระยะเวลา 21-30 ปี ร้อยละ 30.56 บทบาทหน้าที่ในทีมหมอประจำตัว 3 คน เป็นหมอประจำตัวคนที่ 2 (สหวิชาชีพ) ร้อยละ 30.00 รองลงมา คือ หมอประจำตัวคนที่ 1 (อสม.) ร้อยละ 25.00 ตามลำดับ

1.2 ผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ระดับมาก ได้แก่ ด้านบริบท (Context) รองลงมา คือ ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product) ตามลำดับ ระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์

| องค์ประกอบการประเมิน | $\bar{x}$ | SD. | ระดับประสิทธิผล |
|---|---|---|---|
| ด้านบริบท (Context) | 4.30 | .60 | มาก |
| ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) | 3.64 | .67 | ปานกลาง |
| ด้านกระบวนการ (Process) | 4.04 | .65 | มาก |
| ด้านผลผลิต (Product) | 3.91 | .71 | มาก |
| โดยรวม | 3.98 | .60 | มาก |

2. กลุ่มผู้รับบริการในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้รับบริการในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบาง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 ประเภทกลุ่มเปราะบาง คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 47.78 รองลงมา คือ กลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว (Long term care) ร้อยละ 32.33 และกลุ่มผู้พิการ ร้อยละ 13.33 สิทธิการรักษาพยาบาลด้วยสิทธิบัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 86.67 ข้าราชการ ร้อยละ 13.33 หน่วยบริการที่ให้การดูแลในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 77.78 รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ร้อยละ 22.22 ได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 30.50 รองลงมา คือ แพทย์ ร้อยละ 26.60 อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 21.63 และนักวิชากากรสาธารณสุข ร้อยละ 13.12 ตามลำดับ

2.2 ความพึงพอใจผู้รับบริการในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คน จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 82.2 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าระดับมาก ได้แก่ ด้านคุณภาพการดูแลของทีมหมอครอบครัว ด้านความเป็นธรรมและการประหยัดค่าใช้จ่าย ด้านความสะดวกในการเข้ารับการบริการ ด้านความเป็นกันเอง เป็นมิตรและเต็มใจดูแล (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ระดับความพึงพอใจผู้รับบริการในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คน จังหวัดอุตรดิตถ์

| ความพึงพอใจผู้รับบริการในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คน | น้อย | | ปานกลาง | | มาก | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ด้านคุณภาพการดูแลของทีมหมอครอบครัว | 0 | 0.0 | 28 | 15.6 | 152 | 84.4 |
| ด้านความเป็นธรรมและการประหยัดค่าใช้จ่าย | 0 | 0.0 | 22 | 12.2 | 158 | 87.8 |
| ด้านความสะดวกในการเข้ารับการบริการ | 0 | 0.0 | 32 | 17.8 | 148 | 82.2 |
| ด้านความเป็นกันเอง เป็นมิตรและเต็มใจดูแล | 0 | 0.0 | 22 | 12.2 | 158 | 87.8 |
| โดยรวม | 0 | 0..0 | 32 | 17.8 | 158 | 82.2 |

2.3 คุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์ตามตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คน จังหวัดอุตรดิตถ์ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 64.6 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 35.4 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ คุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์ ต่อประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คน จังหวัดอุตรดิตถ์

| คุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| คุณภาพชีวิตที่ดี (ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00) | 116 | 64.6 |
| คุณภาพชีวิตปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66) | 64 | 35.4 |
| โดยรวม | 180 | 100.0 |

การวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ ในการดูแลกลุ่มเปราะบาง จังหวัดอุตรดิตถ์

1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คน ในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์

1.1 ด้านบริบท (Context) ได้แก่ การมีภาวะผู้นำ การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ การสร้างและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพบริการและระบบส่งต่อที่มีคุณภาพการดำเนินงาน นโยบายทีมหมอครอบครัว 3 คนหรือทีม 3 หมอมีความเหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่มีความเปราะบางที่มีการดำเนินการร่วมกันในพื้นที่อย่างเข้มแข็ง การแสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงานภายในและหน่วยงานที่เป็นภาคีเครือข่ายในการดูแล อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำแต่ละภาคส่วนในพื้นที่ แต่ควรชี้แจงแนวทางที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์และข้อจำกัดในการดำเนินงานให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นทั้งภายในทีมหมอครอบครัว 3 คน และทีมภายนอกที่เกี่ยวข้องกันในการดูแลกลุ่มเปราะบางให้ความสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลเพื่อตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชนได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง โดยเน้นการประสานการทำงาน“ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”

1.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ การดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว 3 คน การรับรู้และนำนโยบายสู่การปฏิบัติตามแนวทางและการดำเนินงานตามนโยบายที่สามารถนำนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม เช่น การจัดระบบการให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ป่วยและการจัดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสมและภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีส่วนร่วมการจัดสรรสนับสนุนงบประมาณและบุคลากรในพื้นที่จังหวัดอุตรดิตถ์ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ร่วมกับการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายตลอดจนกำหนดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ขั้นตอนในการจัดระบบการให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับพื้นที่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานถือว่าเป็นจุดแข็งอย่างหนึ่งของจังหวัดอุตรดิตถ์ในการดำเนินงานร่วมกัน สำหรับข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีและการดำเนินการการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างเหมาะสม เช่น ระบบการให้บริการรักษาพยาบาลและการให้คำปรึกษาการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยกำหนดเป้าหมายในการการจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน

1.3 ด้านกระบวนการ (Process) ได้แก่ การวางแผนดำเนินงานตามนโยบายโดยแต่งตั้งคณะทำงานติดตาม กำกับ ดูแลการดำเนินงานนโยบายหมอประจำตัว 3 คนและดำเนินงานตามนโยบายโดยกำหนด เช่น การกำหนดบทบาทหน้าที่และพื้นที่ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ของหมอครอบครัว 3 คน การร่วมประชุมทีมหมอประจำตัว 3 คนในเครือข่ายเพื่อวางแผนดูแลกลุ่มเป้าหมาย ช่องทางการติดต่อประสานงานในการดูแลกลุ่มเป้าหมายและถ่ายทอดความรู้และข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายร่วมกันของทีมหมอประจำตัว 3 คนและการรักษาอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่น สำหรับกระบวนการควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผลยังต้องพัฒนาต่อเนื่องจากกิจกรรมในบางส่วนยังไม่มีการรายงานเพื่อสรุปและรายงานผลอย่างต่อเนื่อง

1.4 ด้านผลผลิต (Product) ได้แก่ การรับรู้แนวทางการดำเนินงานตามนโยบายอย่างเหมาะสม อาสาสมัครดูแลกลุ่มเป้าหมายในชุมชนครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ หมอสาธารณสุขดูแลกลุ่มเป้าหมายในชุมชนครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบและให้คำปรึกษา การดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านและการส่งต่ออย่างเป็นระบบ

2. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์

2.1 ด้านบริบท (Context) พบว่า การดำเนินงานตามนโยบายหมอครอบครัว 3 คน ของจังหวัดอุตรดิตถ์ ยังพบข้อด้อยในการดำเนินงานในบางพื้นที่ อาทิ การทำให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้าน

สุขภาพ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลกลุ่มเปราะบางเนื่องจากสภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว การต้องไปประกอบอาชีพนอกพื้นที่ บริบทของบางพื้นที่มีห่างไกล ความยุ่งยากด้านเทคโนโลยีและระบบการสื่อสาร รวมทั้ง ความครอบคลุมของสัญญาณอินเตอร์เน็ต

2.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า การสนับสนุนงบประมาณจากแม่ข่ายเป็นไปอย่างจำกัด เนื่องจากสถานการเงินการคลังของโรงพยาบาลแม่ข่าย และการสนับสนุนงบประมาณจากเครือข่าย เนื่องจากข้อจำกัดของงบประมาณทำให้ไม่สามารถสนับสนุนได้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายในการจัดกิจกรรมในการดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง หมอครอบครัวคนที่ 1 (อสม.) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงวัยจึงส่งผลต่อประสิทธิภาพการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ตอบสนองการดำเนินงานที่ปรับเปลี่ยนไปตลอดเวลา และหมอครอบครัวคนที่ 3 หมอเวชปฏิบัติครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนและโยกย้าย ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

2.3 ด้านกระบวนการ (Process) พบว่า การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนแต่ละครอบครัวในพื้นที่รู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวของตนเองควรปรับปรุงกระบวนการที่เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละราย การถ่ายทอดองค์ความรู้ต่อกลุ่มเป้าหมายเพื่อเกิดการร่วมมือกันในการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง การรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง จำนวนบุคลากรและภาระงานของทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนประชากร การสนับสนุนและกำกับการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

2.4 ด้านผลผลิต (Product) พบว่า หมอประจำตัว 3 คน ควรได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากแม่ข่ายและจากเครือข่ายในพื้นที่เพิ่มเติมและเหมาะสมกับการดำเนินงานแต่ละพื้นที่และการใช้เทคโนโลยีช่วยในการปฏิบัติงาน เช่น การเก็บข้อมูลผ่าน smart phone การใช้ไลน์ Application การการดูแลกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและลดภาระงานของทีมหมอครอบครัว

3. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์

การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์ มีแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ของจังหวัดอุตรดิตถ์ ประกอบด้วย (1) การเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว เช่น การจัดสรรบุคลากรให้พอเพียง การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน การพัฒนาศักยภาพและทักษะการทำงานที่จำเป็นให้ทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง (2) การพัฒนาศักยภาพสถานบริการโดยการเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลแม่ข่ายในภาพรวมของจังหวัด เช่น การพัฒนาศักยภาพการจัดบริการที่สำคัญในโรงพยาบาลแม่ข่ายและการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยร่วมกัน (3) การพัฒนาระบบสนับสนุนการบริการและบริหารสุขภาพ เช่น การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบการส่งต่อให้เกิดประโยชน์มากกว่าเป็นภาระและควรพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้จริงในทุกพื้นที่ (4) การพัฒนาศักยภาพและทักษะการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น การเสริมสร้างสุขภาพและความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีในการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และ (5) การประชาสัมพันธ์และสื่อสารให้ประชาชนได้เข้าถึงทีมหมอครอบครัวของตนเองและสร้างการรับรู้แนวทางการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว 3 คนอย่างถูกต้องเหมาะสม

**อภิปรายผล**

การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้วิจัยประยุกต์ได้ใช้กรอบโมเดล CIPP[5] ผลการวิจัยนี้ พบว่า ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์ ประกอบด้วย ด้านบริบท ด้านกระบวนการและด้านผลผลิต อยู่ในระดับมาก แต่ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของสันติ ทวยมีฤทธิ์[11] ที่พบว่า การประเมินผลการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการอยู่ในระดับมาก แต่ด้านผลผลิตอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับความคาดหวังของทีมหมอครอบครัวที่อยากให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมให้บริการในพื้นที่ เนื่องจากการดูแลในคลินิกหมอครอบครัวที่รับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและหลากหลายขึ้นต้องการการดูแลที่มีคุณภาพตรงตามมาตรฐานความเชี่ยวชาญเฉพาะ และลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ส่วนการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงก็ต้องการการดูแลเฉพาะปัญหาตามความเชี่ยวชาญของวิชาชีพต่างๆ ซึ่งตรงกับแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ พ.ศ. 2559[1] ทั้งนี้ จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวมที่สำหรับกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม โดยแต่งตั้งทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบลและชุมชนให้ครอบคลุมประชากรในความรับผิดชอบ การให้บริการเชิงรุกดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวมโดยมุ่งเน้นประชาชนกลุ่มที่มีความเปราะบาง (Vulnerable group) ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว (Long term care) ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง (Palliative Care) สอดคล้องกับการประเมินสถานการณ์ของโดยนำการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกับทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ ระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับชุมชนมาเป็นแนวทางในดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ รวมทั้ง โดยพบว่าในระยะแรกของการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนหรือทีม 3 หมอ พบข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย จึงจำเป็นต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งในทุกด้านให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 กำหนดแนวทางการดำเนินงานขับเคลื่อนเศรษฐกิจ โดยการสร้างเสริมสุขภาพ ความแข็งแรง ให้ประชาชนมีพลังในการดำเนินชีวิตและใช้ความเข้มแข็งทางสาธารณสุข สร้างรายได้สร้างเศรษฐกิจของประเทศสู่เป้าหมาย “ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็ง ประเทศไทยแข็งแรง”ซึ่งจะเห็นได้ว่าจากการที่มีทีมหมอ ครอบครัวตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2559 กำหนดให้ระบบการแพทย์ปฐมภูมิมีแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว ดูแลประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะประชาชนกลุ่ม ผู้ด้อยโอกาสและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทีมหมอครอบครัวจึง สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน อาทิ การตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชนและดำเนินงานในพื้นที่มีความสอดคล้องโดยตรงกับนโยบายของรัฐบาล การปรับเปลี่ยนให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น การดูแลสุขภาพองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและส่งต่อรักษาในโรคซับซ้อนยุ่งยาก นอกจากนี้ การจัดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสม ครอบคลุมตามเกณฑ์เป้าหมายการดำเนินงานและการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่สอดคล้องนโยบายที่นำสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม การบันทึกข้อมูลการให้บริการกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นระบบและการดำเนินงานนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คน ภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่รับรู้แนวทางเป็นอย่างดี การเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นตามคำแนะนำของแพทย์ที่มอบหมายการรักษาดูแลให้

คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ รวมทั้งบุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ คัดกรองเพื่อระบุสาเหตุ ยืนยันความผิดปกติและส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการ ส่งผลให้การดูแลกลุ่มเป้าหมายในชุมชนครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ การให้คำปรึกษา การดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านและการส่งต่อที่ตอบสนองแนวทางนโยบายกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับการสื่อสารความรู้ทางวิชาการในการเฝ้าระวังควบคุมโรค ส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ[12] ที่กล่าวว่า นโยบายสามหมอไม่ได้เอาวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งมาเป็นตัวตั้งแต่กำหนดว่าทุกคนในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ว่าจะวิชาชีพอะไรทุกคนเป็นหมอคนที่ 2 เหมือนกันหมด เพื่อประโยชน์ของประชาชนและให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงการรับบริการสุขภาพจากหมอคนที่ 2 ได้โดยไร้รอยต่อของวิชาชีพ นอกจากนี้ผลการวิจัยพบพบข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ Telemedicine ในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย การสนับสนุนงบประมาณจากแม่ข่ายอย่างดี จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนไม่สอดคล้องกับประชากร ซึ่งการดำเนินงานนโยบาย 3 หมอให้บรรลุเป้าหมาย “รู้จัก รู้ใจ เข้าถึงและพึ่งได้” ควรดำเนินงานอย่างจริงจังไปพร้อมกับการพัฒนาในทุกด้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้นโยบาย 3 หมอให้บรรลุตามวัตถุประสงค์โดยการบูรณาการนโยบายระดับกระทรวง และการเพิ่มจำนวนแพทย์เวชศาสตรครอบครัว[13]

ความพึงพอใจผู้รับบริการในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คน จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยรวม ด้านคุณภาพการดูแลของทีมหมอครอบครัว ด้านความเป็นธรรมและการประหยัดค่าใช้จ่าย ด้านความสะดวกในการเข้ารับการบริการ ด้านความเป็นกันเอง เป็นมิตรและเต็มใจดูแลอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์ตามตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คน จังหวัดอุตรดิตถ์ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 64.6 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 35.4 สอดคล้องกับปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์ ที่พบว่า การจัดระบบการให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ป่วยและการจัดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสมและภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีส่วนร่วม ตลอดจนกำหนดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ขั้นตอนในการจัดระบบการให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับพื้นที่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานถือว่าเป็นจุดแข็งอย่างหนึ่งของจังหวัดอุตรดิตถ์ในการดำเนินงานร่วมกัน สำหรับข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีและการดำเนินการการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม เช่น การบริการรักษาพยาบาลและการให้คำปรึกษาการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยกำหนดเป้าหมายในการจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษาติดตามเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะ เทพปิยวงศ์[14] ที่พบว่าผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาวมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมหมอครอบครัวในระดับมาก

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรพัฒนาแนวทางการสื่อสารระหว่างทีม 3 หมอ พัฒนาการดำเนินงานทีม หมอครอบครัว เพื่อให้การปฏิบัติงานและแผนงานที่เกี่ยวข้อง กับทีมหมอครอบครัวในระดับกระทรวง ได้สื่อสารถึงพื้นที่และอำนวยความสะดวกให้กับพื้นที่ เพื่อความถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณและบุคลากรให้กับทีมหมอครอบครัวในระดับพื้นที่ รวมทั้งยานพาหนะที่ใช้ในการรับส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่ทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกลพื้นที่ทุรกันดาร

2. ควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับชุมชนอย่างต่อเนื่องและสร้างเครือข่ายใหม่ เพื่อร่วมดำเนินงานทีมหมอครอบครัว โดยการค้นหาต้นทุนทางสังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อ

นำมาช่วยในการขับเคลื่อน กิจกรรมการดูแลสุขภาพประชาชนและชุมชน

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณ นายแพทย์อิ๊ดยังวัน ยงย่วน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ที่ให้คำปรึกษา วิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นภดล เลือดนักรบ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ที่ให้คำแนะนำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และและทีมหมอครอบครัวจังหวัดอุตรดิตถ์ ตลอดจนทีมวิจัยที่มีส่วนร่วมทำให้การวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

**เอกสารอ้างอิง**

1. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2559.
2. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก กับการขับเคลื่อนนโยบายหมอ 3 คน. [อินเตอร์เน็ต]. 2563. [สืบค้นเมื่อ 10 มี.ค. 2565]. เข้าถึงจาก: https://hrdo.org
3. กองสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. [อินเตอร์เน็ต] 2564. [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2565] เข้าถึงจาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/node/63
4. กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster: แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. [อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป.. [สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย. 2566]. เข้าถึงจาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/node/86.
5. Stufflebeam, Daniel L. “Education Evaluation and Decision Making” in Education Evaluation : Theory and Practice. New York: Harcourt, Brace and World Nic. 1973.
6. Cronbach, L. J. Essentials of psychology and education. New York, NY: McGraw-Hill. 1984.
7. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. การสร้างมาตรวัดสำาหรับการวิจัยที่ถูกต้องและได้มาตรฐานสากล. กรุงเทพฯ: สามลดา. 2558.
8. สมยศ ศรีจารนัย, พิชญาภัสสร์ วรรณศิริกุล, ปารณัฐ สุขสุทธิ์ , อรณรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา และสมใจ นกดีวิจัย. การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ :ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2558.
9. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. รายงานการวิจัย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
10. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. การใช้สถิติในงานวิจัยอย่างถูกต้องและได้มาตรฐานสากล. กรุงเทพฯ: สามลดา. 2556.
11. สันติ ทวยมีฤทธิ์. การพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 2563; 14(1); 230-240.
12. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. Long Term Care การดูแลระยะยาว เพื่อพึ่งพิงอย่างมีคุณภาพในสังคมไทย. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ; 2563.
13. ฑิณกร โนรี. กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต: บทเรียนจากการระบาด COVID-19 การประชุม วิชาการ 30 ปี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข7กรกฎาคม 2565 [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก; https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5659
14.. ปิยะ เทพปิยวงศ์. แนวพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสุขศึกษา, 2558;. 38(130), 1-15.

# การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง : กรณีศึกษา

# Nursing care of diabetic patients with severe infection in the submandibular space: a case study.

(Received: February 22,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**ศศิพัชร บัวแย้ม**[1]
**Sasiphat Buayam**[1]

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง โดยศึกษาในผู้ป่วยชายไทยอายุ 42 ปี รับส่งตัวจากโรงพยาบาลโคกเจริญ วันที่ 20 มิถุนายน 2565ด้วยอาการปวดเหงือก อ้าปากได้น้อย แก้มขวาบวมมาก 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจพบฟันคุดซี่ที่ 48 เป็นฟันผุทะลุโพรงประสาท

ผลการศึกษา: การวินิจฉัย Rt submandibular space abscess ระยะก่อนตรวจ ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากปวดบริเวณแก้มขวา เสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดกั้น มีภาวะไข้ ระยะขณะตรวจ มีการติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล ภายหลังการตรวจ แพทย์มีแผนการรักษาให้รักษาในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก ระยะหลังตรวจ ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เรื่องโรค เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจระหว่างย้ายไปหอผู้ป่วย เสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหลังได้รับอินซูลิน ได้ให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้ ส่งผู้ป่วยรักษาต่อที่หอผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ได้รับการผ่าตัดระบายหนอง อาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายวันที่ 24 มิถุนายน 2565 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน

**คำสำคัญ:** การพยาบาล, โรคเบาหวาน, การติดเชื้อช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง

## Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for diabetic patients with severe infections of the deep cervical space in the submandibular cavity. By study Thai male patient, age 42 years old, was transferred from Khok Charoen Hospital on 20 June 2022 with gum pain, slightly open mouth and more swelling of right cheek before coming to the hospital for 2 days. The patient had a wisdom tooth number 48, which had a cavity that had penetrated the nerve cavity and

Results: diagnosed as Rt submandibular space abscess. Before the examination, the patient was uncomfortable due to pain in the right cheek area and had a risk of having an obstructed airway and a fever. During the examination, the patient had an infection in the deep cervical space in the submandibular cavity, high blood sugar levels. Patients and relatives are worried. After the examination, the doctor had a treatment plan for treatment of patient in the otolaryngology ward. Patients and relatives lacked knowledge about the disease, had a risk of airway obstruction during transfer to the ward and had a risk of low blood sugar levels after receiving insulin. The nurse provided nursing care and send the patient for treatment to the ward. The patient received a surgery to drain the pus and symptoms gradually improved. The patient was discharged on 24 June 2022, totaling for 4 days of hospital admission.

**Keywords:** nursing, diabetes, infections of deep cervical space in the submandibular cavity.

## บทนำ

การติดเชื้อรุนแรงบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง (Ludwig's angina or Submasseteric/Submandibular space abscess) เป็นการติดเชื้อของช่องว่างที่อยู่บริเวณคอตั้งแต่ใต้ฐานกะโหลกลงมา ช่องว่างเหล่านี้อยู่ระหว่างเยื่อหุ้มคอชั้น

[1] กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านหมี่

ลึกที่ห่อหุ้มอวัยวะบริเวณคอทั้งหมด เป็นภาวะฉุกเฉินคุกคามต่อชีวิตภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน การติดเชื้อลุกลามเข้าช่องอกและภาวะช็อกจากการติดเชื้อพบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่อาจพบการติดเชื้อที่รุนแรง ระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่ากลุ่มผู้ป่วยปกติอุบัติการณ์ในประเทศไทยพบร้อยละ 10-20 พบการติดเชื้อในช่องคอชั้นลึกสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาช่องปากและฟันอยู่เดิม พบในผู้ป่วยอายุ 4-92 ปี พบบ่อยที่สุด คือ 41-50 ปี พบผู้ป่วยอยู่ในวัยทำงานมากที่สุด ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานพบมากที่สุด คือ อายุ 51-60 ปี ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อมากที่สุด คือ Submandibular space (ร้อยละ 34.4) และ Parotid space (ร้อยละ 11.5)[4]

จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ.2564-2566 ของกลุ่มงาน โสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลบ้านหมี่ พบผู้ป่วยติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกเป็นชนิด Submandibular space abscess จำนวน 12, 9 และ 13 ราย ตามลำดับ ถึงแม้จะมีจำนวนผู้ป่วยน้อย แต่เป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากมีความรุนแรงของโรค (severity) และค่าใช้จ่ายสูง (high cost) บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีบทบาทตั้งแต่การประเมินแรกรับที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการติดเชื้อในช่องปาก ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการบาดเจ็บ (trauma) และการอักเสบ (inflammation) โดยอาจพบได้บริเวณฟัน รากฟัน เหงือก พยาบาลต้องซักประวัติถึงสาเหตุของโรคอย่างละเอียด รวมถึงการตรวจร่างกาย การประเมินสัญญาณชีพ ในกรณีที่มีการลุกลามของโรค พยาบาลต้องประเมินภาวะพร่องออกซิเจนจากทางเดินหายใจอุดกั้นและให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว

**กรณีศึกษา**

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 42 ปี รับส่งตัวจากโรงพยาบาลโคกเจริญ วันที่ 20 มิถุนายน 2565

**อาการสำคัญ**

ปวดเหงือก อ้าปากได้น้อย แก้มขวาบวมมาก 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน**

เข้ารับการตรวจที่คลินิกทันตกรรม จากการให้ประวัติของผู้ป่วย มีอาการบวมบริเวณใบหน้าข้างขวาตั้งแต่วันที่ 18 มิถุนายน 2565 ซื้อยามารับประทานเอง คือ ยา Ibuprofen 3 วัน Amoxycillin 1 สัปดาห์ จนมีอาการบวมมากขึ้น ปวด ซึ่งเป็นๆ หายๆ มาหลายปี ทันตแพทย์ตรวจพบฟันคุดซี่ที่ 48 เป็นฟันผุทะลุโพรงประสาทซี่ที่ 47 ซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุของอาการบวม จึงขอปรึกษาและส่งมาที่คลินิกโสต ศอ นาสิก

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต**

ผู้ป่วยตรวจพบเป็นโรคเบาหวานประมาณ 3 เดือน ยังไม่ได้รับการรักษา การเจ็บป่วยในอดีต เคยได้รับอุบัติเหตุ แขนขวาหักได้รับการผ่าตัดมาประมาณ 30 ปี

**การประเมินแบบแผนสุขภาพ**

ผู้ป่วยดื่มสุราเป็นประจำ 1 ขวด/วัน รับประทานอาหารตรงเวลา 3 มื้อ ส่วนใหญ่รสเผ็ดเติมหวาน การขับถ่ายปัสสาวะ อุจาระ ปกติ ไม่เคยออกกลังกาย การพักผ่อนนอนหลับปกติ มีความวิตกกังวล ไม่อยากนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล กลัวขาดงานและขาดรายได้ ผู้ที่คอยเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมารดา สุขภาพในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาสุขภาพแข็งแรงดี ยกเว้นอาการปวด บวมเหงือกข้างที่เป็น ๆ หาย ๆ

**การตรวจร่างกาย**

**ศีรษะ:** เส้นผมสีดำ หนังศีรษะไม่มีบาดแผล ศีรษะมีขนาดและรูปร่างปกติ

**ใบหน้า**: ใบหน้าบวมตั้งแต่บริเวณแก้มลงมา แก้มขวาบวมตึง กดเจ็บพอสมควร pain score 5 คะแนน

**ลำคอ:** คางบวมลงมาจนถึงลำคอ คอข้างขวาบวมมากกว่าข้างซ้าย สีผิวบริเวณคางแดง กดเจ็บ ไม่มีบาดแผลเปิด

**ช่องปาก:** อ้าปากได้น้อยมาก มี discharge สีเหลืองใสออกจากบริเวณฟันกรามล่างขวา

**ผิวหนัง:** ผิวสีคล้ำ ไม่มีบาดแผล

**ทรวงอกและการหายใจ:** รูปร่างทรวงอกปกติ การขยายตัวของทรวงอกขณะหายใจเท่ากัน หายใจเร็ว เสียงดัง อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ไม่พบ crepitation ไม่มี wheezing

**หัวใจและหลอดเลือด:** ชีพจร 100 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ ความดันโลหิต 105/79 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบ $S_1$, $S_2$ หรือ murmur เส้นเลือดที่คอไม่โป่งตึง

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

WBC 12,447 cell/cu.m.m, Neutrophil 76%, Lymphocyte 15%, Hct 37.9% Na 141 mmol/L, K 3.3 mmol/L, Cl 107 mmol/L, $CO_2$ 22 mmol/L, BS 296 mg/dl, BUN 19 mg/dl, Cr 1.13 mg/dl

แรกรับที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิก โสต ศอ นาสิก ผู้ป่วยมาโดยรถนั่ง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ใบหน้าด้านขวาบวม ปวดเหงือกและฟันข้างขวา ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 105/79 มิลลิเมตรปรอท พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังนี้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล**

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **การพยาบาลระยะก่อนตรวจ**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดกั้นเนื่องจากมีคางบวมลงมาจนถึงลำคอ<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ใบหน้าบวมตั้งแต่บริเวณแก้มลงมา แก้มขวาบวมตึง คางบวมลงมาจนถึงลำคอ คอข้างขวาบวมมากกว่าข้างซ้าย หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น เช่น หายใจมีเสียงดัง กระสับกระส่าย เหนื่อยขึ้น หายใจไม่เป็นจังหวะ รวมทั้งประเมินสัญญาณชีพเพื่อประเมินสภาวะของโรค จัดท่านอนศีรษะสูงเพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวและปอดขยายตัวได้มากขึ้น สอนการหายใจเข้า–ออกลึกๆ อย่างถูกวิธี ประสานศูนย์เปลด่านหน้านำถังออกซิเจน เพื่อเตรียมให้ O2 cannula 5 LPM จัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้บริเวณเคาน์เตอร์ พยาบาลขณะรอตรวจที่สามารถสังเกตอาการได้ชัดเจน และจัดลำดับคิวตรวจคนแรก ตรวจสอบความพร้อมของเวชระเบียนต่าง ๆ ให้ครบถ้วนก่อนเข้าตรวจ<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กระสับกระส่ายเล็กน้อย ไม่มีเสียงหายใจดัง $O_2$sat =96-97% ชีพจร 102-108 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแก้มและคอด้านขวา | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ดูแลให้นอนบนเปลนอน ท่าศีรษะสูง รองหมอนนุ่มบริเวณใต้คอ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของความปวด ว่าเกิดจากกระบวนการอักเสบ ประเมินลักษณะอาการปวด ระดับความรุนแรง อธิบายและแจ้งให้ทราบว่า หากมีอาการปวดมากขึ้น ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อมูลสนับสนุน**<br>ใบหน้าบวมตั้งแต่บริเวณแก้มลงมา แก้มขวาบวมตึง กดเจ็บพอสมควร pain score 5 คะแนน | เพื่อพิจารณาจัดลำดับคิวตรวจ และขอคำสั่งแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ในระหว่างรอตรวจ ให้นอนพักผ่อนบนเตียง<br>**การประเมินผล**<br>ยังมีอาการปวด หลับพักได้ pain score 3-4 คะแนน |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส อัตราการหัวใจเต้น 108 ครั้ง/นาที | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>สังเกตุอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนในเลือด ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol 500 mg 1 tab oral stat แนะนำเช็ดตัวลดไข้ และกระตุ้นดื่มน้ำมากๆ ย้ายขึ้นรถเข็นนอน ดูแลให้นอนพัก ลดการทำกิจกรรม เพื่อลดการเผาผลาญ จัดสิ่งแวดล้อม ดูแลความสุขสบายทั่วไป เฝ้าระวังการอาการเปลี่ยนแปลง หากมีไข้สูง หอบเหนื่อย มากขึ้น รายงานแพทย์<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที นอนพักได้ในท่าศีรษะสูง อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส |
| **การพยาบาลระยะขณะตรวจ**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** เสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือด จากการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ใบหน้าบวมตั้งแต่บริเวณแก้มลงมา แก้มขวาบวมตึง คางบวมลงมาจนถึงลำคอ คอข้างขวาบวมมากกว่าข้างซ้าย แก้มด้านขวาผิวหนังแดง (Submandibular space abscess) อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส อัตราการหัวใจเต้น 108 ครั้ง/นาที | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินระดับความรู้สึกตัว ได้แก่ กระสับกระส่าย สับสน ซึมลง ประเมินสัญญาณชีพ และ $O_2$ saturation SOS score สอบถามการปัสสาวะและจำนวนปัสสาวะล่าสุดเพื่อประเมินการทำงานของไต<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย $O_2$sat =96-97% ชีพจร 102-108 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 100 ml ใน 1 ชั่วโมง |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผลการตรวจเลือด BS 296 mg/dl | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประสานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อ ให้ RI 4 unit sc stat เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจากภาวะน้ำตาลสูง ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ RI 1 ชั่วโมง จากนั้นติดตามเจาะ DTX ทุก 6 ชั่วโมง โดยประสานการดูแลต่อเนื่องกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังได้รับ RI จากอาการผู้ป่วย ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ RI 1 ชั่วโมง 97 mg/dl |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 6** ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยกลัวขาดงาน และขาดรายได้ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ให้การต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตร พร้อมให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถาม แสดงความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย จัดให้ได้คุยกับแพทย์ผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการและแนวทางการรักษา ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย รวมถึงแผนการดูแลร่วมกันหาทางเลือกที่เหมาะสมในการดูแลต่อเนื่อง แจ้งอาการและผลการตรวจให้ผู้ป่วยและญาติ |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | ทราบ ให้คำแนะนำถึงแผนการรักษาจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อระบายหนอง ป้องกันการติดเชื้อลุกลาม<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยและญาติสีหน้าสดชื่นขึ้น ยินยอมเข้ารับการรักษา สนใจรับฟังคำแนะนำ ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาดี |
| **การพยาบาลระยะหลังตรวจ**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เรื่องโรค<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยไม่เข้าใจว่าทำไมต้องนอนโรงพยาบาล | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>อธิบายสาเหตุของโรค อาการแสดง แผนการผ่าตัด แผนการดูแลรักษาในทุกขั้นตอนตลอดระยะเวลาที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ให้ผู้ป่วยและญาติพบแพทย์ผู้รักษาเพื่อซักถามข้อสงสัยในทุกประเด็น<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยรับฟังและเข้าใจมากขึ้น เข้าใจว่ามีการติดเชื้อจากฟันผุลุกลามไปถึงลำคอต้องผ่าตัดระบายหนองออกเพื่อลดการติดเชื้อ |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8** ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับอาการป่วยและกลัวอาการทรุดหนัก<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยและมารดามีสีหน้าครุ่นคิด สอบถามว่าจะเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือเปล่า | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้ใจ โดยให้การพยาบาล ด้วยท่าทางอ่อนโยน พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยความสนใจ ให้คำแนะนำ พูดปลอบใจให้กำลังใจ รับฟังเปิดโอกาสให้ซักถามหรือระบายความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวลต่างๆ สร้างความมั่นใจเป็นกันเอง อธิบายแผนการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพการเจ็บป่วย เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรค กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจในการประคับประคองจิตใจ หมดความวิตกกังวลและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพเจ็บป่วย<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล ญาติสีหน้า สดชื่น เข้าใจอาการผู้ป่วยปัจจุบัน |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10** เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจระหว่างย้ายไปหอผู้ป่วย<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยคางและคอบวมมาก ให้ออกซิเจน บ่นหายใจไม่อิ่ม | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งไปหอผู้ป่วยพร้อมทั้งบันทึกอาการไว้เป็นหลักฐาน จัดท่านอนศีรษะสูง ตรวจดูให้ได้รับสารน้ำตามจำนวนหยดในแผนการรักษา ตรวจดูสายยาง ออกซิเจนไม่ให้หัก งอ หลุด หรืออุดตัน ผูกป้ายข้อมือผู้ป่วยให้เรียบร้อย เพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ตรวจสภาพรถเปลนอน ไม่ชำรุด มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง และมีถังออกซิเจนสภาพพร้อมใช้งาน ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โดยบอกประวัติอาการสำคัญ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย พยาบาลตามไปส่งผู้ป่วยโดยขณะเคลื่อนย้ายสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เมื่อถึงหอผู้ป่วยบอกอาการ การรักษาที่ให้กับผู้ป่วยขณะอยู่ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ |

**ติดตามเยี่ยม** วันที่ 21 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ มีแผลที่คอด้านขวาจากการทำผ่าตัด I and D Rt neck space abscess แผลมีเลือดซึมเล็กน้อย บ่นปวดแผลพอทนได้ pain score 5 คะแนน อุณหภูมิ 37.7-38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 98-102 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดัน

โลหิต 117/62-128/96 มิลลิเมตรปรอท $O_2$ saturation 96-99% ให้ยาปฏิชีวนะ Cef-3 2 gm iv OD Clindamycin 600 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง รับประทานอาหารอ่อนได้พอสมควร แนะนำการรักษาความสะอาดในช่องปาก สอนวิธีการแปรงฟันไม่ให้ถูกบาดแผล อธิบายการดูแลบาดแผล แนะนำการนอนศีรษะสูงเพื่อลดบวมของใบหน้า

**ติดตามเยี่ยม** วันที่ 23 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยสดชื่นขึ้นกว่าเดิม ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองตามปกติ คางยุบบวมลงมาก รับประทานอาหารอ่อนเบาหวานได้ อ้าปากได้กว้างขึ้น ส่งทันตกรรมเพื่อขูดหินปูนและอุดฟันจำนวน 1 ซี่ ผู้ป่วยดูแลสุขภาพในช่องปากได้ด้วยตัวเองถูกต้อง ไม่มีการติดเชื้อซ้ำซ้อนทางบาดแผลตื้นขึ้นและแผลแคบขึ้นมาก ไม่พบหนอง ให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน สัญญาณชีพปกติไม่มีไข้ ค่า DTX อยู่ในระดับปกติ 98-112 mg/dl ทบทวนการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่ายโดยเฉพาะในเรื่องการดูแลบาดแผลและการดูแลสุขภาพในช่องปากอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเข้าใจ มีความพร้อมในการกลับบ้าน

## อภิปรายผล

ระยะก่อนตรวจ ผู้ป่วยมีอาการบวมบริเวณใบหน้าไปถึงลำคอ บางครั้งบ่นหายใจไม่อิ่ม เป็นearly warning sign และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลสามารถประเมินอาการได้อย่างรวดเร็ว เตรียมการช่วยเหลือตั้งแต่การจัดท่านอนที่เหมาะสม ให้ออกซิเจน และสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด วัดสัญญาณชีพและออกซิเจนในร่างกายผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ[1,2]

ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ที่ยังไม่ได้รับการรักษา เมื่อมีการติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย จะทำให้การดำเนินของโรคแย่ลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยรายนี้มีการติดเชื้อในช่องปากและลุกลามไปบริเวณลำคอ การอักเสบลุกลามเร็วมาก จนบริเวณใบหน้า แก้ม คาง และลำคอบวม ซึ่งมีโอกาสติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน คือ พยาบาลผู้ป่วยนอกประเมินความรุนแรง SOS score ได้ถูกต้อง คัดกรองและจัดลำดับการตรวจได้เหมาะสม ผู้ป่วยได้เข้ารับผ่าตัดระบายหนองออกทันที ไม่พบความล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด[3,5,7]

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทบทวนภาวการณ์ติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกที่เกิดขึ้น และระบบการส่งต่อร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายให้มีการวางแนวทางการป้องกันในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านทันตกรรม

2. ควรมีกลยุทธ์ในการให้คำแนะนำแก่ประชาชนให้เห็นความสำคัญของการดูแลอนามัยในช่องปากอย่างถูกวิธี โดยใช้แกนนำของชุมชน เช่น อสม. เป็นผู้ให้ความรู้แก่ประชาชนในเขตพื้นที่ เพื่อเป็นการดูแลเชิงป้องกัน

3. พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลควรมีการศึกษาเพิ่มเติม และพัฒนาสมรรถนะทุกปี เพื่อสามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

## เอกสารอ้างอิง

1.กรภัทร์ เอกัคคตาจิต. (2562). ลักษณะการติดเชื้อลำคอส่วนลึกของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 34(3), 321-32.

2.นันทกร ดำรงรุ่งเรือง. (2564). การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร, 41(1), 13-23.

3.ธารกมล อนุสิทธิ์ศุภการ. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร, 29(1) (ฉบับเสริม 1), 47-64.

4.พิมวิชญา ซื่อทรงธรรม, สุพจน์ เจริญสมบัติอมร, จิระพงษ์ อังคะรา. (2561). การอักเสบติดชื้อของลำคอชั้นลึกในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 62(5), 364-373.
5.รำไพ เกตุจิระโชติ. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(2), 191-205.
6.วัฒนา สินกิจเจริญชัย. (2559). โรคติดเชื้อในช่องพังผืดบริเวณศีรษะและลำคอ.ตำรา หู คอ จมูก. สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
7.วิจิตรา กุสุมภ์ และ สุลี ทองวิเชียร. (2562). ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล : กรณีศึกษา. พี.เค.เค พริ้นท์ติ้ง จำกัด.
8.อัศวิน เรืองมงคลเลิศ. (2560). การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 4(3),5-15.
9.อนวัช วรรธนะมณีกุล. (2563). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์การรักษาการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 35(3), 665-78.
10.Lee YQ, Kanagalingam J. (2011). Bacteriology of deep neck abscesses: a retrospective review of 96 consecutive cases. Singapore Med J, 52(5), 351-5.

# การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว : กรณีศึกษา

# Nursing care of mothers with postpartum hemorrhage due to uterine contractions : a case study.

(Received: February 22,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**วงเดือน นิลสาคู**[1]
**Woungduan Ninsaku**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว : กรณีศึกษา เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี ( Case study) เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว : กรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูผาม่าน ในช่วงเดือน มิถุนายน 2565 ถึง กรกฎาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อประเมินปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า: การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว ของกรณีศึกษา 2 ราย ที่รับเข้ารักษา ผู้ป่วยทั้ง 2 รายรายแรกและรายที่2 เกิดจากมดลูกไม่หดรัดตัวเหมือนกัน จึงให้การพยาบาล และการแก้ไขปัญหา ทั้ง2 ราย จำหน่ายกลับบ้านไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากการมีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว การวางแผนการพยาบาลจึงไม่แตกต่างกัน

**คำสำคัญ** : การพยาบาลมารดา ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว

**Abstract**

This study was case study. The objective is to study and compare nursing care for mothers with postpartum hemorrhage caused by uterine contractions: a case study. This is a case study to compare nursing procedures for mothers with postpartum hemorrhage caused by uterine contractions. : Case study of 2 patients admitted to the inpatient ward. Phuphaman Hospital from June 2022 to July 2023. The tools used to collect data include: Data recording form Inpatient medical records Interviews with patients and relatives, observation using patient assessment concepts based on Gordon's 11 health models. To assess patient problems Define nursing diagnosis Plan nursing care nursing practice and evaluate nursing results

The results of the study were found: Nursing care of mothers with postpartum hemorrhage due to uterine contractions in 2 case studies admitted for treatment, the first and second 2 patients. It is caused by the uterus not contracting in the same way. therefore providing nursing care And solving the problem, both cases were sold home without complications. From having postpartum hemorrhage from the uterus not contracting. Nursing care planning is therefore no different.

**Keywords:** Pregnancy care , Postpartum hemorrhage , Uterine discontractions

[1] โรงพยาบาลภูผาม่าน

**บทนำ**

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุด และเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งพบอัตราตายของมารดาสูงถึง 230 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วพบ 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบอัตรา ตายของมารดา 140 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ประเทศไทยพบอัตราตาย ของมารดาทั่วประเทศ 23.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย จากการวิเคราะห์สาเหตุ การตายของมารดา พบว่า มารดาเสียชีวิตจากสาเหตุทางสูติกรรมโดยตรง และโดยอ้อม ได้แก่ ภาวะเลือดออก ความดันโลหิตสูง และการติดเชื้อในกระแสเลือด คิดเป็น ร้อยละ 27.1 14.0 และ 10.7 ตามลำดับ โดยมารดาทั่วโลกและใน ประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าเสียชีวิตจากภาวะตกเลือด หลังคลอด ร้อยละ 19.7 ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้วพบร้อยละ 8.0 ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบร้อยละ 23.1[3] จากผลการศึกษาสาเหตุการตาย ของมารดาและทารกปริกำเนิดของประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่มาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด และรองลงมา เกิดจากภาวะน้ำคร่ำอุดหลอดเลือด การตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดา หลังคลอดทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ แทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ภายหลังการตกเลือดในระยะ 3-6 เดือน ได้แก่ การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 1-3 เดือนหลังคลอด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และการเกิดไตวายเฉียบพลัน ด้านจิตใจพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และ ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นภายหลังประสบเหตุการณ์รุนแรง ในชีวิต (Post-traumatic stress disorder) ซึ่งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ของมารดาส่งผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารก แรกเกิด นอกจากนี้ยังพบว่าการตกเลือดหลังคลอด ส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาว และมีผลเสียต่อ การตั้งครรภ์และการคลอดในครั้งต่อไปคือ มีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้[5]

จากข้อมูลสถิติของการให้บริการคลอด โรงพยาบาลภูผาม่าน ตั้งแต่ปี 2564-2566 จำนวนมารดาคลอดเป็นดังนี้ ปี 2564 คลอด 39 ราย มีภาวะตกเลือด 3 ราย คิดเป็น 7.7 % ปี 2565 คลอด 65 ราย มีภาวะตกเลือด 3 ราย คิดเป็น 4.6 % และปี 2566 คลอด 61 ราย พบตกเลือดหลังคลอด 1 ราย คิดเป็น 1.63% ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดคือ มดลูกไม่หดรัดตัว รกหรือเยื่อหุ้มรกค้างในโพรงมดลูกช่องทางคลอดฉีกขาด จากสถิติพบอัตราการตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มลดลง และไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง แต่การให้การดูแล ที่เหมาะสมทันเวลาและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการให้การพยาบาลที่ได้มาตรฐานทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดโดยพยาบาลห้องคลอดที่มีความพร้อม จะสามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ ตามเป้าหมายของหน่วยงานคือ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว

**วิธีการศึกษา**

กรณีศึกษา เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี ( Case study) เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว : กรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูผาม่าน ในช่วงเดือน มิถุนายน 2565 ถึง กรกฎาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อประเมินปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล การให้การพยาบาล ในระยะรอคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอดและจำหน่ายกลับบ้าน

กรณีศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภูผาม่าน ปี 2565 จำนวน 2 ราย การศึกษาประกอบด้วย การสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน แบบบันทึกข้อมูล การสัมภาษณ์ เพื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยการนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมมาประยุกต์ใช้ในการดูแล

**ขั้นตอนการดำเนินการ**

1. ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. ศึกษาสถิติข้อมูลการตกเลือดหลังคลอดย้อนหลัง 3 ปี

2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจงมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว

3. ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย

4. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การใช้กระบวนการในการดูแลผู้ป่วย แบบแผนสุขภาพผู้ป่วยตาม 11 กอร์ดอน จากเอกสารวิชาการต่างๆ

5. ดำเนินการศึกษาตามกระบวนการพยาบาล

5.1 ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

5.2 วินิจฉัยทางการพยาบาล

5.3 วางแผนการพยาบาล

5.4 ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล

5.6 ประเมินผลการพยาบาลและแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

6. สรุปกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

7. จัดทำรูปเล่มเผยแพร่

**สรุปการศึกษา**

**ตารางที่ 1 ข้อมูลกรณีศึกษา**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| **กรณีศึกษา ที่ 1**<br>ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 28 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ขณะมาคลอด 40 สัปดาห์4 วัน เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลภูผาม่าน เมื่อวันที่วันที่ 19 กรกฎาคม 2566 เวลา 12.00 น. อาการสำคัญที่มาคือ เจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำใสๆ ออกมาทางช่องคลอด ก่อนมา 30 นาที ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 25 เปอร์เซ็นต์ มีส่วนนำเป็นศีรษะ ระดับของส่วนนำ -2 และ ถุงน้ำแตกแล้วMR แรกรับไว้รายงานแพทย์รับทราบอาการเรื่อง คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ 3,500 กรัม น้ำหนักมารดา 82 กิโลกรัม ส่วนสูงมารดา 150 เซนติเมตร แพทย์พิจารณาให้ LRS 1,000 ml. rate100ml./hr.เวลา 18.40 น.ปากมดลูกเปิดหมด ย้ายเข้าห้องคลอด คลอดปกติ วันที่ 19 กรกฎาคม 2566 เวลา 18.52 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,825 กรัม ลำตัวยาว 51 เซนติเมตร สภาพทั่วไปแข็งแรง APGAR SCORE ในนาทีที่ 1, 5 และ 10 เท่ากับ 8, 9 และ 10 ตามลำดับ รกคลอดครบเวลา 18.58 น. หลังคลอดมดลูกหดรัดตัวดี ได้ Oxytocin 10 mg IM ไม่มี Active bleed ดูแลเย็บแผลฝีเย็บ ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ทุก 15 นาที ในชั่วโมงที่ 1 หลังคลอด เวลา 21.00 น. ประเมินอาการมารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมง พบ bladder full ร่วมกับ | **กรณีศึกษา ที่ 2**<br>ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 37 ปี ตั้งครรภ์ที่ 5 อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ 6 วัน เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลภูผาม่าน เมื่อวันที่ วันที่ 14 ตุลาคม 2565 เวลา 14.40 น. อาการสำคัญที่มาคือ มีน้ำใสๆออกทางช่องคลอดก่อนมา 1 ชั่วโมง ตรวจภายในพบปากมดลูกยังไม่เปิด ปากมดลูกนุ่มแต่ยังไม่บาง มีส่วนนำเป็นศีรษะ ระดับของส่วนนำ -2 และ ถุงน้ำแตก รายงานแพทย์เวรรับทราบอาการ เวลา 15.10 น. แพทย์เยี่ยมอาการ ตรวจ Ultrasound เวลา 15.30 น. แพทย์เวรโทรประสานสูติแพทย์โรงพยาบาลชุมแพ สูติแพทย์โรงพยาบาลชุมแพ ให้การรักษา Dexamethasone 6 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 12 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง ให้ Ampicillin 2 gm. ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ และ Ampicillin 2 gms. ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง วันที่ 15 ตุลาคม เวลา 06.00 น. หลังตื่นนอนมารดาปวดหน่วงท้อง ร่วมกับมดลูกหดรัดตัวทุก 10 นาที รายงานแพทย์เวรรับทราบอาการ เวลา 08.00 น. ปากมดลูกเปิดหมดย้ายทำคลอด ทารกคลอดปกติทางช่องคลอด ทารกหญิง น้ำหนัก 2,535 กรัม ลำตัวยาว 49 เซนติเมตร สภาพทั่วไปแข็งแรง APGAR SCORE ในนาทีที่ 1, 5 และ 10 เท่ากับ 9, 9 และ 10 ตามลำดับ รกคลอดเวลา 08.36 น. หลังรกคลอดมดลูกหดรัดตัวไม่ดี มี Active bleed 700 |

| | |
|---|---|
| มี Uterine atony ( มดลูกไม่หดรัดตัว ) ประเมินปริมาณเลือด 500 ml. รายงานแพทย์เวรตรวจเยี่ยมอาการให้ Methylergometrine( Methergine) 0.2 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ,ให้ LRS 1,000 มิลลิลิตรผสม Oxytocin 20 ยูนิตหยดเข้าหลอดเลือดดำและให้ LRS 1,000 มิลลิลิตร load 500 ml./hr. then 40 ml./hr.ตรวจ Ultrasound ไม่พบเศษหรือเยื่อหุ้มรกค้างในโพรงมดลูก มดลูกหดรัดตัวดี มารดาไม่มีวิงเวียน แพทย์วินิจฉัยว่าผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage : PPH) รวมปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด 800 มิลลิลิตร ให้การดูแลผู้คลอดจนปลอดภัย สัญญาณชีพปกติ เวลา 21.00 น. วันที่ 24 มิถุนายน 2565ตรวจความเข้มข้นของเลือดซ้ำ พบฮีมาโตคริต 36 เปอร์เซ็นต์ จากเดิม 37 เปอร์เซ็นต์เมื่อแรกรับไว้ในโรงพยาบาล ผู้คลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เพิ่มเติม ทารกมีสุขภาพแข็งแรง มารดาต้องการทำหมันหลังคลอด แพทย์ส่งตัวผู้คลอดและบุตรไปโรงพยาบาลชุมแพเพื่อทำหมันวันที่ 20 กรกฎาคม 2566 เวลา 14.30 น.และนัดตรวจคลินิกนมแม่ 2 สัปดาห์และนัดตรวจหลังคลอด 4 สัปดาห์ | มิลลิลิตร แพทย์พิจารณาให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก Methylergometrine( Methergine) 0.2 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำให้ LRS 1,000 มิลลิลิตรผสม Oxytocin 10 ยูนิตหยดเข้าหลอดเลือดดำ 80 ml./hr.นวดคลึงมดลูกหลังจากนั้นมดลูกหดรัดตัวดี มารดาไม่มีวิงเวียน แพทย์วินิจฉัยว่าผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage : PPH) รวมปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด 1,000 มิลลิลิตร ให้การดูแลผู้คลอดจนปลอดภัย สัญญาณชีพปกติ เวลา 13.00 น. วันที่ 15 ตุลาคม 2564 ตรวจความเข้มข้นของเลือดซ้ำ พบฮีมาโตคริต 33 เปอร์เซ็นต์ จากเดิม 39 เปอร์เซ็นต์เมื่อแรกรับไว้ในโรงพยาบาล ผู้คลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เพิ่มเติม ทารกมีสุขภาพแข็งแรง มารดาต้องการทำหมันหลังคลอด แพทย์ส่งตัวผู้คลอดและบุตร ไปโรงพยาบาลชุมแพเพื่อทำหมันวันที่ 17 ตุลาคม 2564 เวลา 10.30 น.และนัดตรวจคลินิกนมแม่ 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์หลังคลอด |

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

**ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยที่ 1** ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและเป็นห่วงความปลอดภัยของทารกในครรภ์<br>**จุดประสงค์** 1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้คลอด<br>2. เพื่อให้ผู้คลอดเข้าใจและปรับตัวกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาล | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1 .สร้างสัมพันธภาพและความมั่นใจให้ผู้คลอดด้วยความนุ่มนวลและเป็นมิตร<br>2. ให้ข้อมูลผู้คลอดทราบเกี่ยวกับภาวะที่เป็นอยู่ แผนการดูแลรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง<br>3. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถาม ระบายความรู้สึกต่าง ๆ รับฟังด้วยความสนใจและตั้งใจตอบคำถามด้วยความนุ่มนวล พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้คลอดในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ<br>4. ให้การดูแลผู้คลอดแต่ละระยะของการคลอด ตามมาตรฐานที่กำหนด<br>5. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลกรณีไม่มีข้อห้ามในการดูแล<br>**ประเมินผล** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 2 |
| **ข้อวินิจฉัยที่ 2** ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี<br>จุดประสงค์ ไม่มีเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากภาวะตกเลือดหลังคลอด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. สวนปัสสาวะทิ้ง พร้อมทั้งคลึงขอดมดลูกเบา ๆ เพื่อให้มดลูกหดรัดตัวดี<br>2. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ออกซิเจนและยา ประสานห้องชันสูตรเพื่อจองเลือดตามแผนการรักษา<br>3. บันทึกสัญญาณชีพ สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 15 นาทีใน 1 ชั่วโมง<br>และทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 หลังการคลอด พร้อมสังเกตปริมาณเลือดที่ออก ระดับความรู้สึกตัว อาการผิดปกติและระดับความรู้สึกตัว ประเมินปริมาณออกซิเจนในเลือด<br>4. แนะนำมารดานวดคลึงมดลูกทุก 30 นาที เพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก<br>5. กระตุ้นมารดาให้ลูกดูดนมอย่างถูกวิธีโดยใช้หลัก 4 ด คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี และดูดเกลี้ยงเต้า<br>**ประเมินผล** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 2 |
| **ข้อวินิจฉัยที่ 3** ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดมดลูกและแผลฝีเย็บหลังคลอด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. จัดให้ผู้คลอดนอนพักในท่าศีรษะสูงเล็กน้อย หรือนอนคว่ำโดยใช้หมอนประกอง |

| | |
|---|---|
| จุดประสงค์ ผู้คลอดไม่ปวดมดลูกและแผลฝีเย็บหลังคลอด | กล้ามเนื้อที่ท้องน้อย หรือนอนตะแคงด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้กล้ามเนื้อท้องน้อยและเชิงกรานผ่อนคลาย<br>2. แนะนำวิธีการหายใจลึกๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกช้าๆ<br>3. ประคองท้องน้อยด้วยหมอน หรือมือ หรือผ้ารัดท้อง เพื่อลดความตึงตัวของเอ็นยึดมดลูก<br>4. อธิบายให้เข้าใจถึงการหดรัดตัวของมดลูกและแผลฝีเย็บหลังคลอดและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดระบายความรู้สึกปวดมดลูกและแผลฝีเย็บ เพื่อบรรเทาความตึงเครียดภายในลง ถ้าปวดมากให้แจ้งพยาบาลประจำตึก<br>5. คลึงมดลูกไล่ก้อนเลือดออกจากโพรงมดลูก และดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง<br>6. แนะนำ ขมิบก้นและแผลฝีเย็บ และทำความสะอาดทุกครั้งที่เปียกชื้น<br>7. ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาดเรียบร้อย และพักผ่อนได้เต็มที่<br>**ประเมินผล** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ |
| **ข้อวินิจฉัยที่ 4** ผู้คลอดมีโอกาสตกเลือดในระยะหลังคลอด<br>**จุดประสงค์** ไม่เกิดการตกเลือดซ้ำ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. แนะนำมารดาให้คลำและคลึงมดลูกด้วยตนเองและสังเกตน้ำคาวปลาที่ออกทางช่องคลอด<br>2. แนะนำไม่ให้กลั้นปัสสาวะ นอนคว่ำใช้หมอนหนุนท้องน้อยและสะโพกให้น้ำคาวปลาไหลได้ดี<br>3. แนะนำมารดาให้ทารกดูดนมตนเอง<br>**ประเมินผล** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 2 |
| **ข้อวินิจฉัยที่ 5** ผู้คลอดมีโอกาสติดเชื้อบริเวณฝีเย็บและช่องทางคลอด<br>**จุดประสงค์** แผลฝีเย็บไม่อักเสบ ไม่บวมแดงและแผลไม่แยก | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. แนะนำสุขลักษณะ เช่นการทำความสะอาดฝีเย็บ การเปลี่ยนผ้าอนามัย การทำกิจวัตรประจำวัน<br>2. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงและสังเกตลักษณะสี กลิ่น ปริมาณของน้ำคาวปลา<br>3. ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ<br>**การประเมินผล** ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 2 |
| **ข้อวินิจฉัยที่ 6** ผู้คลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้นมบุตรเนื่องจากน้ำนมมีน้อย<br>จุดประสงค์ ผู้คลอดมีน้ำนมเพียงพอสำหรับให้นมบุตรและ ไม่มีอาการคัดตึงเต้านม | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบว่าปกติและอาการจะหายไปภายใน 1-2 วัน พร้อมกระตุ้นให้บุตรดูดนมสม่ำเสมอ ดูด<br>ทั้ง 2 ข้างสลับกันโดยใช้หลัก 4 ด คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธีและดูดเกลี้ยงเต้า<br>2. อธิบายประโยชน์ของนมแม่ที่มีกับลูกโดยเฉพาะน้ำนมที่มีสีเหลืองขุ่นใน 2-3 วันแรก จะเพิ่มภูมิต้านทานให้ลูกแข็งแรง และช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็วมากขึ้น<br>3. แนะนำเรื่องการประคบน้ำเย็นสลับกับน้ำอุ่น การรับประทานอาหารกระตุ้นการสร้างน้ำนมการประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 2 |

**สรุปผลการศึกษา**

จากการศึกษา กรณีศึกษาผู้คลอดเฉพาะรายที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นเวลา 2 วัน พบปัญหาทางการพยาบาลจำนวน 5 ปัญหา เหมือนกัน ทั้ง 2 รายกรณี และสามารถแก้ไขได้ ผู้คลอดและทารกผ่านกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ผู้คลอดได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ให้การดูแลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล ประเมินสภาพ วางแผนการพยาบาล ลงสู่การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมาตรฐานวิชาชีพ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และ จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ตามทฤษฎีการพยาบาลและกระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับเกี่ยวกับเรื่องโรค การรักษาพยาบาล ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ในภาวะวิกฤติ และมีความพร้อมในการดูแลตนเอง สามารถปรับตัวไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้ ผู้ป่วยและญาติพึง

พอใจ ผู้ป่วยกรณีศึกษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการป่วย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองรายมีความแตกต่างกันที่อายุ รายที่ 2 เป็นการตั้งครรภ์ที่อายุมาก( Elderly Pregnancy) ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง มีประสบการณ์ในการคลอดบุตรแล้ว 4 ครั้ง ครั้งนี้จะเป็นการคลอดบุตรครั้งที่ 5 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่3 แต่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ มีอายุที่เหมาะสมอยู่ในช่วงการตั้งครรภ์ พบว่าเสี่ยงมากทั้ง2 ราย

2. วิเคราะห์และเปรียบกรณีศึกษา ไม่พบความแตกต่างของประวัติการฝากครรภ์ มารดารายที่ 2 มาฝากครรภ์เร็ว ฝากครรภ์ครบคุณภาพขณะฝากครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลตามแนวทางการฝากครรภ์ที่กำหนด ระยะการเจ็บครรภ์คลอดเป็นการคลอดเร็ว เมื่อมาถึงโรงพยาบาลปากมดลูกเปิดหมด หลังคลอด blood loss 500 ml.มดลูกหดรัดตัวไม่ดี มี full bladder ได้รับการสวนทิ้งได้ urine 500 mlภายหลังการดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างและคลึงมดลูก ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก มดลูกหดรัดตัวดี ไม่มีภาวะ hypo ขณะฝากครรภ์มีภาวะซีด ได้รับการรักษาด้วยการกินยาบำรุงเลือด วันที่คลอดยังมีภาวะซีด Hct = 33 vol.% ผู้ป่วยมีความเข้มข้นของเลือดลดลงมาก จึงส่งตัวเพื่อไปรับเลือดโรงพยาบาลแม่ข่าย

3. วิเคราะห์และเปรียบเทียบกรณีศึกษาแบบแผนสุขภาพกรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยมาฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ขณะตั้งครรภ์ชอบรับประทานน้ำหวานเป็นประจำทุกวันทำให้น้ำหนักเพิ่มขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ที่กำหนด ไม่ได้ออกกำลังกายก่อนระหว่างการตั้งครรภ์นอนหลับพักผ่อนได้ดีไม่มีภาวะเครียด ไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐฐานะ รายที่ 1 ผู้ป่วยมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ไม่ได้ออกกำลังกายก่อนระหว่างการตั้งครรภ์ นอนหลับพักผ่อนได้ดีมีภาวะเครียดเรื่องต้องแยกกันทำงานกับสามี ไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐฐานะ

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะตกเลือดหลังคลอดผู้ป่วยกรณีศึกษา จากกรณีศึกรายที่ 1 ประเมินสาเหตุ การตกเลือดเกิดมดลูกหดรัดตัวไม่ดีร่วมกับกระเพาะปัสสาวะเต็ม ดูแลคลึงมดลูก สวนทิ้งปัสสาวะ ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกสัญญาณชีพปกติ รายที่ 2 ประเมินสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดพบว่าตกเลือดเกิดมดลูกหดรัดตัวไม่ดีสัญญาณชีพชีพรเร็วหายใจช้ามากหน้าซีดดูแลให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกและเปิดหลอดเลือดเพิ่มให้ NSS loading หลังให้ vital signs stable.

**อภิปรายผล**

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการที่นำมาโรงพยาบาลที่เหมือนกัน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการเจ็บครรภ์คลอด คลอดปกติทางช่องคลอดและมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้รับการแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด ในการดูแลรักษาพยาบาลโดยยึดมาตรฐานกรณีศึกษารายที่ 1มีอาการดีขึ้นตามลำดับเนื่องจากไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับขณะตั้งครรภ์มีภาวะซีด หลังได้รับการดูแลรักษามีความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ทำให้ต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมโดยต้องส่งไปรับเลือดที่โรงพยาบาลแม่ข่าย จะเห็นว่าผู้ศึกษาและทีมพยาบาลตลอดจนทีมสหวิชาชีพ ได้ร่วมกันดูแลรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และวิญญาณ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง[2] จึงจำเป็นต้องมีการรวบรวมข้อมูลและประเมินอาการผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็วโดยเฉพาะมารดาที่มีความเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ วินิจฉัยการพยาบาลให้ครอบคลุมวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องตลอดจนปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเชี่ยวชาญ มีความรู้เรื่องโรคตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น[1,3,4] รวมถึงมีความสามารถในการแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างท่วงทีสามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับสาขาวิชาชีพในการควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงการ

ติดต่อประสานงานที่ดีในการดูแลผู้ป่วย เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้

**ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ**

1. ผู้คลอดที่ทารกในครรภ์โต ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดีทำให้มีโอกาสตกเลือดได้ เมื่อแรกรับจึงต้องประเมินสภาพให้ครบถ้วนเพื่อให้การพยาบาลอย่างรวดเร็วและเหมาะสม

2. การคลอดในครรภ์หลังมีโอกาสที่จะเกิดการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกมีความล้า การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อไม่ดี

3. ระยะหลังคลอด เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

4. บุคลากรต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถนะภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินได้ทันที

**ข้อเสนอแนะ**

1. บุคลากรต้องได้รับการประเมินสมรรถนะเฉพาะทางสูติกรรมเพื่อให้มีความพร้อมเสมอ

2. บุคลากรต้องได้รับการฟื้นฟูการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเพื่อให้มีความพร้อมในการดูแล

3. มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กโดยอ้างอิงจากแนวทางของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดขอนแก่น

4. ทบทวนการดูแลมารดาทุกครั้งเมื่อเกิดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด

5. บริหารอัตรากำลังให้เพียงพอ ตามกฎเกณฑ์ที่กำหนด

**เอกสารอ้างอิง**

1. นันทพร แสนศิริพันธ์และฉวี เบาทรวง. การพยาบาลและผดุงครรภ์สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน.
พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่:สมาร์ทโคดติ้งแอน เซอร์วิส:2561.
2 . ถินัน สาสนีย์.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565;7(2):45-56.
3. ปรีญา ศรีสุข ( 2566) .การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดปกติที่มีภาวะเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ :กรณีศึกษา 2 ราย . วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาปีที่ 8 ฉบับที่ 4ตุลาคม-ธันวาคม 2566 หน้าที่ 654-656
4. นิลวรรณ อุ่นคำ (2565). การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด และภาวะช็อคโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 7(2). 196-205
5. สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ และเบญญาภา ธิติมาพงษ์.การพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์. สงขลา:คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์:2562.
6. บุษยรัตน์ วงศ์วิริยะ.ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า .วารสารวิทยาลัยพระจอมเกล้า. 2561:1(1):39-46.
7. ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ.การตกเลือดหลังคลอด.วารสารวิชากรสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพราชสุดา สยามบรมราชกุมารี.2560;6(2):146-157.

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว: กรณีศึกษา

# Nursing care for patient with hypertension diabetes and congestive heart failure : a case study.

(Received: February 22,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**ศรันญา ไชยชาติ**[1]
**Saranya Chaiyachat**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 42 ปี มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกวันที่ 2 สิงหาคม 2566 ด้วยอาการหายใจเหนื่อย ขาบวม 2 ข้าง ปัสสาวะออกน้อย 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน 4 ปี เคยผ่าตัดเจาะคอจากการติดเชื้อที่ปอด 2 ปี

ผลการศึกษา พบว่า ผลเอกซเรย์ปอดพบภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างขวา (Pleural Effusion Rt) การวินิจฉัย ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ให้การพยาบาลระยะก่อนตรวจ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน มีระดับความดันโลหิตสูง วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ และโรคที่เป็นอยู่ ระยะขณะตรวจ ประสิทธิภาพการหายใจลดลง เสี่ยงอันตรายจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง ระยะหลังตรวจ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค มีความรู้ไม่เพียงพอการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ทุกระยะ ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง จำหน่ายวันที่ 5 สิงหาคม 2566 รวมรักษาตัวนาน 4 วัน จากการติดตามการรักษามาตรวจและรักยาตามนัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

**คำสำคัญ:** โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, ภาวะหัวใจล้มเหลว

**Abstract**

This study was case study aimed to study Nursing care for patient with hypertension and diabetes with heart failure. By study a 42-years-old Thai female patient came to the outpatient department on 2 August 2023 with symptoms of shortness of breath, swollen legs on both sides, and little urine output 1 day before coming to the hospital. The patient had a history of high blood pressure for 4 years and diabetes and had tracheostomy for a lung infection for 2 years.

Results: Chest x-ray results showed fluid in the right pleural space (Pleural Effusion Rt). The patient was diagnosed as congestive heart failure. The nurse provided nursing care before the examination. Patient had a risk of tissue oxygen depletion, high blood pressure and concerned about symptoms and existing diseases. During the examination, the patient's breathing efficiency decreased. The patient had a risk of danger from high blood sugar levels, abnormal mineral salts in the body and a decrease in kidney function. After the examination, the patient is worried about the disease, not enough knowledge, not behaving properly. Patients received nursing care as planned at every stage and was sent for treatment to the female medical ward. The patient was discharged on 5 August 2023, totaling 4 days of treatment. From following treatment, checking, and receiving medicine according to appointment, the patient had no complications.

**Keywords:** high blood pressure, diabetes, heart failure

[1] กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านหมี่

**บทนำ**

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก เนื่องจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs อีกมากมาย อาทิโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต ฯลฯ การมีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ขาดการควบคุมดูแลนั้น อาจส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) ในผู้ป่วยมากกว่าปกติประมาณ 3-4 เท่า สำหรับภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นกลุ่มอาการอาการแสดงออก รวมถึงกระบวนการทางสรีรวิทยาที่เกิดจากภาวะผิดปกติในการทำงานของหัวใจ ให้หัวใจไม่สามารถส่งเลือดออกไปเลี้ยงร่างกายในอัตราที่เพียงพอต่อความต้องการของอวัยวะต่างๆ หรืออาจส่งไปเลี้ยงได้โดยการเพิ่มปริมาตรและแรงดันในการบรรจุเลือดที่สูงกว่าปกติ เมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว อาการแสดงออกล้วนเป็นผลมาจากปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง ผู้ป่วยจะมีภาวะการคั่งของเลือดในระบบการหมุนเวียนโลหิต ( Pulmonary and Systemic Venous Congestion) จึงทำให้เรียกภาวะนี้ว่า “ภาวะหัวใจเลือดคั่ง” อัตราตายจากภาวะนี้โดยเฉลี่ย 20-50% ต่อปี จากสถิติของแผนกผู้ป่วยนอกมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน มารับบริการจำนวน 4,868 คน, 4790, 5150 คน ตามลำดับ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9456 คน, 9075, 10025 ตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 487 คน, 513 คน, 524 คน ตามลำดับ[4,5]

การพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วย ด้วยการคัดกรอง การปฐมพยาบาล การตรวจพิเศษ การให้คำปรึกษาและสุขภาพจิต งานตรวจสุขภาพ งานคลินิกพิเศษ งานโรคเรื้อรัง งานการส่งต่อและการบริการหน่วยปฐมพยาบาล เป็นบริการด่านแรกของโรงพยาบาล ต้องจัดบริการตลอด 24 ชั่วโมง[1] เป็นงานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยและประชาชนที่มารับบริการตรวจโรคทั่วไป การจัดระบบบริการต้องเป็นไปอย่างเหมาะสม โดยยึดหลักการให้บริการที่สะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการบริการ ณ จุดคัดกรอง การซักประวัติอาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วย การบันทึกสัญญาณชีพก่อนเข้าห้องตรวจ จัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพื่อรับบริการตรวจก่อน – หลัง ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งให้บริการพยาบาลที่มีภาวะฉุกเฉินก่อนการพบแพทย์ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญหนึ่งของพยาบาลผู้ป่วยนอก

**วิธีการศึกษา**

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 42 ปี สถานภาพคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกวันที่ 2 สิงหาคม 2566 ด้วยอาการหายใจเหนื่อย ขาบวม 2 ข้าง ปัสสาวะออกน้อย 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล จากการคัดกรองและซักประวัติ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการขาบวม 2 ข้าง ปัสสาวะเริ่มออกน้อย ไม่ได้มาตรวจ เริ่มมีอาการนอนราบไม่ได้ มีอาการเหนื่อยเป็นพักๆ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีประวัติโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน 4 ปี เคยผ่าตัดเจาะคอจากการติดเชื้อที่ปอด 2 ปี ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว ยายผู้ป่วยเป็นเบาหวาน ส่วนบุคลอื่นๆ ในครอบครัวร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยด้วยโรคร้ายแรง

**การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ (Function health pattern)**

**แบบแผนที่ 1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ** เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยามารับประทานเองเอง รับรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน รับประทานยาสม่ำเสมอ แต่ควบคุมอาหารไม่ได้ ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่

**แบบแผนที่ 2. โภชนากรและการเผาผลาญอาหาร** รับประทานอาหาร 3 มื้อต่อวัน ตรงเวลา

เบื่ออาหาร ในช่วง 1 สัปดาห์ รับประทานอาหารได้น้อย

**แบบแผนที่ 3. การขับถ่ายของเสีย** ปัสสาวะ 4-5 ครั้งต่อวัน ไม่แสบขัด ถ่ายอุจจาระ 1-2 วันต่อครั้ง ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ปัสสาวะออกน้อยวันละ 2-3 ครั้ง 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปัสสาวะวันละ 1 ครั้ง

**แบบแผนที่ 4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย** ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่เคยออกกำลังกาย

**แบบแผนที่ 5. การพักผ่อนและการนอนหลับ** นอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน

**แบบแผนที่ 6. สติปัญญาและการรับรู้** มีการรับรู้และตอบสนองได้ปกติ ตามองเห็นชัดเจนดี ยังไม่พบเบาหวานขึ้นจอตา

**แบบแผนที่ 7. การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์** เริ่มรู้สึกท้อแท้กับการป่วยเรื้อรัง และต้องเข้ารับการรักษาบ่อย

**แบบแผนที่ 8. บทบาทและสัมพันธภาพ** มีสัมพันธภาพที่ดีกับสามีและบุตร

**แบบแผนที่ 9. เพศและการเจริญพันธุ์** ไม่มีปัญหาระบบสืบพันธุ์

**แบบแผนที่ 10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด** ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดเหมาะสม เมื่อมีปัญหาตัดสินใจอะไรไม่ได้จะปรึกษาสามี

**แบบแผนที่ 11. ความเชื่อและค่านิยม** นับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบาป บุญ

**ผลการศึกษา**

**การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ**

**การตรวจร่างกาย (Physical Examination)** การตรวจดูสภาพทั่ว ๆ ไปของร่างกาย (Head-to-Toe assessment criteria)

**ศีรษะ ใบหน้า และ ลำคอ:** ศีรษะและใบหน้า มีความสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ลำคอ ต่อมไทรอยด์ไม่โต

**ตา:** เปลือกตาไม่ซีด การมองเห็นชัดเจน 2 ข้าง ปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน

**หู:** การได้ยินปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

**จมูก:** ภายในโพรงจมูกไม่อักเสบ เยื่อบุไม่บวม ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

**ช่องปากและลำคอ**: ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย ในปากไม่เป็นฝ้า ทอนซิลปกติ คอไม่แดง

**ผิวหนัง:** ผิวขาวเหลือง ผิวหนังแห้งไม่แตก ไม่มีจ้ำเลือด ไม่บวม

**ต่อมน้ำเหลือง:** ไม่มีก้อนที่หลังหู คอ รักแร้ และขาหนีบ

**การตรวจร่างกายตามระบบ (Body systems assessment criteria)** ได้แก่

ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี รับรู้ปกติ การเคลื่อนไหวปกติ

ระบบทางเดินหายใจ: ทรวงอกรูปร่างปกติ หายใจทางท่อหลอดลมคอ นอนราบแล้วหายใจไม่อิ่ม มีเสมหะสีขาว อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ฟังเสียงปอด มีเสียง Crepitation ที่ปอดด้านล่างข้างขวา

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 80 ครั้งต่อนาที

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: Motor power grade 5 all

ระบบทางเดินปัสสาวะ: ปัสสาวะออกน้อย ไม่แสบขัด

ระบบทางเดินอาหาร: ไม่มีท้องบวมโต ท้องไม่อืด การเคลื่อนไหวลำไส้ปกติ คลำตับและม้ามไม่โต

ระบบสืบพันธ์: ปฏิเสธความผิดปกติ

**ผลการตรวจพิเศษ**

ผลเอกซเรย์ปอดพบภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างขวา (Pleural Effusion Rt)

**ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

WBC 8,071 cell/cu.m.m, Neutrophil 70%, Lymphocyte 9%, Hct 30.1% Na 135 mmol/L, K 5.9 mmol/L, Cl 96 mmol/L, $CO_2$ 23 mmol/L, BS 320 mg/dl, BUN 40 mg/dl, Cr 1.98 mg/dl

**การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย**

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure)

แรกรับที่จุดคัดกรอง ผู้ป่วยมาโดยรถนอน พร้อมกับบุตรสาว รู้สึกตัวดี หายใจเร็ว ถ้านอนราบ

จะหายใจไม่อิ่ม ใส่ท่อหลอดลมคอ ไอแรงดี เสมหะสีขาวเหนียว ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที อัตราหัวใจเต้น 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 174/94 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในเลือด 96% น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 22.89 kg/$m^2$ ระหว่างดูแลผู้ป่วยพบข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **การพยาบาลระยะก่อนตรวจ**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนและภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ไอมีเสมหะ สีขาวเหนียว หายใจ 24 ครั้ง/นาที O2 sat 96% Room Air ถ้านอนราบจะหายใจไม่อิ่ม<br>**วัตถุประสงค์**<br>ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจปกติ $O_2$Sat มากกว่า 95% ทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>จัดให้นอนท่านอนศีรษะสูงเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงเพื่อช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม ช่วยลดอาการ เหนื่อยอ่อนเพลีย เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนโดยติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อัตราการ หายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการ ดูแลให้ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ เช่น ฮีโมโกลบิน ความเข้มข้น ของเลือดและการเอกซเรย์ปอดครบถ้วน ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อใช้เป็นข้อมูลวางแผนการรักษาพยาบาล<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยทุเลาเหนื่อย ไอเอาเสมหะออกได้ ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-22 ครั้ง/นาทีลักษณะ O2 sat 96-97% Room Air |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2** มีโอกาสเกิดอันตรายต่อหลอดเลือดสมองจากภาวะความดันโลหิตสูง<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>มีประวัติความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตแรกรับ 174/94 มิลลิเมตรปรอท<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ไม่มีอาการของหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปวดศีรษะ ปากเบี้ยว แขน ขา อ่อนแรง ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ให้ผู้ป่วยนอนพักบนเปลนอน วัดความดันโลหิตหลังพัก 15 นาที สังเกตและประเมินอาการแสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามือ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง จัดลำดับคิวตรวจเป็นอับดับแรก<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามือ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง ความดันโลหิต 154/80 มิลลิเมตรปรอท |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยมีโอกาสอาการทรุดลงขณะรอตรวจ<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเป็นพักๆ $O_2$ saturation 96-97% มีผู้ป่วยรอตรวจหลายคน<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอาการใกล้ชิด ไม่เกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจ<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยได้รับการเข้าตรวจภายใน 15 นาที ขณะรอตรวจไม่มีอาการทรุดลง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยน เหนื่อยหอบมากขึ้น สัญญาณชีพผิดปกติ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>จากการคัดกรองประเมินความรุนแรง อยู่ประเภท 2 ดูแลจัดให้ผู้ป่วยนอนบนเปลรอตรวจที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน และจัดเตรียมรถ Emergency ให้ใกล้และพร้อมใช้ คัดกรองและดูแลรักษาพยาบาลและได้รับการตรวจรักษาภายใน 15 นาที จัดพยาบาลและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเฝ้าระวังดูแล โดยประเมินด้วยสายตาบ่อยๆ ทุก 5-10 นาที ประเมินด้วยสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที อธิบายและแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยให้แจ้งอาการผิดปกติแก่เจ้าหน้าที่ทันที ได้แก่ เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม ติดตามส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามใบนัดที่จำเป็นและเร่งด่วน ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte ก่อนพบแพทย์<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาภายใน 15 นาที ไม่มีอาการทรุดลงขณะตรวจ |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **การพยาบาลระยะขณะตรวจ**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีอาการหายใจเหนื่อย จากภาวะน้ำคั่งในร่างกาย<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยบ่นหายใจ ไม่อิ่ม $O_2$saturation 97% ฟังเสียงปอดมีเสียง crepitation ที่ปอด ข้างขวา ผลตรวจทางรังสี Chest X-ray พบ Pleural Effusion Rt<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำคั่งในร่างกาย ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ปลายมือ ปลายเท้าเขียว $O_2$saturation > 95% | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ให้ออกซิเจน canular 5 LPM ดูแลสังเกตอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ เพราะอาการแสดงของอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ แสดงถึงภาวะน้ำเกินจากน้ำท่วมปอดและหัวใจวายได้ ตรวจวัดสัญญาณชีพ และ $O_2$saturation ที่ปลายนิ้ว ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง หนุนหมอนให้อีก เพื่อเพิ่มการขยายตัวของปอด ส่งตรวจ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN, Creatinine, Electrolyte เพื่อประเมินการทำงานของไตในการกรองของเสีย หลังตรวจแนะนำจำกัดอาหารเค็ม เช่น อาหารที่มีส่วนผสมของเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว อาหารหมักดอง และอาหารแปรรูป เป็นต้น เพราะถ้ารับประทานอาหารเค็มจะทำให้เกิดการคั่งของเกลือและน้ำอวัยวะต่างๆ ทำให้แขนขาบวมเหนื่อยง่ายและภาวะหัวใจวายตามมาได้<br>**การประเมินผล**<br>หลังตรวจผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบลดลง ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน $O_2$saturation 98-99% |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5** เสี่ยงอันตรายจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>BS 320 mg/dl<br>**วัตถุประสงค์**<br>ไม่เกิดอันตรายจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ภาวะ DKA<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย DTX 80-200 mg/dl | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประสานกับห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้ RI 8 unit sc stat เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจากภาวะน้ำตาลสูง ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ RI 1 ชั่วโมง จากนั้นติดตามเจาะ DTX ทุก 6 ชั่วโมง keep 80-200 mg/dl ดูแลให้ได้รับ RI ทาง subcutaneous ตามระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 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 ประเมินภาวะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากอาการผู้ป่วย ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ภายหลังได้รับ RI<br>**การประเมินผล**<br>หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ RI 1 ชั่วโมง 114 mg/dl |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโปแตสเซี่ยมสูง<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Na 135 mmol/L, K 5.9 mmol/L, Cl 96 mmol/L, $CO_2$ 23 mmol/L<br>**วัตถุประสงค์**<br>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโปแตสเซี่ยมสูง<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>K 3.5-5 mmol/L EKG ปกติ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินความรู้สึกตัว อาการสับสน ซึม ติดตามสัญญาณชีพในระยะที่สัญญาณชีพไม่คงที่ ทุก 10-15 นาที ในระยะที่สัญญาณชีพคงที่ตรวจวัดทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้รับประทานยา kalimate 30 กรัม + น้ำ 50 ซีซี เพื่อแก้ไขภาวะ Hyperkalemia ประเมินการเต้นของหัวใจ โดยทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และรายงานแพทย์ทราบ ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อสังเกตปริมาณปัสสาวะ<br>**การประเมินผล**<br>หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hyperkalemia ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจหยุดเต้น EKG ปกติ แพทย์ให้เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7** สามีและบุตรวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย<br>**ข้อมูลสนับสนุน** | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ให้การต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตร พร้อมให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถาม แสดงความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย จัดให้ได้คุยกับแพทย์ผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการและแนวทางการรักษา ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติด้วย |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| สามีกล่าวว่า กลัวภรรยาเป็นอันตราย สีหน้าเคร่งเครียด สอบถามอาการป่วยบ่อยๆ ขณะรอและหลังตรวจ **วัตถุประสงค์**<br>เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยและญาติสีหน้าสดชื่นขึ้น ยอมรับฟังคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล | ภาษาที่เข้าใจง่าย รวมถึงแผนการดูแลร่วมกันหาทางเลือกที่เหมาะสมในการดูแลต่อเนื่อง แจ้งอาการและผลการตรวจให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เหตุผลความจำเป็นที่ต้องนอนโรงพยาบาล<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยและญาติสีหน้าสดชื่นขึ้น สนใจรับฟังคำแนะนำ ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาล |
| **การพยาบาลระยะหลังตรวจ**<br>**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8** ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับอาการป่วยและกลัวอาการทรุดหนัก<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>สามีและบุตรมีสีหน้าครุ่นคิด สอบถามว่าจะเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือเปล่า<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยและญาติสีหน้าสดชื่น เข้าใจอาการผู้ป่วยปัจจุบัน | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้ใจ โดยให้การพยาบาล ด้วยท่าทางอ่อนโยน พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยความสนใจ ให้คำแนะนำ พูดปลอบใจให้กำลังใจ รับฟังเปิดโอกาสให้ซักถามหรือระบายความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวลต่างๆ สร้างความมั่นใจเป็นกันเอง อธิบายแผนการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพการเจ็บป่วย เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยคลาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรค กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจในการประคับประคองจิตใจ หมดความวิตกกังวลและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพเจ็บป่วย<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล ญาติสีหน้าสดชื่น เข้าใจอาการผู้ป่วยปัจจุบัน |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9** ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยรับประทานอาหารรสเค็ม หวาน มัน เป็นประจำ BUN 40 mg/dl, Cr 1.98 mg/dl<br>**วัตถุประสงค์**<br>ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ค้นหาปัจจัยเสี่ยงโดยการซักประวัติ ประเมินอาการ และวัดสัญญาณชีพ ตรวจร่างกายตามระบบ ประเมินอาการบวมน้ำ บริเวณหน้าแข้ง ข้อเท้า และหลังเท้าประเมินค่าอัตราการกรองของไต และแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ให้ความรู้ บอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคไต ปัจจัยเสี่ยงและการจัดการต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ส่งเสริมให้ผู้ป่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต โดย ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยการลดเค็มอาหารหวานจัด ไขมันสูง ลดการบริโภคเกลือ ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนทางไต<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ความดันโลหิต 130/78-140/95 มิลลิเมตรปรอท BUN 28 mg/dl, Cr 1.23 mg/dl หลังติดตาม 2 เดือนตามนัด |

**การติดตามเยี่ยม** วันที่ 3 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี บ่นหายใจไม่อิ่มเป็นบางครั้ง ให้ออกซิเจน canular 5 LPM support ไว้ $O_2$saturation 98-99% ได้รับยา Lasix 40 mg iv ทุก 12 ชั่วโมง ขา 2 ข้างยุบบวม สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อัตราหัวใจเต้น 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/84 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือด 118-132 mg/dl จำกัดน้ำ 1000 ml/day

เริ่มยาละลายลิ่มเลือด รับประทานอาหารอ่อนได้ ปัสสาวะออก 400-500 ml/hr

**การติดตามเยี่ยม** วันที่ 5 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจ room air $O_2$saturation 98-99% สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราหัวใจเต้น 80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/92 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือด 100-118 mg/dl ได้รับยา Lasix 40 mg iv ทุก 12 ชั่วโมง ขา 2 ข้างยุบบวม รับประทานอาหารอ่อนได้ ปัสสาวะออก 400-550 ml/hr วางแผนจำหน่ายอธิบาการปฏิบัติตัวต่อที่บ้าน

ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ทุกระยะ ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไขเป็นส่วนใหญ่ ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง จนอาการดีขึ้นตามลำดับจำหน่ายวันที่ 7 มกราคม 2566 รวมรักษาตัวนาน 4 วัน จากการติดตามการรักษามาตรวจและรักยาตามนัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

**อภิปรายผล**

ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเป็นโรคเบาหวานมาประมาณ 4 ปี รักษาที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ ไม่มีปัญหาเรื่องการขาดนัด แต่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับโรคทั้งเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และไม่ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมโรคไม่ได้ ส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด พยาบาลได้ส่งเสริมให้ความรู้และสุขศึกษาในการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การลดอาหารไขมัน เค็ม หวาน การนอนหลับพักผ่อน เป็นต้น ส่งเสริมให้ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและหัวใจอย่างต่อเนื่องภายหลังเกิดหัวใจวาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเอง และลดอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ด้วยระยะเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยนานส่งผลให้เกิดความท้อแท้ หมดกำลังใจ จึงควรมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการให้คำแนะนำเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งผู้ป่วยและญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ ได้รับข้อมูลครบถ้วนมากกว่าการให้คำแนะนำเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากเพื่อนที่เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูงด้วยกันทำให้เกิดประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น[3,5]

ด้านการให้บริการ ความล่าช้าของระบบบริการสุขภาพบ่อยครั้งพบว่าเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลแต่ยังไม่ได้รับการรักษาทันที เนื่องจากต้องผ่านขั้นตอนต่างๆ ทำให้มีผลต่อพยาธิสภาพของโรคมากขึ้น รวมทั้งอาจเกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจ พยาบาลจุดคัดกรองจึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง รวดเร็ว ทราบสัญญาณเตือนของอาการทรุดลงของผู้ป่วย รวมทั้งจำแนกประเภทผู้ป่วยและได้รับการตรวจที่ทันต่อสภาพผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

**ข้อเสนอแนะ**

1. การจัดสถานที่ ควรมีการขยายพื้นที่แบ่งโซนตามความเร่งด่วน เพื่อให้สามารถสังเกตเห็นผู้ป่วยได้ชัดเจน สอดคล้องกับอัตรากำลังที่มีอยู่ และติดป้ายระดับความรุนแรงให้กับผู้ป่วยเพื่อเป็นการสังเกต และแจ้งเตือนพยาบาล

2. การส่งเสริมพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยการสนับสนุนให้เข้ารับการประชุมอบรมระยะสั้น หรือ อบรมการพยาบาลเฉพาะทางเพื่อนำมาช่วยพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในหน่วยงานต่อเนื่อง

3. การจัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนโดยมีส่วนร่วมของชุมชน

## เอกสารอ้างอิง

1.เกรียงไกร เฮงรัศมี. (2560). มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว 2560. สุขุมวิทย์การพิมพ์.

2.ชาติ กลิ่นสาคร, และสุ่ยถิน แซ่ตัน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 2(2), 62- 77

3.เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2560). มาตรฐานการพยาบาล CVT : แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. สุขุมวิทการพิมพ์.

4.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. ทริคธิงค์.

5.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes. บริษัท ร่มเย็น มีเดีย.

6.สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวีย์ อภิจันทรเมธากุล, นิลุบล นันตา, จุฑามาศ สุขเกษม. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 28(2): 93-103.

7.Audi, G., Korologou, A., Koutelekos, I., Vasilopoulos,G., Karakostas, K., Makrygianaki, K., Polikandrioti, M. (2017). Factors affecting health related quality of life in hospitalized patients with heart failure. Cardiology research and practice. http://doi.org/10.1155/2017/4690458

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว: กรณีศึกษา

# Nursing care of schizophrenia patients with aggressive behavior: A case study.

(Received: February 22,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**นุชนาจ เนตรบุตร**[1]
**Nutchanat Natebute**

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยศึกษาในผู้ป่วยเพศชาย อายุ 37 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 23 ธันวาคม 2566 ด้วยอาการอาละวาด เอะอะโวยวาย ทำร้ายร่างกายแม่และยาย ทำลายข้าวของ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Methamphe tamine ผล Positive

ผลการศึกษา : ได้รับการวินิจฉัย Schizophrenia with aggressive ได้รับการรักษา ให้ยาฉีด Haloperidol 5mg IM, valium 10 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง ขณะดูแล เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำและก่อเหตุรุนแรง เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนร่วมกับกระบวนการพยาบาลนำมาวิเคราะห์กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลวางแผนให้การพยาบาลใช้ทฤษฎีการพยาบาลสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของเพบพลาว ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจนอาการสงบ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยอื่น ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 10 มกราคม 2567 รวมวันนอนโรงพยาบาล 19 วัน

**คำสำคัญ:** การพยาบาล, โรคจิตเภท, การติดสารเสพติด, พฤติกรรมก้าวร้าว

**Abstract**

This study was case study aimed to study nursing care of schizophrenia patients with substance addiction and aggressive behavior. By study male patient, age 37 years, was admitted to the hospital on December 23, 2023, with symptoms of being violent, noisy, physically attacking his mother and grandmother and destroying things. Methamphetamine test results from the laboratory showed positive results.

Results: The patient was diagnosed with Schizophrenia with aggressive and received treatment by injecting Haloperidol 5mg IM, and valium 10 mg IV every 8 hours. During care, patient has a risk for recurrent aggressive behavior and violent acts, complications from binding Interactions between individuals in the family inappropriate, and returning to drug use again. Nursing assesses health status according to Gordon's functional health patterns model with the nursing process to analyze and determine nursing diagnoses and plans for nursing care using Peplau's interpersonal theory for therapy. The patient received medical care until he was calm, interacted well with other patients and cooperated in nursing care. The patient was discharged from the hospital on January 10, 2024, totaling 19 days of hospital admission.

**Keyword:** Nursing care, schizophrenia, aggressive behavior

## บทนำ

เหตุการณ์สะเทือนขวัญต่างๆที่เกิดขึ้นในสังคมหรือเหตุรุนแรงในครอบครัว ส่วนหนึ่งพบในผู้ป่วยโรคจิตเภทและเสพสารเสพติดที่ความร่วมมือในการรักษาไม่ดี การรักษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลร่วมกับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน สามารถลดเหตุรุนแรง ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ชุมชนปลอดภัยได้ ผู้ป่วยก้าวร้าวพฤติกรรมรุนแรง เป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่พบได้บ่อย แสดงออกทางคำพูดหรือการกระทำ ที่เป็น

[1] โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

อันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น[2] พฤติกรรมรุนแรงเกิดได้จากหลายปัจจัยร่วมกัน ส่งผลให้ขาดความสามารถในการยับยั้งชั่งใจได้ สาเหตุที่พบบ่อย เช่น 1) โรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท (schizophrenia) กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar and related disorders) ภาวะบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา 2) โรคทางกาย ได้แก่ โรคทางสมองและระบบประสาท โรคทางเมทาบอลิก ผลของสารต่างๆ เช่น สุรา ยากล่อมประสาท สารเสพติดชนิดหลอนประสาท หรือกระตุ้นประสาทเป็นต้น[1]

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของทั่วโลก ผู้ป่วยมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ มักจะมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น มักเกิดจากการใช้กลไกป้องกันทางจิต เช่น การโทษว่าเป็นความผิดพลาดของตนเอง หรือมักอิงอยู่กับความพึงพอใจของคนอื่น พฤติกรรมก้าวร้าว การทำร้ายตนเองอาจเกิดจากอารมณ์ชั่ววูบ ฉุนเฉียว โมโห โกรธ เรียกร้องความสนใจ หรือเศร้าเสียใจกับเหตุการณ์ต่าง ๆ[4]

จากสถิติโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี 2564-2566 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเมตตาจิต จำนวน 48 , 60 และ 90 ราย เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดมีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 53, 59 และ 118 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ถ้าไม่ได้รับการเยียวยา ช่วยเหลืออย่างเหมาะสมอาจส่งผลกระทบหรืออันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งจากกรณีดังกล่าวข้างต้นนอกจากจะมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ทั้งด้านความปลอดภัยและความก้าวหน้าในการบำบัดรักษาตลอดจนการดูแล การให้การพยาบาลส่งผลกระทบให้เกิดปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการบำบัดรักษาและเพิ่มต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษากรณีผู้ป่วยที่ก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรงเนื่องด้วยโรคจิตเภทและสารเสพติด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการบริการ การบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ การแก้ไขปัญหา การให้การพยาบาลที่ตอบสนองผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้สารเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าวต่อไป

**กรณีศึกษา**

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 37 ปี รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยเมตตาจิตโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 23 ธันวาคม 2566 เวลา 14.05 น.

**อาการสำคัญ** อาละวาด เอะอะโวยวาย ทำร้ายร่างกายแม่และยาย ทำลายข้าวของ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** ปี 2561 ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน รักษาต่อเนื่อง ปัจจุบันยาที่รับประทาน คือ Amlodipine 1 tab oral OD เช้า MFM 1 tab oral OD เช้า อาการโรคสงบดี

**ประวัติส่วนตัวและลักษณะนิสัย** ผู้ป่วยเป็นคนชอบสนุกสนาน เมื่อมีงานสังคม เช่น งานแต่งงาน งานบวช งานวัด จะไปร่วมกิจกรรมกับเพื่อนๆ อยู่เสมอ เป็นคนอารมณ์หงุดหงิดง่าย ช่วงระยะ 2 ปี คบหากับผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในชุมชน

**ประวัติครอบครัว** ปัจจุบันอาศัยอยู่ด้วยกัน 3 คน คือ ผู้ป่วย มารดาและยาย ผู้ป่วยมีน้องสาว 1 คน ซึ่งป่วยโรคจิตเภทเหมือนกันแต่น้องสาวอาการโรคสงบดี มารดาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้เดือนละ 6,000-8,000 บาท ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ไม่ค่อยราบรื่น มักขัดแย้งทะเลาะกันบ่อย ผู้ป่วยมักหงุดหงิด ก้าวร้าว ทำลายของ หรือทำร้ายมารดาและยาย มีญาติ (น้องสาวพ่อ) เพื่อนบ้านคอยช่วยดูแลห้าม

**การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ**

**การตรวจร่างกาย**

ศีรษะและใบหน้า: ผมสีดำ ตัดสั้น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

ตา: ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรู ม่านตา 2 มิลลิเมตร การมองเห็นปกติ ตาขวาง สายตาหลุกหลิก กลอกตาไปมาบ่อยครั้ง

หู: ใบหูปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

จมูก: มีลักษณะภายนอกปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

ปาก: ริมฝีปากแห้ง แต่ไม่มีบาดแผล

หน้าอก: ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

แขน ขา: สมมาตรกันดี แรงดีทั้ง 2 ข้าง grad 5

**การตรวจร่างกายตามระบบ**

ระบบประสาท: GCS 14 คะแนน ผู้ป่วยรู้สึกตัว พูดคุยไม่รู้เรื่อง พูดคนเดียว

ระบบการหายใจ: อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียงผิดปกติในปอด $O_2$Saturation = 95%

ระบบหัวใจ: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 90-140 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเส้น เลือดขอดที่ขา

ระบบทางเดินอาหาร: หน้าท้องแบนราบ ไม่อืดตึง ไม่มีอาการกดเจ็บ ทวารหนักรูปร่างปกติ

ระบบผิวหนัง: ผิวสีดำแดง ผิวแห้ง เล็บมือสะอาดตัดสั้น ดูซีด

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์: ปกติ

**การประเมินสภาพจิต**

**อารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออก** สีหน้าท่าทางหงุดหงิด ท่าทางไม่สบอารมณ์ขณะพูดคุยกับเจ้าหน้าที่

**ลักษณะของคำพูด** พูดเร็ว น้ำเสียงห้วน ๆ พูดต่อเนื่องแต่ฟังไม่รู้เรื่อง

**การรับรู้และประสาทหลอน** พูดคนเดียว เมื่อถามผู้ป่วยบอกว่า “ได้ยินเสียงคนมาพูดคุยด้วยข้างๆ” “มีคนขู่ทำร้าย”

**ความคิดหลงผิด** พูดวกไปวนมา หวาดระแวง ไม่สบตา พูดจาไม่ต่อเนื่อง ชะงัก พูดซ้ำๆ บางครั้งฟังไม่รู้เรื่อง

**ความสามารถในการควบคุมตนเอง** มีอารมณ์หงุดหงิดไม่พอใจง่าย โกรธง่าย ควบคุมอารมณ์ได้

**ความสามารถในการรับรู้ กาลเวลา สถานที่ บุคคล** ตอบวันเวลา สถานที่อยู่ ณ ปัจจุบันได้ถูกต้อง

**การหยั่งรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง** (Insight) ผู้ป่วยพูดว่า “ยาที่ให้กิน เป็นยาอันตราย” “ตนเองปกติดี ไม่อยากกินยาจิตเวช กินแล้วแย่ ปวดหัว” ไม่ยอมรับว่าป่วยทางจิต อายเกรงคนอื่นได้ยิน ให้รู้เฉพาะในบ้าน พยาบาลแพทย์ที่รักษา

**การประเมินสภาพร่างกาย อารมณ์จิตใจผู้ป่วยเมื่อแรกพบ** รูปร่าง สมส่วน สูงใหญ่ปกติ ผิวดำแดง แรกรับ ใบหน้าเคร่งเครียด คิ้วขมวด ไม่ยอมเข้ามาในหอผู้ป่วย อยู่ไม่นิ่ง มีอาการหงุดหงิด มีอาการสับสน มีอาการหูแว่ว ปวดมึนศีรษะ นอนหลับได้บ้าง รู้สึกตัวดี เดินได้

**การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ**

**แบบแผนที่ 1 การรับรู้และดูแลสุขภาพ** เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ถ้าเล็กน้อยจะไปรับยาที่ รพสต. หากเจ็บป่วยรุนแรงจะไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลลพบุรี ผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าป่วยทางจิต อาย เกรงคนอื่นได้ยิน ให้รู้เฉพาะในบ้าน พยาบาลแพทย์ที่รักษา ปฏิเสธการแพ้ยา ดื่มสุรา บุหรี่ เป็นประจำ เกี่ยวข้องกับสารเสพติดบางครั้ง (ยาบ้า น้ำกระท่อม)

**แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญอาหาร** รับประทานอาหาร 3 มื้อ ไม่ตรงเวลาทุกวัน รับประทานอาหารได้ทุกประเภท ดื่มน้ำประปาที่บ้าน วันละ 6-7 แก้ว ไม่เคยมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว การกลืน และการย่อยที่ผิดปกติ น้ำหนัก 90

กิโลกรัม ส่วนสูง 180 เซนติเมตร อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-140 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/85 - 194/104 มิลลิเมตรปรอท

**แบบแผนที่ 3 การขับถ่ายของเสีย** ถ่ายอุจจาระทุกวันช่วงเช้าวันละ 1 ครั้ง ถ่ายปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด ลักษณะปัสสาวะ อุจจาระปกติ

**แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย** ปฏิบัติกิจกรรมเมื่ออยู่บ้านได้ตามปกติ ไม่เคยออกกำลังกาย

**แบบแผนที่ 5 การนอนหลับพักผ่อน** ปกตินอนวันละ 3-4 ชั่วโมง มีปัญหาการนอนไม่หลับ เคยใช้ยานอนหลับ

**แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้** มีความฉลาดจดจำดี การรับรู้ด้านการมองเห็น การได้ยิน การรับกลิ่น การรับรส การสัมผัส การรู้สึกร้อน-หนาว-เจ็บปวดได้ตามปกติ

**แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์** รู้สึกไม่มีค่า อยากให้มารดาสนใจ รับรู้ว่าถ้าทำงาน ไม่ทำความเดือดร้อน จะทำให้มารดาสนใจตัวเองมากขึ้น

**แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ** ในครอบครัวอยู่ด้วยกัน 3 คน อาศัยอยู่กับ มารดา ยาย สัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัวไม่ดี

**แบบแผนที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธ์** ไม่มีปัญหาทางเพศสัมพันธุ์ อวัยวะเพศปกติ

**แบบแผนที่ 10 dารเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด** ความสามารถเผชิญกับอาการเครียดได้ไม่เหมาะสม พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

**แบบแผนที่ 11 แบบแผนความเชื่อและค่านิยม** นับถือศาสนาพุทธ

**ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แรกรับ)**

WBC 6,400 cell/cu.m.m, platelet 230,000 cell/cu.m.m, Hb 11.2% Hct 34.7%

Na 138 mmol/L, K 3.7 mmol/L, Cl 104 mmol/L, $CO_2$ 25 mmol/L, BUN 9.2 mg/dl, Cr 0.7 cell/cu.m.m eGFR 126 Magnesium 1.70 mg/dl

Methamphetamine ผล positive. THC, กัญชา, Cannabinoid ผล Negative

**ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ** Sinus tachycardia rate 140/min

**การวินิจฉัยโรค**

schizophrenia with aggressive behavior

**สรุปอาการ**

แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว ตาขวาง เอะอะโวยวาย เป็นพักๆ สื่อสารไม่รับรู้ ได้รับยาฉีดที่ห้องฉุกเฉิน Haloperidol 5mg IM , Valium 10mg IV serial ตามแผนรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Methamphetamine ผล Positive ได้รับการวินิจฉัย Schizophrenia with aggressive ขณะนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีพฤติกรรมหงุดหงิดตาขวาง เอะอะโวยวาย เป็นพัก ๆ ต้องผูกมัดและให้ยาฉีดHaloperidol 5mg IM, valium 10mg IV ตามแผนการรักษาทุก 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยหลับได้เป็นพักๆ พร่องกิจวัตรประจำวัน on NG-tube และ condom ดูแลกิจวัตรประจำวันทดแทนทั้งหมด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น วันที่ 28 ธันวาคม 2566-วันที่ 7 มกราคม 2567 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยอาการสงบ สื่อสารรู้เรื่อง ทำกิจวัตรประจำวันได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอื่น ๆ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา สามารถส่งเข้ากลุ่มบำบัดสารเสพติดตามแผนการรักษาได้ ผู้ป่วยเล่าว่า ที่ผ่านมาไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องคิดว่าหายแล้ว ก่อนมามีอาการหูแว่ว ระแวงกลัวคนมาทำร้าย หงุดหงิดกับแม่และน้อง ขอเงินแล้วไม่ให้ ทะเลาะกันบ่อย เวลาเครียดจะออกไปนอกบ้าน ดื่มสุราและเสพยาบ้ามา 1 ปี พยาบาลได้ร่วมค้นหาปัญหาและประเมินศักยภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับผู้อื่น เสริมทักษะจัดการอารมณ์ไม่พึงประสงค์

ไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่ใช้สารเสพติด ผู้ป่วยปรับตัวและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมอารมณ์พฤติกรรมได้ พร้อมที่กลับไปอยู่กับครอบครัว ได้วางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาและเครือข่ายนอกโรงพยาบาล ทำ Family meeting แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ วันที่ 10 มกราคม 2567 ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 19 วัน ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์มารดาให้ข้อมูลผู้ป่วยอาการสงบดี มีหงุดหงิดบ้าง แต่ไม่ทำลายข้าวของหรือทำร้ายร่างกาย รับประทานยาถูกต้อง ครบถ้วน มีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เยี่ยมบ้านให้การช่วยเหลือแนะนำ วันมาตรวจตามนัด อาการทางจิตสงบดี ดูแจ่มใส ระหว่างรักษาตัวพบปัญหาการพยาบาล ดังนี้

## ปัญหาการพยาบาล

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **1. เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำและก่อเหตุรุนแรงได้เนื่องจากภาวะของโรคจิตเภท**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>หวาดระแวง หูแว่ว และมีประวัติใช้สารเสพติด การทำร้ายผู้อื่น | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ให้การพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ให้การพยาบาลโดยประเมิน OAS Score สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจและภาวะหวาดระแวงด้วยท่าทีแสดงความเข้าใจ ฟังอย่างตั้งใจ สะท้อนความรู้สึก จัดเตียงนอนใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา และตรวจสอบความปลอดภัยทุก 15-30 นาที ตามมาตรฐาน ก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้งต้องเรียกชื่อผู้ป่วย ให้ข้อมูลตามมาตรฐาน ก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้งต้องเรียกชื่อผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่และบุคคล ด้วยคำพูดช้า ๆ ขณะสนทนากับผู้ป่วย หลีกเลี่ยง การจ้องมอง การกระซิบ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยหวาดระแวง แสดงการยอมรับอาการหู แว่วของผู้ป่วย โดยไม่โต้แย้งหรือท้าทายว่าที่ผู้ป่วยเล่าไม่เป็นความจริง สามารถแสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งได้ โดยใช้เทคนิคการให้ความจริง (presenting reality) ในขณะการสนทนา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจว่าความคิดที่เกิดขึ้นนั้นมาจากความเจ็บป่วย จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ให้อากาศถ่ายเทสะดวก ลดสิ่งกระตุ้น เช่น แสงเสียง เพื่อให้ผู้ป่วย พักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย มีอุปกรณ์เครื่องใช้เท่าที่จำเป็น ไม่มีสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น อาวุธ ของแหลม ของมีคม เป็นต้น เฝ้าระวังความเสี่ยงจากการทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง ทรัพย์สิน จากภาวะหวาดระแวงและประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล หากพบความผิดปกติผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ และมีพฤติกรรมก้าวร้าว ต้องจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยการผูกมัด และรายงานแพทย์ ให้ยา Haldol 5 mg IM prn for agitation ทุก 6 ชั่วโมง Valium 10 mg IV prn for severe agitation ทุก 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ผู้อื่น ทรัพย์สิน<br>**การประเมินผล**<br>หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรม ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ร่วมมือในการรักษา |
| **2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยเอะอะโวยวาย อาละวาด จำเป็นต้องผูกมัด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>แจ้งผู้ป่วยและญาติเพื่อขอผูกมัดผู้ป่วยและเซ็นใบยินยอม ด้วยเหตุผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ โดยใช้ผ้าผูกยึดที่บุฟองน้ำป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหว ขณะให้การผูกยึดได้คำนึงถึงความปลอดภัยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกยึดและการดำเนินของโรค จุดที่ผูกยึดให้ใช้มือสองนิ้วสอดเข้าได้ เปลี่ยนท่าทุก 2 ชม. คลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง สังเกตสีผิวหนัง เพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือบาดแผล ให้ยาตามแผนการรักษา Haldol 5 mg IM prn for agitation ทุก 6 ชั่วโมง Valium 10 mg IV prn for severe agitation ทุก 6 ชั่วโมง ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา<br>**การประเมินผล** |

| | |
|---|---|
| | หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ไม่พบแผลถลอก |
| **3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวไม่เหมาะสม**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>มีแบบแผนการเผชิญปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสมร่วมกับขาดทักษะการควบคุมอารมณ์ ผู้ป่วยบอกว่า เสพยาบ้า 3-4 เม็ด/วัน มากกว่า 1 ปี ไม่ได้ทำงาน เป็นภาระครอบครัว หงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางจัดการแก้ไขปัญหา เผชิญปัญหาและความเครียดได้อย่างเหมาะสม เลิกใช้สารเสพติด ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาได้ถูกต้อง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความคิดอารมณ์ พฤติกรรมและความรู้สึก กลไกทางจิตและความต้องการต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ร่วมพูดคุยถึงสาเหตุ ตัวกระตุ้น วิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหาแบบเดิม ๆ ผลกระทบที่เกิดขึ้นในอดีตและส่งเสริมให้คิดหาแนวทางในการเผชิญปัญหาได้เหมาะสมมากขึ้น แนะนำวิธีการเผชิญปัญหา การแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกและเปิดโอกาสให้ทดลองใช้วิธีตามทางที่เลือก แก้ไขข้อเสียของทางเลือก จะส่งเสริมให้การแก้ปัญหาง่ายขึ้น แนะนำทักษะวิธีการคลายเครียด เช่น การหาที่ปรึกษา การฝึกสมาธิ การผ่อนคลายโดยใช้กิจกรรม ชมเชย ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้เหมาะสม ส่งเข้ากลุ่มบำบัดสารเสพติด ทำ Farmery meeting และการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขารวมถึงชุมชน<br>**การประเมินผล**<br>หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาได้ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว สีหน้าผ่อนคลาย ร่วมมือในการรักษาพยาบาล |
| **4. เศรษฐานะเนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ ครอบครัวขาดผู้นำ**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>มารดาผู้ป่วยแจ้งว่าเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว ต้องหาเลี้ยงครอบครัว ไม่มีเวลาดูแลลูก ผู้ป่วยสร้างปัญหาบ่อยๆ ไม่เชื่อฟัง ทะเลาะกันบ่อย | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>สร้างสัมพันธภาพในครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติด ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการก้าวร้าว หวาดระแวงและวิธีจัดการกับอาการดังกล่าว รวมถึงการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยระบายความรู้สึก และแสดงความเข้าใจกันและกระตุ้นการมีส่วนร่วมในครอบครัว สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานภาพทางครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะ ในการทำความเข้าใจกับปัญหาส่งเข้ากลุ่มบำบัดและประสานทีมสหสาขาและเครือข่ายชุมชน ร่วมวางแผนจำหน่าย<br>**การประเมินผล**<br>หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวมีสีหน้าผ่อนคลาย ร่วมมือในการทำกิจกรรมการรักษาพยาบาล มารดาและน้องสาว มาเยี่ยม / โทรเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ และร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วย มีความตั้งใจจะช่วยมารดาทำงาน อยากเลี้ยงไก่และปลูกผักสวนครัว |
| **5. มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำเนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยบอกว่า ครอบครัวมองว่าเป็นตัวปัญหา ไม่ทำงานและสร้างปัญหา รู้สึกน้อยใจ เสียใจ คิดว่าตนเองไม่ดี | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง และมีความภาคภูมิใจในตนเอง โดยสร้างสัมพันธภาพ ประเมินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตัวเอง ค้นหาสาเหตุความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม ให้ผู้ป่วยบอกคุณค่าในตัวเอง และ เสริมพลัง (Empowerment) และแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในจิตใจ เพิ่มทักษะการเห็นคุณค่าในตัวเองในด้านต่างๆ สะท้อนคุณค่าในตัวเองหลังจากการพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปใช้ และเพิ่มแรงจูงใจในครอบครัว ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำงาน กระตุ้นให้ผู้ป่วยหาแนวทางแก้ไขลักษณะที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง อันจะเป็นแนวทางให้เกิดความภาคภูมิใจว่าผู้ป่วยมีความสามารถที่จะพัฒนาตนเองได้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาความสามารถหรือลักษณะเด่นที่ทำให้ภาคภูมิใจทั้งในอดีตและปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนลักษณะทางบวก เพื่อให้เกิดกำลังใจที่จะพัฒนาตัวเองต่อไป กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม กระตุ้นและให้กำลังใจครอบครัววางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยจัดกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหรือรับผิดชอบให้เกิดความสำเร็จได้ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมายร่วมกับครอบครัว<br>**การประเมินผล** |

| | |
|---|---|
| | หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยมีการรับรู้คุณค่าในตนเองและมีทัศนคติต่อตนเองที่ดีขึ้น สีหน้าสดชื่นขึ้น คลายกังวล มีความภาคภูมิใจและมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น รู้สึกว่าตนเองสำคัญต่อครอบครัว ครอบครัวให้กำลังใจโดยมาเยี่ยม และโทรเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ |
| **6. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดแรงจูงใจและสภาพแวดล้อม**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผู้ป่วยบอกว่า โสด ไม่มีอาชีพ และการเข้าถึงยาเสพติดง่าย เมื่อมีปัญหาไม่มีที่พึ่ง จากการประเมินผู้ป่วยพบว่าอยู่ในขั้นลังเลใจ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ถึงโทษของยาเสพติดทักษะ การป้องกัน การเผชิญปัญหา การจัดการอารมณ์ ความเครียด และการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถบอกผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด และวิธีการดูแลตนเองไม่ให้กลับไปเสพซ้ำได้ถูกต้อง ให้การพยาบาลโดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินอาการถอนพิษยา ภาวะแทรกซ้อนการให้ยาตามแผนการรักษา ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด น้ำกระท่อม โรคสมองติดยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เป็นรูปธรรม ให้ผู้ป่วยค้นหาข้อดีและข้อเสียของการใช้ยาเสพติดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระตุ้นให้พูดถึงการเปลี่ยนแปลงจากตัวผู้ป่วยเอง สอนและฝึกหรือให้แสดงบทบาทสมมุติ ที่เกี่ยวกับทักษะที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต เช่นทักษะปฏิเสธ การจัดการกับอารมณ์ และเทคนิคการคลายเคลียดต่างๆแล้วให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่เหมาะสมสำหรับตัวเอง สอนวิธีการป้องกันการกลับเสพยาซ้ำ เช่น แนะนำผู้ป่วยทำงานอดิเรกที่ตนเองสนใจ การช่วยมารดาทำงาน หลีกเลี่ยงการพบเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดเพราะจะชักชวนให้ใช้ยาเสพติดซ้ำ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่นการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อมีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แนวทางการเลิกยาเสพติด ให้กำลังใจและชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม หรือตอบคำถามได้ถูกต้อง<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยบอกผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดได้ ทำให้ร่างกายทรุดโทรม และอาจเป็นโรคจิตเวชได้ ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลตนเองไม่ให้กลับเป็นซ้ำได้ถูกต้อง หาที่ปรึกษา และหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น |

หลังให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยอื่น ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 10 มกราคม 2567 รวมวันนอนโรงพยาบาล 19 วัน นัดติดตามผลวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผลตรวจเลือดไม่พบสารเสพติด

## อภิปรายผล

ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทเดิม รับการรักษาไม่ต่อเนื่องและใช้สารเสพติด จากการศึกษานี้พบว่าในช่วงแรกมารดาและยายผู้ป่วย มีความเครียด มารดารู้สึกว่าลูกชายเป็นภาระมาก หวาดระแวงว่าผู้ป่วยจะทำเรื่องอะไรให้เดือดร้อนอีกในแต่ละวัน ซึ่งเป็นความรู้สึกด้านลบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออก กระตุ้นการกำเริบความรุนแรงซ้ำของผู้ป่วยได้ จึงจัดกิจกรรมเพื่อลดอารมณ์ด้านลบให้กับครอบครัวผู้ดูแล กิจกรรมเพื่อปรับลดภาระการดูแลและการเผชิญความเครียดมุ่งปรับอารมณ์และเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวสนับสนุนการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับญาติ ผู้ดูแลทำให้เกิดความร่วมมือมากขึ้น[7]

ผู้ป่วยขาดผู้ดูแลหลัก สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ผู้ป่วยไม่มีอาชีพ มารดาเป็นเสาหลักของครอบครัว ผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังและใช้สารเสพติด รักษาไม่ต่อเนื่อง มีพฤติกรรมรุนแรงและทำร้ายคนในครอบครัว พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษา การสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจ ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับผู้อื่น เพื่อผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างเหมาะสม จัดการกับปัญหาและอารมณ์ไม่พึงประสงค์ของตนเอง ไม่ให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่ใช้สารเสพติด รวมทั้งวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก METHOD - P วางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้

ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัว และชุมชนได้อย่างปกติสุข[1,2,3]

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่พฤติกรรมก้าวร้าวตามมาตรฐานการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน

2. ส่งเสริมให้พยาบาลนำ evidence base practice มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลมากขึ้น

3. ควรจัดสื่อความรู้ รวมถึงสนับสนุนเครือข่าย ประชาสัมพันธ์สัญญาณเตือนที่ต้องสังเกต เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ชุมชนปลอดภัย

4. ควรมีการจัดตั้งหอผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม และอัตรากำลังตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

## เอกสารอ้างอิง

1.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด.

2.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2560). คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง.บริษัทดีน่าดูมีเดียพลัส จำกัด.

3.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. พรอสเพอรัสพลัส.

4.กองบริหารสาธารณสุข. (2563). คู่มือการปฏิบัติงาน Standard Operation Procedures (SOPs) ยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563. บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง.

5.เครือวัลย์ ศรียารัตน์. (2558). บทบาทพยาบาลในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช.วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย, 8(1), 43-51

6.ญาธิดา วุฒิศาสตร์กุล, วิยะดา ทิพม่อม, และธัญญาสิริ ธันยสวัสดิ์. (2565). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลของเพพพลาวในกระบวนการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49(2), 365 – 375.

7.โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. (2564). คู่มือการเรียนการสอน หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล ผู้ใช้ยาและสารเสพติด. ขอนแก่นพิมพ์พัฒนา

8.รุ่งทิวา พลอยสุวรรณ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา : กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 7(4), 176-188

# อัตราการผ่าตัดคลอดของหญิงตั้งครรภ์ครบกำหนด จำแนกตาม The Robson 10 group classification โรงพยาบาลลำพูน ระหว่างปี 2563-2565.

# Cesarean Section in Term pregnancy Rate based on The Robson 10 – group Classification at Lamphun Hospital from 2020-2022.

(Received: February 25,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**สาธินี ชัยทนุวงศ์**[1]
**Sathinee Chaitanuwong**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาอัตราการผ่าตัดคลอดตามระบบ The Robson 10 – group Classification ของโรงพยาบาลลำพูน โดยศึกษาแบบภาคตัดขวางของหญิงตั้งครรภ์ครบกำหนดที่มารับบริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลลำพูน ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 และหาอัตราการผ่าตัดคลอดในแต่ละกลุ่มตามระบบ Robson Classification

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดจำนวนทั้งสิ้น 3,182 ราย พบว่า กลุ่ม 3 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดร้อยละ 40.1 รองลงมาเป็นกลุ่ม 1 และ กลุ่ม 5.1 คิดเป็นร้อยละ 29.5 และ 12.2 ตามลำดับ อัตราผ่าตัดคลอดรวมเท่ากับร้อยละ 57.3 ซึ่ง กลุ่ม 1 กลุ่ม 3 และกลุ่ม 5.1 เป็น 3 อันดับแรกของอัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุด ร้อยละ 15.4 13.3 และ 12.2 ตามลำดับ ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดมากที่สุด คือ ภาวะความแตกต่างของศีรษะทารก และอุ้งเชิงกราน (cephalopelvic disproportion ; CPD) ร้อยละ 33.1 รองลงมา คือ เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน (previous cesarean section ; P/S )และ ภาวะที่บ่งชี้ว่าทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต(fetal distress syndrome)คิดเป็น ร้อยละ 26 และ 11.6 ตามลำดับ

**คำสำคัญ :** อัตราการผ่าตัดคลอด, ระบบ Robson classification, โรงพยาบาลลำพูน

**Abstract**

This study aimed to analyze cesarean section rates based on the Robson 10-group classification system in Lamphun Hospital between 2020 and 2022. This cross-sectional study included term pregnancy all deliveries in Lamphun Hospital between 1st January, 2020 and 31st December, 2022. The Robson 10-group classification system was used to categories' cesarean deliveries and all data collected.

Results: A total of 3,182 deliveries were analyzed. The cesarean section rates were 57.3 % (1,823/3,182). Group 1, 3 have cesarean section rate 15.4% and 13.3% of the study population and nulliparity women in group 1 formed the highest relative contribution of the overall cesarean. The most cause cesarean section is Cephalopelvic disproportion.

**Keywords**: Cesarean section rate, The Robson 10-group classification, Lamphun Hospital

## บทนำ

การคลอดบุตรทางช่องคลอดเป็นการคลอดที่เหมาะสมสำหรับทารกส่วนใหญ่ที่ไม่มีข้อห้าม ส่งผลดีทั้งด้านมารดาและทารก ผลดีด้านมารดา คือ การบาดเจ็บจากการคลอดน้อยกว่า และมีการฟื้นตัวที่เร็วกว่า ส่วนผลดีทางด้านทารก คือ ลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาการหายใจเมื่อแรกคลอด อีกทั้งทารกที่ได้รับเชื้อแบคทีเรียที่ดีที่มีอยู่ในช่องคลอดของมารดาจะมีภูมิคุ้มกันต่อโรคในอนาคตได้

การผ่าตัดคลอด มีผลเสียมากมาย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับความรู้สึกซึ่งอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิต ภาวะแทรกซ้อนทางการผ่าตัด เช่น การได้รับบาดเจ็บบริเวณอวัยวะข้างเคียง ได้แก่ กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ หรือ เส้นเลือดของมดลูก ซึ่ง

[1] แพทย์หญิง ภาควิชาสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลลำพูน

ผลเสียที่ตามมา คือ ต้องใช้เวลาในการเย็บซ่อม และการผ่าตัดอาจจะเสียเลือดได้มากกว่าการคลอดทางช่องคลอด ดังนั้น อาจมีการให้เลือดหลังการผ่าตัด ส่งผลให้เกิดการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น และยิ่งได้รับการผ่าตัดคลอดมากขึ้นเท่าไหร่ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มากขึ้นตามมา และหลังจากการผ่าตัด อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนระยะยาวได้ เช่น ภาวะปวดท้องเรื้อรังจากการมีฝังผืดในช่องท้อง ลำไส้อุดตัน และเมื่อเกิดตั้งครรภ์ครั้งต่อไป มีโอกาสเกิดภาวะรกเกาะต่ำ รกเกาะติดได้ ส่วนด้านทารก พบว่ามีแนวโน้มที่จะมีปัญหาด้านการหายใจมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด

แต่ในกรณีที่ไม่สามารถคลอดเองตามธรรมชาติ การผ่าตัดคลอดมีความจำเป็น เช่น การผ่าตัดคลอดท่าผิดปกติ ได้แก่ ท่าก้น และท่านอนขวางหรือเฉียง การผ่าตัดครรภ์แฝดที่ไม่สามารถคลอดธรรมชาติได้ การผ่าตัดคลอดเพื่อช่วยชีวิตทารก ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นช้าลง และภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (abruptio placenta) การผ่าตัดคลอดเพื่อช่วยชีวิตมารดายกตัวอย่างเช่น ภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ (eclampsia) โรคหัวใจบางชนิดที่ไม่สามารถคลอดธรรมชาติได้ เพราะอาจทำให้มารดาเสียชีวิตได้ เป็นต้น หรือ ในบางกรณีอาจจะพิจารณาการผ่าตัดคลอดในภาวะต่างๆ เช่น เด็กตัวโตมากกว่าบริเวณช่องคลอดของมารดา เพราะเด็กตัวโตมีโอกาสคลอดติดไหล่ได้ หรือ ชักนำการคลอดด้วยวิธีต่างๆแล้ว แต่ปากมดลูกไม่เปิด

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก อัตราการผ่าตัดคลอดมีมากขึ้นจนไม่สามารถควบคุมได้ และมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต แม้ว่าการผ่าตัดคลอดจะเพิ่มขึ้น แต่อัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกไม่มีแนวโน้มที่ลดลง[1] ดังนั้น ในปี ค.ศ.2015 องค์การอนามัยโลก ได้จัดตั้งการแบ่งกลุ่มตามระบบ Robsonขึ้น โดย Michael Robson ในปี2001 เพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น[2]

จากการศึกษาของ Betran และคณะได้รวบรวมข้อมูลจาก 150 ประเทศ กลุ่มทวีปอเมริกากลาง และใต้มีอัตราการผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 40.5 ตามมาด้วยอเมริกาเหนือ ร้อยละ 32.3 ส่วนทวีปเอเชียสูงถึงร้อยละ 15.1 ต่อปี[(3)] และ Boatin และคณะ ศึกษาวิเคราะห์อภิมานรวบรวมการศึกษาตั้งแต่ ค.ศ.2001 ถึง 2016 พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดอยู่ในช่วงร้อยละ 20-36 แต่ยังไม่พบการรายงานการศึกษาแบบสุ่ม[(4)] Betran และคณะได้ศึกษาแบบอภิมานอัตราการผ่าตัดคลอด พบว่าการแบ่งกลุ่มตามระบบRobson มีประสิทธิภาพในการลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น เพราะสะดวกในการใช้ ง่ายต่อการแปลผล และใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก[3]

อัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในประเทศไทยมีอัตราการผ่าตัดร้อยละ 35-40 สูงเป็นอันดับสองของทวีปเอเชีย[3] รองจากประเทศจีน[6] จากการรายงานอัตราการผ่าตัดคลอดของภาคเหนือของประเทศไทยเฉลี่ยร้อยละ14.7 โดยอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เป็นร้อยละ 23.6 ในปี พ.ศ. 2554[7] จากการรวบรวมข้อมูลอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลลำพูน ในปี 2563 อัตราการผ่าตัดคลอด เท่ากับ ร้อยละ 54.15 จากเดิมในปี 2555 เป็นร้อยละ 42.94 ซึ่งสูงกว่าเดิมถึง ร้อยละ 11.2

ประเทศไทยได้มีวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับระบบ Robson criteria ซึ่งอัตรากการผ่าตัดคลอด อยู่ในช่วงร้อยละ 35-48 โดยอัตราการผ่าตัดคลอดต่ำสุดเป็นของการศึกษาของ ศิรประภา ขรวงศ์ และ เอกชัย โควาวิสารัช ที่ศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลราชวิถีในปี 2558-2561 เท่ากับ ร้อยละ 34.8-36.6[8] ส่วนสูงที่สุด คือ จากการศึกษาของ สิริเชษฐ์ อเนกพรวัฒนา และคณะ จากการศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลศิริราช ในช่วง มกราคม ถึง สิงหาคม 2560 เท่ากับ ร้อยละ 48.86[9] ซึ่งเมื่อจำแนกตามกลุ่ม Robson criteria กลุ่มที่ 5 และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่มีการผ่าตัดมากที่สุด โดยงานวิจัยของ นิติพร อยู่แก้ว จาก

โรงพยาบาลสระบุรี[10] และ ของ ศิรประภา ขรวงศ์ และ เอกชัย โควาวิสารัช เป็นกลุ่มที่ 5 มากที่สุด[8] ส่วนกลุ่มที่ 3 มากที่สุด จากของทิพย์นารี จรูญวรรธนะ และ เจริญตา อัศวผดุงสิทธิ์ ที่ศึกษาของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช[11] และ การศึกษา ของ สันต์ธีร์ ติยะธะ โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย[12] ส่วนการศึกษาของ บันฑิต หวังสันติวงศา และ นิติยา สุนารัตน์ พบอัตราการผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย มหาสารคาม ช่วง 1 ต.ค. 2553 ถึง 30 กันยายน 2558 ร้อยละ 31.8 โดยพบอัตราในกลุ่มที 2 กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 5 เป็นกลุ่มหลักที่มีการผ่าตัดคลอดสูงร้อยละ 70 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด[13] และ การศึกษานพ.สิริกษาเชษฐ์ และคณะ พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ 1 และ 2 คิดเป็น ใน 3 ของผ่าตัดคลอดทั้งหมดในงานวิจัยนี้[(9)] สาเหตุที่สำคัญของการผ่าตัดที่นอกนั้นจากกลุ่มที่ 5 คือ ความแตกต่างของศีรษะทารก และอุ้งเชิงกราน ซึ่งทำให้ทารกไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ (cephalopelvic disproportion ; CPD ) และ การชักนำคลอดล้มเหลว (Failure induction)

จากการวิจัยนี้ในหลากหลายสถานที่พบว่า กลุ่มของการผ่าตัดคลอดมากที่สุดมีความแตกต่างกัน ดังที่กล่าวข้างต้น และ แม้ผลการศึกษาเป็นกลุ่มเดียวกัน แต่สาเหตุการผ่าตัดคลอดก็ไม่เหมือนกัน ดังนั้นจึงต้องการศึกษาโรงพยาบาลลำพูนว่า กลุ่มของการผ่าตัดมากที่สุดอยู่กลุ่มไหน และมีสาเหตุการผ่าตัดคลอดคล้ายคลึงกับที่วิจัยมากก่อนหน้านี้หรือไม่ เพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอดได้อย่างเหมาะสม

**วัสดุและวิธีการ**

การศึกษาแบบภาคตัดขวางของหญิงตั้งครรภ์ครบกำหนดที่มารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยการศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลลำพูน หนังสือรับรองเลขที่ LPN 040/2566 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ครบกำหนดทุกรายที่คลอดโรงพยาบาลลำพูน โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากพิเศษ และหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ทราบข้อมูล ทั้งวิธีการคลอด จำนวนครั้งของการคลอดบุตร ประวัติเคยผ่าตัดคลอดบุตร การเจ็บครรภ์คลอด จำนวนทารกในครรภ์ อายุครรภ์ แนวลำตัว หรือส่วนนำของทารก จะได้รับการคัดออกจากการศึกษานี้

หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรทุกราย จะถูกจัดกลุ่ม เป็น 10 กลุ่มตามระบบ Robson classification โดยใช้ข้อมูล คือ จำนวนครั้งการคลอดบุตร ประวัติการผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน การเจ็บครรภ์คลอด จำนวนทารกในครรภ์ อายุครรภ์ และ แนวลำดับตัวหรือส่วนนำของทารก (ตารางที่ 1) ข้อมูลประชาการและกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มแจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ

**ตารางที่ 1 กลุ่มย่อยตามระบบ Robson classification[(14)]**

| กลุ่ม | ลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ |
|---|---|
| 1 | หญิงครรภ์แรก ที่เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และเจ็บครรภ์ตามธรรมชาติ |
| 2 | หญิงครรภ์แรก ที่เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์ หรือ ผ่าตัดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์ |
| 2a | หญิงครรภ์แรก ที่เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์ |
| 2b | หญิงครรภ์แรก ที่เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด ผ่าตัดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์ |
| 3 | หญิงตั้งครรภ์หลัง ที่ไม่เคยผ่าตัด เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และมาด้วยเจ็บครรภ์ตามธรรมชาติ |
| 4 | หญิงตั้งครรภ์หลัง ที่ไม่เคยผ่าตัด เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับการชักนำการเจ็บ |

**ตารางที่ 1 กลุ่มย่อยตามระบบ Robson classification[14]**

| กลุ่ม | ลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ |
|---|---|
| | ครรภ์ หรือ ผ่าตัดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์ |
| 4a | หญิงตั้งครรภ์หลัง ที่ไม่เคยผ่าตัด เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์ |
| 4b | หญิงตั้งครรภ์หลัง ที่ไม่เคยผ่าตัด เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด ผ่าตัดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์ |
| 5 | หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่เคยผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง เป็นครรภ์เดี่ยว ท่าหัว และอายุครรภ์ครบกำหนด |
| 5.1 | เคยผ่าตัด 1ครั้ง |
| 5.2 | เคยผ่าตัดตั้งแต่ 2 ครั้งเป็นต้นไป |
| 6 | หญิงครรภ์แรก ที่เป็นครรภ์เดี่ยว และทารกท่าก้น |
| 7 | หญิงครรภ์หลัง ที่เป็นครรภ์เดี่ยว และทารกท่าก้น ซึ่งอาจมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน |
| 8 | หญิงตั้งครรภ์แฝดทุกราย ซึ่งอาจมีประวัติผ่าตัดคลอดมาก่อน |
| 9 | หญิงตั้งครรภ์ เดี่ยวทุกราย ที่ทารกเป็นแนวลำตัวขวาง หรือเฉียง ซึ่งอาจมีประวัติการผ่าตัดคลอดมาก่อน |
| 10 | หญิงตั้งครรภ์เดี่ยวทุกราย ที่ทารกเป็นท่าหัว และอายุครรภ์ก่อนกำหนด ซึ่งอาจมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน |

**ผลการศึกษา**

หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูนตั้งแต่ เดือนมกราคม 2563 ถึง เดือนธันวาคม 2565 จำนวนทั้งสิ้น 4,864 ราย หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากพิเศษ จำนวน 1,659 ราย ข้อมูลไม่ครบหรือลงข้อมูลผิดพลาด ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 23 ราย ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าการศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 3,182 ราย

ผลการศึกษาร้อยละ 40.1 ของหญิงตั้งครรภ์หลังครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด ที่คลอดจัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่เคยผ่าตัดคลอด (กลุ่มที่ 3) ร้อยละ 29.5 ของหญิงตั้งครรภ์แรกครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด (กลุ่มที่ 1) ร้อยละ 12.2 ของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง (กลุ่ม 5.1) ร้อยละ 3.7 ของหญิงตั้งครรภ์หลัง ที่ไม่เคยผ่าตัดเป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครบกำหนด ได้รับการผ่าตัดโดยที่ไม่เจ็บครรภ์ (กลุ่ม 4b) ร้อยละ 3.2 ของหญิงตั้งครรภ์หลัง ที่เป็นครรภ์เดี่ยว และทารกเป็นท่าก้น ซึ่งอาจจะมีประวัติการผ่าตัดคลอดมาก่อน(กลุ่มที่7) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1 จำนวนหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละกลุ่ม**

| กลุ่ม | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| 1 | 938 | 29.5 |
| 2a | 59 | 1.9 |
| 2b | 76 | 2.4 |
| 3 | 1,275 | 40.1 |
| 4a | 59 | 1.9 |
| 4b | 119 | 3.7 |
| 5.1 | 390 | 12.2 |
| 5.2 | 85 | 2.7 |
| 6 | 62 | 1.9 |
| 7 | 103 | 3.2 |
| 8 | 10 | 0.3 |
| 9 | 6 | 0.2 |
| รวม | 3,182 | 100 |

จากจำนวนการคลอด 3,182 ราย คลอดบุตรทางช่องคลอด โดยธรรมชาติ 1,287 ราย โดยคิดเป็นร้อยละ 40.4 ผ่าตัดคลอดบุตร จำนวน 1,823 ราย โดยคิดเป็นร้อยละ 57.3 และคลอดบุตรโดยการช่วยคลอด

โดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ จำนวน 72 ราย โดยคิดเป็นร้อยละ 2.3 ตามลำดับ

อัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุดของการผ่าตัดคลอดรวมทั้งหมดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ร้อยละ 15.4 กลุ่มที่ 3 ร้อยละ 13.3 และกลุ่มที่ 5.1 ร้อยละ 12.2 ตามลำดับ โดยเมื่อดูจากกลุ่มที่ 1 ที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดรวมสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่ม พบว่า ร้อยละ 52.1 เป็นการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 43.1 เป็นการคลอดทางช่องคลอดโดยธรรมชาติ และ ร้อยละ 4.8 เป็นการคลอดโดยใช้เครื่องสุญญากาศ ส่วนกลุ่มที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่ม พบว่า ร้อยละ 33.2 เป็นการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 65.0 เป็นการคลอดทางช่องคลอดโดยธรรมชาติ และ ร้อยละ 1.8 เป็นการคลอดโดยใช้เครื่องสุญญากาศ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละกลุ่ม Robson classification จำแนก ตามวิธีการคลอด (n=3,182 )**

| Robson Classification | จำนวนในกลุ่ม (ราย) | วิธีการคลอด | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | คลอดทางช่องคลอดโดยธรรมชาติ | | | ผ่าตัดคลอด | | | คลอดโดยใช้เครื่องสุญญากาศ | | |
| | | ราย | ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด | ร้อยละในกลุ่มเดียวกัน | ราย | ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด | ร้อยละในกลุ่มเดียวกัน | ราย | ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด | ร้อยละในกลุ่มเดียวกัน |
| 1 | 938 | 404 | 12.7 | 43.1 | 489 | 15.4 | 52.1 | 45 | 1.4 | 4.8 |
| 2a | 59 | 19 | 0.6 | 32.2 | 38 | 1.2 | 64.4 | 2 | 0.1 | 3.4 |
| 2b | 76 | 0 | 0 | 0 | 76 | 2.4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 1,275 | 829 | 26.1 | 65 | 423 | 13.3 | 33.2 | 23 | 0.7 | 1.8 |
| 4a | 59 | 32 | 1 | 54.2 | 26 | 0.8 | 44.1 | 1 | 0 | 1.7 |
| 4b | 119 | 0 | 0 | 0 | 118 | 3.7 | 99.2 | 1 | 0 | 0.8 |
| 5.1 | 390 | 1 | 0 | 0.3 | 389 | 12.2 | 99.7 | 0 | 0 | 0 |
| 5.2 | 85 | 0 | 0 | 0 | 85 | 2.7 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | 62 | 0 | 0 | 0 | 62 | 1.9 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | 103 | 0 | 0 | 0 | 103 | 3.2 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | 10 | 2 | 0.1 | 20 | 8 | 0.3 | 80 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0.2 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| รวม | 3,182 | 1,287 | 40.4 | 40.4 | 1,823 | 57.3 | 57.3 | 72 | 2.3 | 2.3 |

จากจำนวนการผ่าตัดคลอดทั้งหมด 1,823 ราย ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดมากที่สุด ร้อยละ 33.1 คือ ภาวะความแตกต่างของศีรษะทารก และอุ้งเชิงกราน ซึ่งทำให้ทารกไม่สามารถคลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 26 เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน(previous cesarean section ; P/S ) ร้อยละ 11.6 ภาวะที่บ่งชี้ว่าทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต(fetal distress syndrome) ร้อยละ 10.5 เด็กตัวใหญ่(fetal macrosomia) ร้อยละ 9.1 เป็นทารกท่าก้น (breech presentation) ในช่วงปีที่เก็บวิจัย มีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ โควิด 19 (covid-19 infection) ทั้งหมด 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.9 และข้อบ่งชี้อื่นๆ ร้อยละ 7.8 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดบุตร**

| ข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอด | การผ่าตัดคลอด | |
|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ |

| | | |
|---|---|---|
| ภาวะความแตกต่างของศีรษะทารก และอุ้งเชิงกราน | 604 | 33.1 |
| เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน | 474 | 26 |
| ภาวะที่บ่งชี้ว่าทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต | 211 | 11.6 |
| เด็กตัวใหญ่ | 191 | 10.5 |
| ทารกท่าก้น | 165 | 9.1 |
| หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด | 34 | 1.9 |
| อื่นๆ | 144 | 7.8 |
| รวม | 1,823 | 100 |

เมื่อนำ Robson กลุ่มที่ 1, 2a, 2b, 3, 4a และ 4b เป็นกลุ่มที่สามารถคลอดทางช่องคลอดมากกว่ากลุ่มอื่นๆ มาพิจารณาการคลอด หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเหล่านี้ทั้งหมด 2,526 ราย ได้รับการผ่าตัด 1,170 ราย คิดเป็น ร้อยละ 46.3 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมากที่สุด คือ ภาวะความแตกต่างของศีรษะทารก และอุ้งเชิงกราน ซึ่งทำให้ทารกไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ เป็นร้อยละ 51.6 ต่อมาคือ ภาวะที่บ่งชี้ว่าทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตร้อยละ 18 และภาวะเด็กตัวใหญ่ ร้อยละ 16.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดใน Robson classification กลุ่ม 1, 2a, 2b, 3, 4a และ 4b**

| ข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอด | การผ่าตัดคลอด | |
|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ |
| ภาวะความแตกต่างของศีรษะทารก และอุ้งเชิงกราน | 604 | 51.6 |
| ภาวะที่บ่งชี้ว่าทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต | 211 | 18 |
| เด็กตัวใหญ่ | 191 | 16.3 |
| หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด | 34 | 2.9 |
| ปากมดลูกไม่เหมาะสมกับการคลอด | 30 | 2.6 |
| ชักนำคลอดล้มเหลว | 22 | 1.9 |
| อื่นๆ | 78 | 6.7 |
| รวม | 1,170 | 100 |

**อภิปรายผล**

จากการศึกษาสรุปได้ว่า อัตราการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลลำพูนในปี2563ถึง2565 เป็นร้อยละ 57.3 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Betran และคณะ [3] ที่ได้รวบรวมข้อมูล จาก 150 ประเทศ ที่อัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุด ร้อยละ 40.5 ในทวีปอเมริกากลางและใต้ ตามมาด้วยทวีปอเมริกาเหนือ ร้อยละ 32.3 ซึ่งทางโรงพยาบาลลำพูนอัตราการผ่าตัดสูงกว่าในทวีปอเมริกากลางและใต้ และเมื่อเทียบอัตราการผ่าตัดคลอดประเทศไทยพบร้อยละ 35-40 โรงพยาบาลลำพูนมีอัตราการผ่าตัดมากกว่านั้น และพิจารณาแยกตามระบบ Robson Classification หญิงตั้งครรภ์แรก ที่เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และเจ็บครรภ์เองตามธรรมชาติ (กลุ่มที่ 1) มีอัตราการผ่าตัดคลอดมากที่สุด ร้อยละ 15.4 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด รองลงมา คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์หลัง ที่ไม่เคยผ่าตัดคลอด เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และมาด้วยเจ็บครรภ์เองตามธรรมชาติ (กลุ่มที่ 3) พบอัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 13.3 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ลำดับต่อมา คือกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 12.2 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริเชษฐ์ อเนกพรวัฒนา และคณะ ที่พบกลุ่มที่ 1 มากที่สุด[9] ข้อบ่งชี้การผ่าตัด คือ ภาวะความแตกต่างของศีรษะทารก และอุ้งเชิงกราน ซึ่งทำให้ทารกไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ ร้อยละ 33.1 ต่อมา คือ มีประวัติการผ่าตัดคลอดมาก่อน ร้อยละ 26 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สันต์ธีร์ ติยะธะ[12] และ บันทิต หวังสันติวงศา และ นิติยา สุนารัตน์[13] ส่วนงานวิจัยสิริเชษฐ์ อเนกพรวัฒนา[9] และ ของทิพย์นารี จรูญวรรธนะ และ เจริญตา อัศวผดุงสิทธิ์[11] ข้อบ่งชี้คือ การชักนำคลอด ล้มเหลว

เมื่อเทียบบริบทต่างๆ ของแต่ละการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลศูนย์ที่มีการเทรนแพทย์พี่เลี้ยง หรือโรงเรียนแพทย์ จะมีหลักเกณฑ์การผ่าตัดคลอดที่ตรง

ตามหลักการของหนังสือ ทำให้ผลการศึกษา อย่างของ สิริเชษฐ์ อเนกพรวัฒนา[9] และ ของทิพย์นารี จรูญวรรธนะ และ เจริญตา อัศวผดุงสิทธิ์[11] ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดมากที่สุดคือ การชักนำคลอดล้มเหลว แต่ เป็นโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัดอย่างของการศึกษานี้ ข้อบ่งชี้การผ่าตัด คือภาวะความแตกต่างของศีรษะทารก และอุ้งเชิงกราน ซึ่งทำให้ทารกไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สันต์ธีร์ ติยะธะ[12] และ บันฑิต หวังสันติวงศา และ นิติยา สุนารัตน์[13]

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษา กับ การศึกษาของต่างประเทศ พบว่าไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ Vagel และคณะ[15] ที่ศึกษาอัตราการผ่าตัดตามระบบ Robson ใน 21 ประเทศ กล่าวว่าหญิงตั้งครรภ์ท้องหลังร้อยละ 55 มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ท้องแรก ร้อยละ 45 แต่มีความสอดคล้องกับการวิจัยของ Barber และคณะ[16] ที่พบการผ่าตัดคลอดครั้งแรก ร้อยละ 50 ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงเป็นร้อยละ 36.5 ตรงกันข้ามกับการผ่าตัดคลอดกลุ่มที่ 3 ที่พบน้อยสุด ร้อยละ 34.4 และเมื่อเหลือแต่กลุ่มที่ อาจจะไม่จำเป็นการผ่าตัด คือ กลุ่มที่ 1, 2a, 2b, 3, 4a และ 4b ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดมากที่สุดในกลุ่มนี้ คือ ภาวะความแตกต่างของศีรษะทารก และอุ้งเชิงกราน ซึ่งทำให้ทารกไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ ร้อยละ 51.6 รองลงมา ภาวะที่บ่งชี้ว่าทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตร้อยละ 18 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Barber และ คณะ[16]ที่พบข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ของการผ่าตัดคลอดครั้งแรกมากที่สุด คือ ภาวะคลอดยาก (Labor dystocia) ,ลักษณะการเต้นหัวใจทารกมีความผิดปกติ (abnormal fetal heart rate pattern), ท่าทารกผิดปกติ ( fetal malpresentation), การตั้งครรภ์ทารกหลายราย (multiple gestation) และ ทารกตัวโตตามลำดับ

กลุ่มที่มีข้อบ่งชี้เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน คิดเป็น ร้อยละ 26 จากข้อบ่งชี้ผ่าตัดคลอดทั้งหมด โดยจำแนก Robson classification อยู่กลุ่มที่ 5.1 และ 5.2 แม้ว่ากลุ่มที่ 5 ที่พบการผ่าตัดคลอดมาก แต่มีวิธีการคลอดทางช่องคลอดหลังจากที่เคยผ่าตัดคลอดมาแล้ว (Trial of Labor after Cesarean Delivery : TOLAC) จากการศึกษา พบ 1 รายในกลุ่ม 5.1 จึงทำให้อัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 99.7 แต่สำหรับกลุ่ม 5.2 อัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 100 เนื่องจากมีความเสี่ยงของการมดลูกแตกจะเป็นสองเท่า ร้อยละ 0.9-1.8 ซึ่งวิธีการนี้ เป็นวิธีการลดอัตราการผ่าตัดคลอด แต่ปัจจุบันเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมลดลง เนื่องจากมีความเสี่ยงกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น มดลูกแตก(uterine rupture) ทำให้มีอัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มนี้สูง ดังผลการศึกษา แต่หากได้รับการคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเหมาะสมกับวิธี TOLAC[17] โอกาสจะประสบความสำเร็จมากขึ้น

จากผลการศึกษา ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดมากที่สุด คือภาวะความแตกต่างของศีรษะทารก และอุ้งเชิงกราน ซึ่งทำให้ทารกไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ วิธีการลดอัตราการผ่าตัดคลอดของกลุ่มนี้ คือ กำหนดความผิดปกติในช่วงแรกของการดำเนินการคลอด และให้การรักษาที่เหมาะสม (Appropriate Definition and Management of abnormally Progressing First-Stage Labor) การศึกษาของ Zhang และคณะ[(18)] ใน ค.ศ. 2010 กล่าวว่า ช่วงที่ปากมดลูกขยายตัวอยู่ 4-6 ซม. ทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังจะมีอัตราการขยายของปากมดลูกที่ใกล้เคียงกัน แต่ช่วงหลังจากที่ปากมดลูกขยายตัวเกิน 6 ซม. ไปแล้ว ครรภ์หลังจะมีอัตราการเปิดขยายปากมดลูกที่เร็วกว่า และ Active phase จะยังไม่เริ่มต้นหากปากมดลูกยังเปิดขยายไม่ถึง 6 ซม. ดังนั้น ไม่วินิจฉัย Active phase protraction หรือ Labor arrest ก่อนที่ปากมดลูกจะขยายตัวมากกว่า 6 ซม. ต่อมาปี ค.ศ. 2014 สมาพันธ์สูตินรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (ACOG : The American College of Obstetricians and Gynecologists) ออกเกณฑ์การวินิจฉัยการดำเนินการคลอดล้มเหลวในระยะที่หนึ่งของ

การคลอดว่า เมื่อมีอาการคลอดเกิดขึ้นเอง ปากมดลูกขยาย 6 ซม.ขึ้นไป ร่วมกับมีการแตกของถุงน้ำคร่ำ ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ คือ มดลูกหดรัดตัวอย่างสม่ำเสมอและแรงพออย่างน้อย 4 ชั่วโมง หรือมดลูกหดรัดตัวอย่างไม่สม่ำเสมอ หรือไม่แรงพออย่างน้อย 6 ชั่วโมง โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของการขยายปากมดลูก[19] นอกจากนี้ Prolong latent phase ไม่ควรเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด เพราะ latent phase หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่สามารถเข้าสู่ Active phase ได้เองโดยไม่ต้องทำอะไรเพิ่ม หากพบความผิดปกติ การให้ Oxytocinมักเป็นทางเลือกที่แนะนำการแก้ปัญหา มีการศึกษาการให้ Oxytocin ในระยะเวลาที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถคลอดเองทางช่องคลอดได้มากขึ้นโดยไม่มีผลเสียต่อทารกในช่วง latent phase[20]และช่วง active phase[21] อย่างไรก็ตาม หากระยะเวลาแรกของการคลอดใช้เวลานานเกินไป อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดน้ำคร่ำติดเชื้อ (Chorioamnionitis) ได้

การกำหนดความผิดปกติในระยะที่สองของการดำเนินการคลอดเริ่มต้นเมื่อปากมดลูกเปิดขยายหมด 10 ซม. โดยภาวะ second stage arrest ควรได้รับการวินิจฉัยเมื่อออกแรงเบ่งอย่างน้อย 2 ชั่วโมงในครรภ์หลังและอย่างน้อย 3 ชั่วโมงในครรภ์แรก ซึ่งระยะเวลาที่รอเนิ่นนานอาจส่งผลเสียต่อมารดา เช่น การติดเชื้อระหว่างคลอด แผลฝีเย็บลึก หรือ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะเวลาที่รอควรพิจารณาหลายด้านรวมถึงสุขภาพทารกในครรภ์ ณ เวลานั้นด้วย หากมีความจำเป็นที่จะใช้หัตถการช่วยคลอดเพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอด ก็ต้องพิจารณาภาวะแทรกซ้อนของสูติศาสตร์หัตถการและประสบการณ์ของผู้ใช้ ภาวะที่บ่งชี้ว่าทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต(fetal distress syndrome) พบเป็นสาเหตุการผ่าตัดครั้งแรกในโรงพยาบาลลำพูน ร้อยละ 11.6 แปลผลโดยรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ดังนั้น รูปแบบการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ควรมีการแปลผลด้วยความถูกต้อง แม่นยำ และจัดการที่เหมาะสม จะสามารถช่วยลดอัตราการผ่าตัดได้

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทารกท่าก้น ของโรงพยาบาลลำพูน เป็นร้อยละ 9.1 และอัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มนี้(กลุ่มที่ 6 และ 7) เป็น ร้อยละ100 เป็นการผ่าตัดคลอดที่สูง เพราะช่องทางคลอดที่ทำให้ทารกท่าก้นมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการผ่าตัดคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการวิเคราะห์อภิมานที่พบว่าการผ่าตัดคลอดในท่าก้นที่อายุครรภ์ครบกำหนดจะพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าคลอดทางช่องคลอด[22]ส่งผลให้เมื่อให้คำแนะนำให้แก่หญิงตั้งครรภ์มักเลือกการผ่าตัดคลอดมากกว่า

ส่วนทารกที่อยู่ในท่าขวางหรือ เฉียง ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ จำเป็นต้องผ่าตัดเท่านั้น จึงพบอัตราการผ่าตัด ร้อยละ 100 ในกลุ่มที่ 9 และในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์แฝด กลุ่มที่ 8 ที่พบอัตราการผ่าตัด ร้อยละ 80 แสดงให้เห็นมีการคลอดครรภ์แฝดแบบทางช่องคลอดอยู่

การชักนำการคลอด (Induction of labor) ควรกระทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ภาวะทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตช้า หรือการตั้งครรภ์เกินกำหนด เป็นต้น ในกลุ่ม 2a พบอัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 1.2 ซึ่งมากกว่ากลุ่ม 4a ร้อยละ 0.8 แสดงว่าการชักนำการคลอดในครรภ์แรกมีโอกาสล้มเหลวมากกว่าครรภ์หลัง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการชักนำคลอดที่พบว่า อายุ จำนวนครั้งของการคลอด สภาวะปากมดลูก และน้ำหนักตัวทารก มีผลต่อความสำเร็จของการชักนำคลอด[23]

ข้อดีของการทำการศึกษานี้ คือ ได้รับข้อมูลครบถ้วน จากข้อมูลห้องคลอด และเวชทะเบียน อีกทั้งได้ผู้วิจัยมีความหลากหลาย ส่วนข้อจำกัดของงานวิจัยเนื่องจากโรงพยาบาลลำพูนมีการฝากพิเศษ ทำให้ต้องตัดข้อมูลบางส่วนในการนำมาเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนมาก อีกทั้งการแพทย์แต่ละคนมีความตัดสินใจในการผ่าตัดคลอดแตกต่างกัน ทำให้ผลลัพธ์ที่ออกมาอาจจะไม่ได้เป็นมาตรฐานเท่าที่ควร

## สรุป

อัตราการผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลลำพูนในช่วงพ.ศ. 2563-2565 คือ ร้อยละ 57.3 ซึ่งแนวโน้มมากขึ้นในกลุ่มครรภ์แรก และครรภ์หลังที่ไม่เคยผ่าตัดคลอด และสาเหตุการผ่าตัดคลอดมากที่สุดของโรงพยาบาลลำพูน คือ ภาวะความแตกต่างของศีรษะทารก และอุ้งเชิงกราน ซึ่งทำให้ทารกไม่สามารถคลอดทางช่องคลอด

## เอกสารอ้างอิง

1.Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gulmezoglu Am, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. BJOG. 2016;123(5):745-53.

2.Robson MS. Classification of caesarean section. Fetal and maternal Medicine Review.2001;12(1):23-39.

3.Betran AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing trend in caesarean section rates: global, regional and natiional estimates: 1990-2014. PLoS One.2016;11(2):e0148343.

4.Boatin AA, Cullinane F, Torloni MR, Betran AP. Audi and feedback using the Robson classification to reduce caesarean section rates: a systemic review. BJOG. 2018;125(1):36-42.

5.Bhattacharya S, Betran Ap, Vindevoghel N, Souza JP, Gulmezoglu AM, Torloni MR. A systematic review of the Robson classification for caesarean section: What works, doesn't work and how to improve It. PLoS One. 2014;9(6):e97769.

6.Ming Y, Li M, Dai F, Huang R, Zhang J, Zhang L, et al. Dissecting the current caesarean section rate in Shanghai, China. Sci Rep. 2019;9(1).

7.Charoenboon C, Srisupundit K, Tongsong T. Rise in cesarean section rate over a 20-year period in public sector hospital in northen Thailand. Arch Gynecol Obstet. 2013;287(1):47-52.

8.Khornwong S, Kovavisarach E. Cesarean section rated based on the Robson 10-group classification at Rajavithi Hospital from 2015-2018. Thai J Obstet Gynecol. 2021;29(4):191-7.

9.Anekpornwattana S, Yangnoi J, Jareemit N, Boriboonhirunsarn D. Cesarean section rate in Siriraj Hospital according to the Robson classification. Thai J Obstet Gynecol. 2020;28(1):6-15.

10.นิติพร อยู่แก้ว. อัตราผ่าคลอดตามระบบร้อบสัน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2560;7(3):262-71.

11.ทิพย์นารีย์ จรูญวรรธนะ, เจริญตา อัศวผดุงสิทธิ์. แนวโน้มอัตราการผ่าตัดคลอด ตามการจำแนก 10 กลุ่มของระบบ Robson ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ.2554-2561. นครศรีธรรมราชเวชสาร. 2564;5(1):34-47.

12.สันต์ธีร์ ติยะธะ. อัตราการผ่าตัดคลอดตามระบบ Robson ของโรงพยาบาลแม่สาย. เชียงรายวารสาร. 2564;13(3):45-57.

13.บัณฑิต หวังสันติวงศา, นิติยา สุนารัตน์. วิเคราะห์อัตราการผ่าคลอดตามการจำแนกของร้อบสัน. นครศรีธรรมราชเวชสาร. 2562;2(2):69-79.

14.Sornsukornrat S. Robson classification :a guide booklet. Bangkok: Rajavithi Hospital; 2018.

15.Vogel JP, Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson classification, induction of labor, and cesarean delivery. Int J Gynaecol Obstet. 2015;131 Suppl 1:S23-7.

16.Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, Pattker CM, Funai EF, Illuzzi JL. Indications contributing to increasing cesarean delivery rate. Obstet Gynecol. 2011;118(1):29-38.

17.Wu Y,Kataria Y, Wang Z, Ming WK, Ellervik C. Factors associated with successful vaginal birth after cesarean section : a systemic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2019;19(1):360.

18.Zhang J, Landy HJ, Wang Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD. et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 2010;116(6):1281-7.
19.Caughey Ab, Cahill Ag, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol .2014;210(3):179-93.
20.Arulkumaran S, Koh CH, Ingemarsson I, Ratnam SS. Augmentation of labour—mode of delivery related to cervimetric progress. Aust N Z J Obstet Gynecol. 1987;27(4):304-8.
21.Rouse DJ, Owen J, Hauth JC. Active- phase labor arrest: oxytocin augmentation for at least 4 hours. Obstet Gynecol .1999;93(3):323-8.
22.Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned cesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. BJOG. 2016;123(1):49-57.
23.Gibson KS, Waters TP. Measures of success: prediction of successful labor induction. Semin Perinatol. 2015;39(6):475-82.

# ผลของการพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

# The effectiveness of the stroke assessment skill development program of village volunteers on access to the Stroke Fast Track service system in stroke patients.

(Received: February 20,2024 ; Revised: February 24,2024 ; Accepted: February 25,2024)

**ฐาวรัตน์ ภู่ทัศนะ**[1]
**Thavarat Puthasna**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อผลของการพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - มกราคม 2567 เครื่องมือใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) ความรู้และการรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง การฝึกปฏิบัติการค้นหาความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง 2) โปรแกรมการพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้และการรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง การฝึกปฏิบัติการค้นหาความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มจากร้อยละ 30.0 เป็นร้อยละ 76.7

**คำสำคัญ;** การประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง, Stroke Fast Track, stroke, อาสาสมัครสาธารณสุข

**Abstract**

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effect of developing stroke symptom assessment skills of village health volunteers on access to the Stroke Fast Track service system for stroke patients. The sample group was 30 village health volunteers. Data was collected between December 2023 - January 2024. Research tools include 1) knowledge and awareness of causes related to stroke. Training to search for risk of heart disease and stroke. 2) Program to develop skills in assessing stroke symptoms. Data were analyzed with number, percentage, mean and standard deviation, Paired t-test at the statistical significance level of 0.05 The research results found that after participating in the program to develop stroke symptom assessment skills, public health volunteers have knowledge and awareness of causes related to stroke. Training to find a higher risk of stroke than before joining the program Statistically significant ($p < .05$), health volunteers' stroke symptom assessment skills increased from 30.0 percent to 76.7 percent.

**Keyword;** Stroke assessment skill development program, Stroke Fast Track, Village health volunteers

[1] โรงพยาบาลตรอน

**บทนำ**

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกในสมอง อาจเกิดจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือด 1 เส้น หรือมากกว่า โดยความผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือถาวร องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอันดับที่ 2 ของประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2560 – 2563 พบอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 307.9, 330.6 และ 354.4 คนต่อแสนประชากร อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 27.5,30.1 และ 31.7 คนต่อแสนประชากร[1] การรักษาที่ดีที่สุด คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรค เมื่อเกิดโรคต้องรีบเข้าสู่ระบบบริการ stroke Fast Track ให้เร็วที่สุด[2] ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) ที่เป็นมาตรฐานคือการให้ยา rt-PA (recombinant issuer–plasminogen activator: rt–PA) ภายในเวลา 270 นาที[3] ดังนั้น การลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุด คือ การป้องกันไม่ให้เป็นโรคหลอดเลือดสมองและการให้การรักษาเพื่อให้เนื้อสมองได้รับเลือดกลับมาเลี้ยงอย่างทันท่วงทีในผู้ที่เริ่ม มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทนับเป็นวิธีการจัดการกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสำคัญที่ช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่จะเกิดตามมาและลดโอกาสที่จะเกิดความพิการถาวรได้ ซึ่งหากได้รับยาฉีดอย่างรวดเร็วภายในเวลา 270 นาที ภายหลังเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง จะมีโอกาสหายเป็นปกติ ร้อยละ 50 ดังนั้น ระบบการแพทย์ทั่วโลกจึงพัฒนาระบบบริการ โดยลดขั้นตอนที่ทำให้เสียเวลาลง ทั้งนี้ เพื่อให้การเข้าถึงบริการการฉีดยาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลได้ทันในเวลาที่กำหนด (door to needle time) เพื่อลดความรุนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยเรียกช่องทางด่วนนี้ว่า “Stroke fast track” หรือ “ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง”[4]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการช่วยเหลือและการให้บริการสาธารสุขแก่ประชาชนและติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง[5] แต่อาสาสมัครสาธารณสุขยังขาดความรู้และไม่มั่นใจในทักษะการประเมินการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ส่งผลให้ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเข้าถึงระบบบริการ “Stroke fast track” เนื่องจากขาดความรู้ในการประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ส่งกระทบที่เกิดขึ้นทันทีภายหลังการเจ็บป่วย[67] ได้แก่ การเกิดภาวะพิการ ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายไม่มีสมรรถภาพ (physical disability) สูงถึงร้อยละ 80 ทั้งนี้ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงของแขนขาจนไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่สามารถนั่งทรงตัวให้ตรงได้จนถึงไม่สามารถยืนหรือก้าวเท้าเพื่อเริ่มเดินได้ หรือมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง (Hemiplegia) รุนแรงมากน้อยแตกต่างกันไป บางคนเริ่มเดินได้แต่ควบคุมการก้าวขาลำบาก ทำให้เกิดอาการเดินเซล้มง่าย นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ ร้อยละ 20 เกิดโรคแบบเงียบหรือไม่มีอาการอ่อนแรง (Silent stroke) แต่มีปัญหาด้านอื่น ๆ อาทิ มีปัญหาบกพร่องด้านการนึกคิด (Cognitive impairment) ร้อยละ 75[8] มีปัญหาการสื่อสารบกพร่อง ร้อยละ 60 เช่น พูดไม่ได้ ไม่เข้าใจภาษา การสูญเสียหน้าที่ของสมองจนทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป ความคิดความจำ หรือการเรียนรู้ไม่สามารถทำได้เหมือนเก่า ผลที่ตามมาคือส่งผลกระทบทางสังคมตามมาคือการทำหน้าที่ดังเดิมไม่ได้ ทั้งการทำหน้าที่ทั้งในครอบครัว การเป็นผู้นำครอบครัว ผู้ป่วยไม่

สามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิมหรือต้องพักงานเป็นเวลายาวนาน นอกจากนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 80 มีปัญหาจิตใจ เกิดความรู้เหนื่อยล้า ความจำเสื่อม ไม่มีสมาธิและไม่สามารถปรับตัว ทำให้สภาวะจิตใจแย่ลงเกิดปัญหาด้านจิตสังคม สูญเสียความภูมิใจ อับอายต่อรูปร่างและภาพลักษณ์ที่พิการ[9] รวมทั้งทุกข์ทรมานกับอาการที่อาจเกิดภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อและกระดูก ควบคุมปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ปัสสาวะเล็ดพยาธิสภาพภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดผลกระทบที่มีความซับซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 45 รู้สึกว่ามีภาระที่จะต้องดูแลตัวเองทั้ง ๆ ที่เป็นอัมพาต ทำให้เกิดความรู้สึก ท้อแท้และเสมือนขาดคนคอยช่วยเหลือดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพ[6] เกิดความสูญเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นการฟื้นหายลดลง ซึ่งปัจจุบันบุคลากรทางสุขภาพที่มีผลต่อการเข้าถึงในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สามารถพัฒนามาเป็นแกนนำในการให้ความรู้และทักษะในการประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ทันท่วงทีมากขึ้น

ผู้วิจัยจึงจัดทำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้ ทักษะการประเมินอาการ และการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสามารถดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง การค้นหาความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านต่อความรู้ ทักษะการประเมินอาการและการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**วิธีวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (Quasi-experimental research: one group pre-posttest research design ) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลบ้านแก่ง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 6 สัปดาห์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - มกราคม 2567

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านแก่ง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ จานวน 244 คน จาก 10 หมู่บ้าน คัดเลือกมาเป็น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power[11] กำหนดค่า Effect Size เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จานวน 24 คน และเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อ ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้นอีก 2.7 ราย รวมเป็น 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive

sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุ 20–50 ปี ไม่มี ปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างเข้าร่วมการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยปรับปรุงจากการวิจัยการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนท้องถิ่นภาคเหนือของญนัท วอลเตอร์ โรชินี อุปรา และประกายแก้ว ธนสุวรรณ[10] โดยสื่อประกอบการให้ความรู้ ได้แก่ (1) สื่อวิดีทัศน์ ความยาว 45 นาที ใช้คำบรรยายเป็นภาษาไทย ให้ความรู้เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ อาการเตือน การรักษาและการป้องกันโรค พฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมอง (2) สื่อการสอนที่เป็น power point ใช้สำหรับสอนเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการสำคัญของโรค “FAST” ปัจจัยเสี่ยง (3) โปสเตอร์สรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ความหมายสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษาและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (4) ความรู้และทักษะการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและการเขียนใบนำส่งผู้ป่วย การเรียกรถฉุกเฉิน (EMS 1669)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพหลัก สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (ปี) การมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบเลือกตอบ ถูก (1 คะแนน) ผิด (0 คะแนน) ไม่แน่ใจ (0 คะแนน) การแปลผลแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ[12] ได้แก่ มาก (≥ 10 คะแนน) ปานกลาง (7 - 9 คะแนน) น้อย (> 7 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วย (4) ไม่แน่ใจ (3) ไม่เห็นด้วย (2) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) แปลผลการรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ[12] ได้แก่ มาก **(72-90** คะแนน**)** ปานกลาง **(54–71** คะแนน**)** น้อย **(18–53** คะแนน**)**

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการฝึกปฏิบัติการค้นหาความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบเลือกตอบมีความเสี่ยง (1) ไม่มีความเสี่ยง (0) การแปลผลความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงน้อย (มีปัจจัยเสี่ยง 0-1 ข้อ) กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง (มีปัจจัยเสี่ยง 2-4 ข้อ) กลุ่มเสี่ยงสูงมาก (มีปัจจัยเสี่ยง 5-7 ข้อ)

**การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ** โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index: CVI) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เรื่องหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้สาเหตุที่

เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินการค้นหาความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระบบประสาท 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านระบบประสาท 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)[12] ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .75 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีคุณสมบัติในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย นำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient)[12] ได้ค่าความเชื่อถือมั่นเท่ากับ 0.84

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ดำเนินการทดลองและเก็บรวมรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - มกราคม 2567 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง ทักษะการเฝ้าระวังและทักษะการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้อาสาสมัครสาธารณสุข ตอบ และเก็บกลับเมื่อตอบเสร็จ และให้ได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ให้ความรู้เรื่องปัจจัยสาเหตุ อาการอาการเตือน (F.A.S.T) และฝึกทักษะการให้บริการคัดกรองสุขภาพ ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิต การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การเขียนแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. และดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง ใช้เวลา 5 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2-3 กิจกรรมครั้งที่ 2 ติดตามนิเทศอาสาสมัครสาธารณสุข ในการปฏิบัติงานจริงในชุมชนเพื่อส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจที่จะปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนคนละ 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยสังเกตความถูกต้องและให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การเขียนแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย ทักษะการให้คำแนะนำในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในเรื่องปัจจัยสาเหตุ อาการ และอาการเตือน (F.A.S.T) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2ส. ส่งเสริมความมั่นใจ และให้กำลังใจในการปฏิบัติงานให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา และกระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขตระหนักในความสำคัญของการปฏิบัติงาน ส่งเสริมว่าทำได้ลองทำให้รู้สึกอยากจะทำด้วยความเต็มใจ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 4 และ 6 ให้อาสาสมัครสาธารณสุขตอบแบบวัดความรู้ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง ทักษะการเฝ้าระวัง และทักษะการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและอาการเตือนของโรค

หลอดเลือดสมอง การรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยการทดสอบค่าทีชนิดสองกลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

**จริยธรรมวิจัย**

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เลขที่จริยธรรมวิจัย UPHO REC No. 114/2566 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยและไม่มีผลกระทบอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

**ผลการวิจัย**

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 อายุระ 41–50 ปี ร้อยละ 46.7 รองลงมา คือ อายุ 30–40 ปี ร้อยละ 30.0 อายุเฉลี่ย 42.51 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนตอนต้น ร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 33.3 คน ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 63.3 รองลงมา คือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 16.7 สถานะภาพสมรสคู่ 66.7 คน รายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,000-15,000 บาท ร้อยละ 53.3 รองลงมา คือ ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 26.7 รายได้เฉลี่ย 18,325.24 บาท รายได้ต่ำสุด 5,000 บาท รายได้สูงสุด 32,000 บาท ไม่มีโรคประจำ ร้อยละ 30.0 (9 คน) รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20 (6 คน) รองลงมา คือ เบาหวาน ร้อยละ 16.7 (5 คน) ระยะเวลาทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 10 -20 ปี ร้อยละ 36.7 รองลงมา คือ 20 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 33.3 ค่าเฉลี่ย 18.29 ปี ต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 28 ปี

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง ร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ มาก ร้อยละ 20.0 คะแนนเฉลี่ย 8.30 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.31 คะแนน ต่ำสุด 6 คะแนน สูงสุด 11 คะแนน ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 รองลงมา คือ มาก ร้อยละ 36.7 คะแนนเฉลี่ย 9.06 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.08 คะแนน ต่ำสุด 7 คะแนน สูงสุด 110 คะแนน ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.892$, $p = .000$) (ตารางที่ 1)

3. การรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ ปานกลาง ร้อยละ 46.7 คะแนนเฉลี่ย 72.70 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.93 คะแนน ต่ำสุด 52 คะแนน สูงสุด 85 คะแนน ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ การรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก ร้อยละ 66.7 รองลงมา คือ ปานกลาง ร้อยละ 33.3 คะแนนเฉลี่ย 74.33 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.07 คะแนน ต่ำสุด 62 คะแนน สูงสุด 84 คะแนน ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ การรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.249$, $p = .032$) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (n = 30)

| รายการ | ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ | | หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | x | SD. | X | Sd. | | |
| ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง | 8.30 | 1.31 | 9.06 | 1.08 | 4.892 | .000 |
| การรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง | 72.70 | 7.93 | 74.33 | 6.07 | 2.249 | .032 |

4. การประเมินการค้นหาความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาสาสมัครสาธารณสุขประเมินความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองถูกต้องร้อยละ 30.0 (9 คน) ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประเมินความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองถูกต้องร้อยละ 76.7 (23 คน) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ การประเมินการค้นหาความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

| การประเมินการค้นหาความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง | ก่อนได้รับโปรแกรมฯ | | หลังได้รับโปรแกรมฯ | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ผ่านการประเมินฯ | 9 | 30.0 | 23 | 76.7 |
| ไม่ผ่านการประเมิน ฯ | 21 | 70.0 | 7 | 23.3 |
| รวม | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |

**อภิปรายผล**

ผลการวิจัยนี้ พบว่า ได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพิ่มขึ้นจาก 8.30 คะแนน เป็น 9.06 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชยา สุวินทรากร สุรินธร กลัมพากร และทัศนีย์ รวิว เรกุล[13] ที่ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง**มี**ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถตนเองและการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของญนัท วอลเตอร์, โรชินี อุปรา และประกายแก้ว ธนสุวรรณ [9]ที่พบว่า ภายหลังได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จาก วิดีทัศน์ โปสเตอร์ แผ่น แม่เหล็กติดตู้เย็น ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์/อัมพาต) และอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่ พบว่าโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องปัจจัยสาเหตุ อาการอาการเตือน (F.A.S.T) และฝึกทักษะการให้บริการคัดกรองสุขภาพ ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิต การประเมิน

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การเขียนแบบส่งต่อผู้ป่วย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีความรู้เพิ่มขึ้น ได้แก่ การสังเกตอาการเริ่มแรกของโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องนำส่งโรงพยาบาลเพื่อไปพบแพทย์ภายใน 4.5 ชั่วโมง การสังเกตอาการผิดปกติที่แสดงอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด นั่งหรือจะเซทันที สอดคล้องกับการศึกษาของลำดวน เกิดประสพสุข[1] อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และความสามารถต่อการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการประเมินและการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น ทั้งนี้ การพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องปัจจัยสาเหตุ อาการอาการเตือน (F.A.S.T) และฝึกทักษะการให้บริการคัดกรองสุขภาพ ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิต การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้ง ติดตามนิเทศอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานจริงในชุมชนเพื่อส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจที่จะปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การเขียนแบบบันทึกส่งต่อผู้ป่วย ทักษะการให้คำแนะนำในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และอาการเตือน (F.A.S.T) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ส่งเสริมความมั่นใจและให้กำลังใจในการปฏิบัติงานให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมาและกระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตระหนักในความสำคัญของการปฏิบัติงานส่งเสริมว่าทำได้ ลองทำให้รู้สึกอยากจะทำด้วยความเต็มใจ ส่งผลให้การรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภายหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 72.70 คะแนน เป็น 74.33 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้แก่ ความเครียด ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล

จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองและสามารถประเมินความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองถูกต้องร้อยละ 76.7 (23 คน) ดังนั้น ควรนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปประยุกต์ใช้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) มีมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถประเมินความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองต่อไป

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สาเหตุและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน

2. ควรศึกษาพัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในรูปแบบอื่น เช่น แนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนาผลวิจัยมาพัฒนาและปรับปรุงเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและผู้ให้บริการต่อไป

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลตรอน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการจัดเก็บรวบข้อมูล ขอขอบคุณอาสาสมัครสารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตลอดระยะเวลาวิจัย จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. ลำดวน เกิดประสพสุข, อุเทน สุทินและ วนิดา ประเสริฐ. ผลของโปรแกรมกรเสริมสร้างความรู้และความสามารถในการประเมินและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการประเมินและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี. 2561; 7(2). 127-136.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. ประเด็นสารวันอัมพาตโรค ปี 2560. [อินเตอร์เน็ต] 2560. เข้าถึงจาก http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=12554&gid=18.
3. กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ. การจัดการด้าน การให้ยา rt-PA. ใน สมศักดิ์ เทียมเก่า, กรรณิการ์ บุญคงเกียรติ, กาญจนศรี สิงห์ภู่, และพัชรินทร์ อ้วนไตร (บรรณาธิการ), คู่มือการจัดการระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา. 2555.
4. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. [อินเตอร์เน็ต] 2562. เข้าถึงจาก http://www file:///C:/Users/DELL/Downloads/Documents/03%2050.pdf.
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. ยุคใหม่.กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2554.
6. National Stroke Association. (2016). Post-stroke conditions. Physical. [Internet] [Cited 2023 Oct 11]. Available from http://www.stroke.org/we-can-help/survivors/stroke-recovery/post-stroke-conditions/physical.
7. World Stroke Organization. World stroke day 2021 launches the precious time campaign. [Internet] [Cited 2023 Oct 11] Available from https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2021
8. NHS Improvement. Psychological care after stroke: improving stroke services for people with cognitive and mood disorders**.** UK: NHS Improvement. 2011.
9. สมศักดิ์ เทียมเก่า. Stroke network. Thai Journal of Neurology, 2560; 33(1), 57-60.
10. ญนัท วอลเตอร์, โรชินี อุปรา และประกายแก้ว ธนสุวรรณ. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนท้องถิ่นภาคเหนือ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559: 3(2),100-116
11. ธวัชชัย วรพงศธร, สุรียพันธ์ วรพงศธร. การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2561; 41(2):11-21.
12. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น ฉบับปรับปรุงใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: บริษัทสุวีริยาสาส์นจำกัด. 2560.
13. จิรัชยา สุวินทรากร สุรินธร กลัมพากร และทัศนีย์ รวิว เรกุล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วารสารพยาบาล, 2562; 68(1), 39-48

# ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้แบบประเมิน RAMA-EGAT Heart Score และระดับไฟบริโนเจนในพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุง ในจังหวัดพะเยา

# ASSESSMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASE RISK USING RAMA-EGAT HEART SCORE AND FIBRINOGEN LEVELS IN BUDDHIST MONKS WITH METABOLIC SYNDROME IN PHAYAO PROVINCE.

(Received: February 20,2024 ; Revised: February 24,2024 ; Accepted: February 25,2024)

**ศุภกัญญา ลาสม[1] สุรสิทธิ์ สุวรรณสินธุ์[2], ปาจรีย์ มาน้อย[3] ปิยะวรรณ เอมอิ่มอนันต์[3]**
**Supakanya Lasom[1], Surasit Suwannasin[2], Pacharee Manoy[3], Piyawan Amimanan[3]**

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease ; CVD) และศึกษาความสัมพันธ์ของไฟบริโนเจนซึ่งเป็นโปรตีนที่ตอบสนองต่อสภาวะอักเสบและเหนี่ยวนำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด กับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุง (metabolic syndrome; MS) ในจังหวัดพะเยา โดยตรวจวัดระดับไฟบริโนเจนด้วยวิธี Cluass method และประเมินความเสี่ยงการเกิด CVD โดยใช้แบบประเมิน RAMA-EGAT Heart Score และ Thai CV risk score ในอาสาสมัครจำนวน 144 ราย ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัครเพศชาย (54 ราย) และกลุ่มพระสงฆ์ (90 รูป) ซึ่งถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ ผู้ที่เป็น MS (36 รูป) และไม่เป็น MS (54 รูป) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มพระสงฆ์มีระดับไฟบริโนเจนสูงกว่ากลุ่มอาสาสมัครเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบค่า RAMA-EGAT Heart Score และ Thai CV risk score พบว่าในกลุ่มพระสงฆ์มีค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า สูงกว่าอาสาสมัครเพศชาย ($p<0.001$ และ 0.043 ตามลำดับ) อีกทั้งยังพบว่าระดับไฟบริโนเจนมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับ RAMA-EGAT Heart Score Thai CV risk score และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด CVD ($p<0.01$)

**คำสำคัญ:** ภาวะอ้วนลงพุง ไฟบริโนเจน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบประเมิน RAMA-EGAT Heart Score พระสงฆ์

**Abstract**

One of the most important risk factors that contribute to cardiovascular disease (CVD) is metabolic syndrome (MS), the group of conditions that related to inflammation, endothelial dysfunction and atherosclerosis. It has been reported that some inflammatory cytokines such as interleukin-6 and interleukin-8 are associated with high fibrinogen levels, the acute phase protein and prothrombotic factor. An increased of fibrinogen level is associated with risk of arterial thrombosis. Therefore, this study aimed to investigate risk of CVD and the association of fibrinogen levels with CVD risk factors in Buddhist monks with MS in Phayao province. Assessment of CVD risk was performed using RAMA-EGAT Heart Score and Thai CV risk score. Fibrinogen levels was measured by Cluass method and. A total of 144 subjects were recruited in this study; 54 males and 90 monks whom were classified into 2 subgroups; MS (n=36) and non-MS (n=54). The results showed that fibrinogen

[1] อาจารย์ ประจำคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา Corresponding author E-mail: supakanya.la@up.ac.th
[2] อาจารย์ ประจำคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเนชั่น จังหวัดลำปาง
[3] อาจารย์ ประจำคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา

levels were significantly higher in monks than male subjects (p<0.001). The significant differences of RAMA-EGAT Heart Score and Thai CV risk score were found in monks compared to male participants (p<0.001 and 0.043, respectively). Additionally, this study also revealed the significant correlation of fibrinogen levels with RAMA-EGAT Heart Score, Thai CV risk score and CVD risk factors including BMI, waist circumference, SBP, DBP, fasting blood glucose and lipid profile (p<0.01). In conclusion, this study demonstrated the association of RAMA-EGAT Heart Score with fibrinogen levels.

**Keywords:** Metabolic syndrome Fibrinogen Cardiovascular risk RAMA-EGAT Heart Score Monks

**บทนำ**

ศาสนาพุทธถือเป็นศาสนาประจำชาติของไทย โดยมีพระภิกษุสงฆ์ เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเผยแผ่หลักธรรม ส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม และแบบอย่างที่ดีให้กับผู้คนในสังคม อย่างไรก็ตามในช่วงเวลาที่ผ่านมา พระสงฆ์กลับต้องเผชิญปัญหาสุขภาพอย่างมาก โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ซึ่งสาเหตุสำคัญเกิดจากพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะ อาทิ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ที่รับใส่บาตรทำบุญจากประชาชน การสูบบุหรี่ และขาดการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม[1]

จากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ไทย ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า 3 ใน 5 ลำดับโรคแรกของพระสงฆ์และสามเณรอาพาธที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ คือ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเป็นพระสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป[2] ดังนั้นปัญหาสำคัญที่พระสงฆ์กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน คือ ภาวะอ้วนลงพุง (metabolic syndrome) ซึ่งเป็น 1 ในกลุ่มโรค NCDs ที่เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญของร่างกาย ประกอบไปด้วยความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน การดื้อต่ออินซูลิน และระดับไขมันในเลือดผิดปกติ[3] ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เหนี่ยวนำให้เกิดการอักเสบ และความผิดปกติกับเซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) กระตุ้นการสร้างลิ่มเลือด เกิดการอุดตันของหลอดเลือด (thrombosis) ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (coronary artery disease) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease: CVD)[4] จากข้อมูลของกองโรคไม่ติดต่อ มีรายงานว่าในปี 2564 โรค CVD จัดเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ของการเสียชีวิตของประชากรไทย[5] และจากสถิติการมรณภาพของพระสงฆ์อาพาธในโรงพยาบาลสงฆ์ ปี พ.ศ. 2565 พบว่า 1 ใน 5 โรคแรกที่เป็นสาเหตุการมรณภาพ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด[2]

ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิด CVD ในกลุ่มประชากรไทยที่มีอาชีพแตกต่างกัน โดยใช้แบบประเมิน Ramathibodi–Electricity Generating Authority of Thailand (RAMA-EGAT) Heart Score[6] รวมทั้งการวิจัยที่เสริมสร้างสุขภาวะที่ดีในพระสงฆ์เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs[7] อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับ RAMA-EGAT Heart Score กับปัจจัยการแข็งตัวของเลือดและการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในพระสงฆ์มีค่อนข้างน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิด CVD โดยใช้แบบประเมิน RAMA-EGAT Heart Score ร่วมกับศึกษาความสัมพันธ์ของระดับไฟบริโนเจนกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด CVD ในพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุง ในจังหวัดพะเยา ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือด

อุดตันและ CVD ในพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุง เพื่อเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังและตระหนักถึงอันตรายของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตได้

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของพระสงฆ์ และกลุ่มประชากรเพศชายในจังหวัดพะเยา โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด RAMA-EGAT Heart Score และ Thai CV risk score

2. ตรวจวัดระดับไฟบริโนเจนและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับไฟบริโนเจนกับปัจจัยเสี่ยงของโรค CVD ในพระสงฆ์

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) ซึ่งผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ 1.3/019/63 อาสาสมัครทุกรายได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการโดยคณะผู้วิจัย และได้ลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

**ประชากรที่ใช้ในการศึกษา**

**การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** คำนวณขนาดของตัวอย่าง โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ Dhawale S, et al.[8] โดยนำค่าระดับไฟบริโนเจนมาใช้ในการคำนวณ พบว่าขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมของแต่ละกลุ่มและให้ความน่าเชื่อถือทางสถิติ power of test = 80% มีจำนวนเท่ากับ 36 ราย

**กลุ่มตัวอย่าง** อาสาสมัครมีจำนวนทั้งสิ้น 144 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

**กลุ่มที่ 1** พระสงฆ์หรือบุคคลเพศชายที่เป็นนักบวชในพระพุทธศาสนาและจำวัดอยู่พัทธสีมาสำนักสงฆ์หรือที่พักสงฆ์ ในจังหวัดพะเยา ที่ได้รับการสุ่มคัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัยในระหว่างเดือนมกราคม ถึง ตุลาคม 2564 จำนวน 90 รูป โดยพิจารณาจากเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ (1) มีอายุตั้งแต่ 35-70 ปี (2) จำพรรษาอย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ (1) อายุน้อยกว่า 35 ปี และมากกว่า 70 ปี (2) จำพรรษาน้อยกว่า 1 ปี (3) มีไข้ ไอ มีประวัติเป็นโรคมะเร็ง โรคตับ โรคไต หรือโรคติดเชื้อที่ส่งผลต่อระดับสารชีวเคมีในเลือด (4) มีอาการ unstable angina และ/หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) เกิดขึ้นภายในเวลา 1 เดือน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จากนั้นแบ่งอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุง จำนวน 36 รูป และกลุ่มพระสงฆ์ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง จำนวน 54 รูป ตามเกณฑ์การจำแนกภาวะอ้วนลงพุง[9]

**กลุ่มที่ 2** อาสาสมัครเพศชายทั่วไป ที่มีอายุตั้งแต่ 35-70 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดพะเยา ที่ได้รับการสุ่มคัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัยในระหว่างเดือนมกราคม ถึง ตุลาคม 2564 จำนวน 54 ราย ที่ไม่มีไข้ ไม่มีอาการไอ ไม่มีประวัติเป็นโรคมะเร็ง โรคตับ โรคไต หรือโรคติดเชื้อที่ส่งผลต่อระดับสารชีวเคมีในเลือด และไม่มีอาการ unstable angina และ/หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) เกิดขึ้นภายในเวลา 1 เดือนซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เกณฑ์ในการจำแนกอาสาสมัครว่ามีหรือไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ดังแสดงรายละเอียดในการศึกษาก่อนหน้าของ Lasom S, et al.[10]

**วิธีการศึกษา**

**การเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ** เจาะเก็บตัวอย่างเลือดหลังการอดอาหารข้ามคืนเป็นเวลา 12

ชั่วโมง ปริมาตรรวม 10 มิลลิลิตร ประกอบด้วย (1) หลอด 3.2% trisodium citrate เพื่อใช้ตรวจวัดระดับไฟบริโนเจนด้วยหลักการ Clauss method[11] (2) หลอด EDTA สำหรับตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด และ (3) หลอดที่ไม่มีสารกันเลือดแข็ง สำหรับตรวจวัดค่าทางชีวเคมี ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันใน การทำงานของไต และการทำงานของตับ

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพ ที่ผ่านการพัฒนาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

2. แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (RAMA-EGAT Heart Score) สำหรับประชากรไทยที่มีอายุระหว่าง 35-55 ปี เพื่อประเมินอัตราหรือร้อยละความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า [6] การแปลผลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ผู้มีความเสี่ยงน้อย (0-1%) ผู้มีความเสี่ยงปานกลาง (2-4%) ผู้มีความเสี่ยงสูง (5-9%) และผู้มีความเสี่ยงสูงมาก (>10-20%) แบบประเมิน Rama-EGAT Heart Score มีการรายงานการทดสอบความแม่นยำของแบบประเมินในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด[12]

3. โปรแกรมประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและเส้นเลือดตีบในสมอง ในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า (Thai CV risk score) ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับประชากรไทยที่มีอายุระหว่าง 35-70 ปี และยังไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่านั้น การแปลผลแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ (<10%) ระดับปานกลาง (10 ถึง <20%) ระดับสูง (20 ถึง <30%) ระดับสูงมาก (30 ถึง <40%) และระดับสูงอันตราย (>40%)

**การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ**

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS version 26.0 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่อเนื่อง 2 กลุ่มและมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้ independent t-test และ one-way ANOVA การทดสอบ Chi-square test ($\chi^2$) และสถิติสหสัมพันธ์ (Pearson correlation) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p<0.05$)

**ผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลคุณสมบัติทั่วไปของอาสาสมัคร** จากการศึกษาคุณสมบัติทั่วไปของอาสาสมัคร (ตารางที่ 1) พบว่ากลุ่มพระสงฆ์มีค่าเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวม ระดับไตรกลีเซอไรด์ และระดับไขมันชนิด LDL-C ค่าสูงกว่าอาสาสมัครเพศชาย อีกทั้งในพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุง พบว่ามีค่าพารามิเตอร์ข้างต้นสูงกว่ากลุ่มพระสงฆ์ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุงและอาสาสมัครเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด CVD ระหว่างอาสาสมัครทั้ง 3 กลุ่ม พบว่าในกลุ่มพระสงฆ์ทั้งหมด และพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุง มีสัดส่วนของผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงของ CVD และการมีจำนวนปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปัจจัยขึ้นไปสูงกว่ากลุ่มพระสงฆ์ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง และอาสาสมัครเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

**2. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้แบบประเมิน**

**RAMA-EGAT Heart Score และ Thai CV risk score** จากการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยใช้แบบประเมิน RAMA-EGAT Heart Score พบว่า อาสาสมัครกลุ่มพระสงฆ์ทั้งหมด พระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุง และไม่มีภาวะอ้วนลงพุง มีค่าเฉลี่ยของร้อยละความเสี่ยง สูงกว่ากลุ่มอาสาสมัครเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างอาสาสมัครพระสงฆ์ด้วยกัน พบว่าพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีค่าเฉลี่ยของความเสี่ยง สูงกว่าพระสงฆ์ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง (p= 0.017) เมื่อพิจารณาตามระดับความเสี่ยงการศึกษานี้พบว่าในกลุ่มพระสงฆ์ ทั้งหมดมีสัดส่วนของผู้มีระดับความเสี่ยงสูง มากกว่ากลุ่มอาสาสมัครเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) (ตารางที่ 2)

ผลการศึกษาความเสี่ยงโดยใช้แบบประเมิน Thai CV risk score ในอาสาสมัครทั้งหมด 144 ราย พบว่า ในอาสาสมัครกลุ่มพระสงฆ์มีค่าความเสี่ยงสูงกว่าอาสาสมัครเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.043) โดยเฉพาะในกลุ่มพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุง (p=0.030) ดังแสดงในตารางที่ 3

**3. ผลการเปรียบเทียบค่าการอักเสบและระดับไฟบริโนเจนในอาสาสมัคร** ผลการศึกษาพารามิเตอร์ที่บ่งชี้ถึงภาวะอักเสบ ได้แก่ จำนวนเม็ดเลือดขาว และไฟบริโนเจนในอาสาสมัครทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า จำนวนเม็ดเลือดขาวของกลุ่มพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุง มีค่าสูงกว่ากลุ่มพระสงฆ์ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง (p=0.001) และอาสาสมัครเพศชาย (p<0.001) (ตารางที่ 1) จากการเปรียบเทียบระดับไฟบริโนเจน (ตารางที่ 4) พบว่าอาสาสมัครพระสงฆ์มีระดับไฟบริโนเจนสูงกว่ากลุ่มอาสาสมัครเพศชาย (447.4±63.0 vs 299.4±53.0, p<0.001) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มย่อย พบว่าพระสงฆ์ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงและผู้ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง มีระดับไฟบริโนเจนสูงกว่าอาสาสมัครเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) อีกทั้งยังพบว่าผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีแนวโน้มของไฟบริโนเจนสูงกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง (p of trend = 0.035)

**4. ความสัมพันธ์ของไฟบริโนเจนกับ RAMA-EGAT Heart Score, Thai CV risk score และพารามิเตอร์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอาสาสมัครทั้งหมด** จากการศึกษาพบว่าระดับไฟบริโนเจนมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับค่า RAMA-EGAT Heart Score, Thai CV risk score, ค่าเส้นรอบเอว, ดัชนีมวลกาย, ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว, ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว, ระดับน้ำตาลในเลือด, ระดับคอเลสเตอรอลรวม, ไตรกลีเซอไรด์ และไขมัน LDL-C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดังแสดงในตารางที่ 5

**อภิปรายผล**

การศึกษานี้พบว่าพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุงและบุคคลเพศชายทั่วไป ได้แก่ ค่าเส้นรอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับคอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ รวมทั้งสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พชฏ นรสิงห์ และคณะ[1] ที่ได้ศึกษาในพระสงฆ์จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และพบว่าพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีระดับของไขมันในเลือดสูงกว่าพระสงฆ์ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่า ค่า LDL-c ในกลุ่มพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุงต่ำกว่ากลุ่มพระสงฆ์ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Wang S.[13] ที่พบว่าผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีระดับ LDL-c สูงกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งอาจเกิดจากพฤติกรรมที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การได้รับยารักษา

ลดระดับไขมันในกระแสเลือด จึงทำให้ระดับของ LDL-c ในกระแสเลือดลดลง

นอกจากนี้ผลการศึกษายังบ่งชี้ว่าพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีระดับไฟบริโนเจนสูงกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุงและบุคคลทั่วไปเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้า[14, 15] นอกจากนี้จากการศึกษาของ Liu S, et al.[16] พบว่าระดับไขมันและระดับไฟบริโนเจนที่สูงขึ้นในผู้มีภาวะอ้วนลงพุงสัมพันธ์กับกระบวนการสลายเนื้อเยื่อไขมัน ซึ่งส่งผลให้การทำงานของกลูโคสและอินซูลินเพิ่มขึ้น ร่วมกับมีการสร้างไตรกลีเซอไรด์ และหลั่ง very low density lipoprotein cholesterol (VLDL-c) เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้กระบวนการดังกล่าวยังเหนี่ยวนำให้เกิดการอักเสบและกระตุ้นการหลั่งของตัวบ่งชี้ภาวะอักเสบ (inflammatory markers) เช่น tumor necrosis factor-alpha (TNF-$\alpha$), interleukin-6, interleukin-8 และ C-reactive protein เป็นต้น ซึ่งตัวบ่งชี้ภาวะอักเสบเหล่านี้สามารถกระตุ้นให้เยื่อบุผนังหลอดเลือดสูญเสียหน้าที่ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) และกระตุ้นให้มีการสร้างไฟบริโนเจน (fibrinogen) เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งไฟบริโนเจนจัดเป็นโปรตีนชนิดหนึ่งที่ตอบสนองต่อการอักเสบชนิดเฉียบพลัน (acute phase protein) และหากมีระดับที่สูงผิดปกติจะเหนี่ยวนำให้มีการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือดมากยิ่งขึ้นเกิดเป็นก้อนลิ่มเลือด (thrombosis) อุดกั้นการไหลเวียนของเลือด โดยเฉพาะในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (coronary artery disease) และโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

การศึกษานี้ทำการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในพระสงฆ์ โดยใช้แบบประเมิน RAMA-EGAT Heart Score และ Thai CV risk score ซึ่งผลการศึกษาพบว่าพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า สูงกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุงหรือบุคคลทั่วไปเพศชาย อีกทั้งพบความสัมพันธ์ของระดับไฟบริโนเจนกับ RAMA-EGAT Heart Score และ Thai CV risk score รวมถึงพารามิเตอร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ma J, et al.[17] ที่พบว่าระดับไฟบริโนเจนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่า ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด คอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ และ LDL-c เช่นเดียวกับการศึกษาของประกาย จิโรจน์กุล และคณะ[18] ที่พบว่าคะแนนการประเมิน RAMA-EGAT Heart Score มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่า ค่าดัชนีมวลกาย คอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ และ LDL-C

**ข้อเสนอแนะ**

จากผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครพระสงฆ์และกลุ่มพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุง มีระดับไฟบริโนเจนและความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้แบบประเมิน RAMA-EGAT Heart Score และ Thai CV risk score สูงกว่าพระสงฆ์ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุงและบุคคลทั่วไปเพศชาย รวมทั้งการพบความสัมพันธ์ระหว่างระดับไฟบริโนเจนที่สูงขึ้นกับคะแนนการประเมิน RAMA-EGAT Heart Score บ่งชี้ได้ว่า กลุ่มพระสงฆ์โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะ 10 ปีข้างหน้า สูงกว่าบุคคลทั่วไปเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพระสงฆ์ไม่สามารถเลือกซื้ออาหารได้เอง แต่จำต้องได้รับการอาหารจากฆราวาส ที่มักมีรสหวานจัดและมีไขมันสูง ประกอบกับพระสงฆ์ไม่สามารถบริหารขันธ์หรือออกกำลังกายอย่างบุคคลทั่วไปได้ จึงทำให้ร่างกายได้รับพลังงานมากเกินความต้องการและส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและเก็บสะสมในรูปของไขมัน ดังนั้นจากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำข้อมูล

ระดับไฟบริโนเจนและคะแนนการประเมิน RAMA-EGAT Heart Score ไปประยุกต์ใช้เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและภาวะลิ่มเลือดอุดตันในพระสงฆ์ เพื่อเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังและตระหนักถึงอันตรายของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา ซึ่งมีขนาดเล็กกว่าการศึกษาก่อนหน้าที่มีรูปแบบคล้ายคลึงกัน รวมทั้งเกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครและปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อระดับสารชีวเคมีในเลือดและไฟบริโนเจนที่แตกต่างกัน เช่น การรับประทานยา และโรคประจำตัวอื่น ๆ เป็นต้น ดังนั้นเพื่อยืนยันผลการวิจัยจึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและปรับเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. พชฏ นรสิงห์, กฤติณัฏฐ์ นวพงษ์ปวีณ และปัณณวิชญ์ ปิยะอร่ามวงศ์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดภาวะ Metabolic Syndrome ของพระสงฆ์ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561; 25: 21-9.
2. โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2565. กระทรวงสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 13 ธ.ค. 2566] เข้าถึงจาก: https://www.priest-hospital.go.th/report/reportYear
3. สุนันทา ยงวนิชเศรษฐ. อาการเมตาบอลิก: ผลกระทบต่อสุขภาพ การป้องกัน และการจัดการรักษา. สงขลานครินทร์เวชสาร 2558; 33: 207-15.
4. Bal Z, Bal U, Okyay K, Yilmaz M, Balcioglu S, Turgay O, et al. Hematological parameters can predict the extent of coronary artery disease in patients with end-stage renal disease. Int Urol Nephrol 2015; 47: 1719-25.
5. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ: จำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2560-2564): กระทรวงสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2566] เข้าถึงจาก: http://www.thaincd.com/2016/mission3
6. เกษชดา ปัญเศษ, สุกาญฎา กลิ่นถือศิล, อาภาสิณี กิ่งแก้ว และวิยดา วงศ์มณีโรจน์. ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่ปฏิบัติราชการส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข[โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Rama – EGAT Heart Score. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558; 25: 57-70.
7. คณิศฉัตร์ วุฒิศักดิ์สกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2559; 24: 71-83.
8. Dhawale S, Jayant S and Gupta AK. Serum fibrinogen level in type 2 diabetes mellitus patients. Int J Adv Med 2016; 3: 83-7.
9. Huang, PL. A comprehensive definition for metabolic syndrome. Dis Model Mech 2009; 2: 231-7.
10. Lasom S, Komanasin N, Settasatian N, Settasatian C, Kukongviriyapan U, Intharapetch P. Association of a disintegrin and metalloproteinase with a thrombospondin type 1 motif member 13 polymorphisms with severity of coronary stenosis in type 2 diabetes mellitus. J Res Med Sci 2018; 23: p59.
11. Miesbach W, Schenk J, Alesci S, Lindhoff-Last E. Comparison of the fibrinogen Clauss assay and the fibrinogen PT derived method in patients with dysfibrinogenemia. Thromb Res 2010; 126: e428-33.
12. พัฒนาพร สุปินะ, กิติพงษ์ หาญเจริญ, สุคนธา ศิริ และอดิศักดิ์ มณีไสย. การทดสอบความแม่นยำของแบบประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือด หัวใจ Rama–EGAT Heart Score ในผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome โรงพยาบาลศิริราช. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2552; 27: 77-82.

13. Wang S. Association between serum low-density lipoprotein cholesterol and metabolic syndrome in a working population. Lipids Health Dis 2021; 20: 73.
14. Khunger JM, Kumar N, Punia VPS, Malhotra MK. Study of prothrombotic changes in metabolic syndrome. Indian J Hematol Blood Transfus 2020; 36: 695-9.
15. Halldin M, Halldin M, Vikström M, Stenling A, Gigante B, de Faire U, et al. Physical activity attenuates cardiovascular risk and mortality in men and women with and without the metabolic syndrome – a 20-year follow-up of a population-based cohort of 60-year-olds. Eur J Prev Cardiol 2021; 28: 1376-85.
16. Liu SL, Wu NQ, Shi HW, Dong Q, Dong QT, Gao Y, et al. Fibrinogen is associated with glucose metabolism and cardiovascular outcomes in patients with coronary artery disease. Cardiovasc Diabetol 2020; 19: 36.
17. Ma J, Xu A, Jia C, Liu L, Fu Z, Dong J, et al. Associations of fibrinogen with metabolic syndrome in rural Chinese population. J Atheroscler Thromb 2010; 17: 486-92.
18. ประกาย จิโรจน์กุล, สมจิต นิปัทธหัตถพงศ์, เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ, ณัฐนาฎ เร้าเสถียร และฐิตาพร เขียนวงษ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในการศึกษาภาคตัดขวาง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2556: 24: 44-55.

# การพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกตามแนวทาง Smart Hospital โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

# Development of model for outpatient service department for Smart Hospital in Somdet Hospital Kalasin Province.

(Received: February 19,2024 ; Revised: February 21,2024 ; Accepted: February 25,2024)

**ยุพิน รินทราช[1], ดาววดี ลีลาวัฒนานนท์กุล[1], ศรายุทธ นวะศรี[1]**
**Yupin Rintarach[1], Daowadee Leelawathananonkul[1], Sarayuth Navasri[1]**

**บทคัดย่อ**

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกตามแนวทาง Smart Hospital โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกก่อนและหลังพัฒนา คำนวณจากสูตรประมาณค่าสัดส่วน จำนวน 367 คนเท่ากัน 2) เจ้าหน้าที่ที่งานผู้ป่วยนอกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 24 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระยะเวลาการรอคอย ความแออัด ความพึงพอใจ ด้วยสถิติ t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.13 ส่วนมากมีอายุในช่วง 31-44 ปี ร้อยละ 10.35 การศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 27.25 สิทธิพื้นที่บริการบัตรทอง ร้อยละ 73.57 สาเหตุที่มารับบริการด้วยโรคมากที่สุด คือโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 10.35 กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ จำนวน 24 คน ส่วนมากเป็นหญิง ร้อยละ 79.17 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 31-44 ปี ร้อยละ 41.67 ระดับการศึกษาส่วนมากจบปริญญาตรี ร้อยละ 66.67 อาชีพส่วนมากพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 45.83 กระบวนการพัฒนาได้แก่ 6 มาตรการ ได้ปรับรูปแบบและกิจกรรม และการทบทวนประเด็นปัญหาเพื่อปรับปรุงระบบบริการ เพื่อตอบสนองนโยบายการลดระยะการรอคอย 1) ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ 2) จัดทำแผนงานโครงการบูรณาการงบประมาณร่วมกันในโรงพยาบาล 3) การสร้างมาตรการลดระยะเวลารอคอย 4) การใช้นวัตกรรมเทคโนโลยี 5) การให้ความรู้และทัศนคติ 6) การประเมินผลและถอดบทเรียนร่วมกัน ภายหลังการพัฒนาพบว่า เชิงคุณภาพ พบว่าเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ใบสั่งยา Paperless ทำให้ระบบคล่องตัวมากขึ้น คิวแยกแผนกที่ชัดเจน ร่วมกับระบบ Hos XP ทำให้ง่าย ตู้คิวอัตโนมัติที่สามารถลงทะเบียนที่รวดเร็วเพียงสอดบัตรประจำตัวประชาชน ระบบบริการโดยใช้ One Vital Sign connect to HIS สามารถส่งข้อมูลสัญญาณชีพที่วัดได้เข้าระบบ Hos XP โดยอัตโนมัติทำให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องแม่นยำ และรวดเร็ว ลดเวลาในการลงข้อมูล ขั้นตอนการรอคอยเดิม 11 ขั้นตอน เหลือเพียง 7 ขั้นตอน เวลาเฉลี่ยแต่ละจุด 11.52 นาที อยู่ระหว่าง 78-116 นาที เวลารวมหลังการพัฒนาอยู่ที่ 115.24 นาที จากการทดสอบระยะเวลารอคอย ความแออัดแต่ละจุด และความพึงพอใจดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

**คำสำคัญ**: การพัฒนารูปแบบการการบริการผู้ป่วยนอก, แนวทาง Smart Hospital

**Abstract**

This study is action research aim to development for patient service model to Smart Hospital for Somdej Hospital. Kalasin Province The sample groups were: 1) people who received services at the outpatient department before and after the development Calculated from the proportion estimation formula, there were 367 equal people. 2) 24 staff at outpatients and related agencies. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation. Compare differences in average scores for waiting time, crowding, and satisfaction with t-test statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Results of study found that majority of the sample were female, 62.13 percent. Most were in the age range of 31-44 years, 10.35 percent. Most of the education was high school education, 27.25 percent. UC card care service were 73.57 percent. The most illnesses ware chronic kidney disease was 10.35 percent. Sample group of officials was 24 people, most of whom were female, 79.17 percent. Most were in the age range of 31-44 years, 41.67 percent. Education level: Most had a bachelor's degree, 66.67 percent. Most occupations were professional nurses. 45.83 percent. The development process includes 6 measures, with adjusted formats and activities. and reviewing issues to improve the service system To respond to the policy of reducing waiting times 1) meeting to analyze the situation 2) creating a project plan to integrate budgets together in hospitals 3) creating measures to reduce waiting times 4) using innovative technology 5) giving Knowledge and attitude 6) Evaluation and lessons learned together After the development, it was found that qualitatively, it was found that electronic medicine, paperless prescriptions, made the system more flexible. Clear departmental queues combined with the Hos The service system using One Vital Sign connect to HIS can automatically send measured vital sign data into Program Hos XP system, making the data accurate and fast, reducing the time to enter data. The original 11 waiting steps were reduced to only 7 steps. The average time at each point was 11.52 minutes, ranging from 78-116 minutes. Total time after development was 115.24 minutes from the waiting time test. Congestion at each point and improved satisfaction Statistically significant ($p<0.05$).

**Keywords**: Development of outpatient service models, Smart Hospital guidelines

**บทนำ**

กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศ ชูประเด็นดิจิทัลสุขภาพ โดยพัฒนาเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน การบริหารจัดการ การให้บริการ และความปลอดภัยไซเบอร์ เพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนาโรงพยาบาล รองรับนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ และผลักดันนโยบาย Smart Hospital ในหลายโรงพยาบาลได้ดำเนินการนำมาปรับใช้เพื่อให้ประชาชนมีความสะดวกสบายปลอดภัย[1] ได้มาตรฐานในการให้บริการและการจัดการต่างๆ โดย Smart Hospital ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมีองค์ประกอบด้วย 3 smart ดังต่อไปนี้[2] 1) Smart Tools เครื่องมือเทคโนโลยีดิจิทัลที่นำมาประยุกต์ใช้กับระบบต่างๆ ภายในโรงพยาบาล ตั้งแต่การจัดการ ไปจนถึงการให้บริการแก่คนไข้ ช่วยให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการทำงาน และความแม่นยำในการจัดการต่าง ๆ เช่น ระบบการจัดการคิวในการนัดหมายเพื่อเข้ารับบริการของคนไข้แบบออนไลน์ ระบบการจัดการทะเบียนเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น 2)Smart Place and Smart Infrastructure โดยเน้นความสำคัญกับสถานที่ ตามเกณฑ์ในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital โดยต้องเป็นโรงพยาบาลที่มีสิ่งแวดล้อมที่สะอาด สวยงาม และทันสมัย 3) Smart Services คือการเน้นรูปแบบการให้บริการที่ช่วยให้เกิดความสะดวกสบาย เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานภายในองค์กรมากยิ่งขึ้น เช่น การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชน และเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การแสดงข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ การนำ Smart Mobility เพื่อส่งเสริมความรวดเร็วในการรับส่งผู้ป่วย[3]

แนวคิด Smart Hospital เป็นทางเลือกใหม่ที่สามารถลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยการรักษา โดยนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการและระบบบริการ ได้แก่ การใช้บัตรประจำตัวประชาชนเพียงใบเดียว ให้บริการอัตโนมัติในการตรวจสอบสิทธิ การระบุตัวผู้ป่วยมีระบบนัดหมายออนไลน์/เหลื่อมเวลา จอภาพบอกคิวการรักษาในจุด

บริการที่มีผู้รับบริการมาก แพทย์บันทึกข้อมูลการรักษาลงในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System : HIS) และสั่งยาด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้เสียงสั่งพิมพ์ (Paperless) ลดขั้นตอนการ ทำงานที่ไม่จำเป็น เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง Smart Healthcare ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความเป็นเลิศด้านระบบบริการ โดยนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วมาใช้ ด้วย นำระบบอิเล็กทรอนิกส์ และระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มาจัดเก็บระบบข้อมูลต่าง วิเคราะห์ ประมวลผล และสังเคราะห์เป็นแผนการบริหารจัดการของโรงพยาบาลนอกจากนี้ ยังนำระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-health) เพิ่มคุณภาพการรักษา อาทิ การนัดหมายการจัดคิว การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง การจัดยา การส่งต่อผู้ป่วยไปต่างโรงพยาบาล เป็นต้น เพิ่มประสิทธิภาพการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการเข้าถึงข้อมูลผู้รับการรักษา เพื่อลดความแออัด ลดการรอคอย มีข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำ เพื่อให้สถานบริการด้านสุขภาพเป็นโรงพยาบาล Smart Hospital[4]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ได้มีการผลักดัน Smart Hospital ตั้งแต่ปี 2564 โดยเริ่มจากผลักดันการใช้ e – refer และ X-ray Image on cloud ในโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ ผลักดันนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ทุกระดับ ขอให้หน่วยบริการเตรียมความพร้อม Smart Hospital รวมทั้งการติดตั้ง HIS Gateway ระดับ รพ.สต. เพื่อเชื่อมโยง แลกเปลี่ยนข้อมูล และการเรียกเก็บเงิน ระบบ E-Claim โดยให้กลุ่มงานประกันสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ IT โรงพยาบาลเป็นผู้ช่วยติดตั้งและดูแลระบบ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้เล็งเห็นอนาคตประโยชน์ของ Smart Hospital สามารถเพิ่มความรวดเร็วให้กับผู้ป่วยในการเข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาล เพราะมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับใช้ในด้านการจัดการการให้บริการต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลโดยเฉพาะระบบการจัดการคิวแบบออนไลน์ ที่จะมีการจัดลำดับคิวนัดหมายให้กับคนไข้เพื่อเข้ารับบริการ รวมไปถึงระบบการแจ้งเตือนเมื่อถึงคิวเข้ารับบริการ จึงทำให้เกิดความถูกต้องแม่นยำ ลดระยะเวลา และเกิดความรวดเร็วในการเข้ารับบริการมากยิ่งขึ้น ยังช่วยให้การจัดการข้อมูลง่ายยิ่งขึ้น มีการเปลี่ยนรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ด้วยเหตุนี้เองทำให้เกิดการจัดการข้อมูลที่ง่ายขึ้น หากจะนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ก็สามารถค้นหาได้อย่างรวดเร็ว ช่วยรักษา และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม มีการลดการใช้กระดาษ เพราะมีการจัดเก็บข้อมูลด้วยทะเบียนผู้ป่วยด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ หรือแม้กระทั่งการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์กันมากยิ่งขึ้น เพื่อให้สถานบริการมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์สุขภาพสูงที่สุด ผลการดำเนินงานในปี 2565 พบ โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์จังหวัดกาฬสินธุ์ จากทั้งหมดผ่าน เกณฑ์ Smart Hospital โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2, F3 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 65.30 จึงเป็นนโยบายที่ท้าทายและผลักดันต่อในระดับอำเภอ ทั้ง 18 อำเภออย่างเร่งด่วน[5]

โรงพยาบาลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับ M2 ขนาด 90 เตียง ให้บริการจริง 114 เตียง เดิมมีระบบบริการโดยใช้ระบบ Hos XP ใช้การสื่อสารข้อมูลผ่านเวชระเบียนที่เป็นเอกสาร scan จัดเก็บเข้าเป็นแฟ้มประวัติ เมื่อมีการรับบริการเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียนจะค้นแฟ้มประวัติและลงทะเบียนผ่านระบบ Hos XP ใช้คิวกระดาษ ใช้ระบบมือ ในการส่งต่อข้อมูลที่มีความยุ่งยากซ้ำซ้อน และล่าช้า เกิดความเสี่ยงทั้งจากระบบและจากตัวบุคคล มีข้อร้องเรียนส่งผลถึงความไม่พึงพอใจในการรับบริการที่ต่ำกว่าเกณฑ์ โดยพบว่าระดับความพึงพอใจในปี 2561-2565 เท่ากับร้อยละ 79.26, 78.20, 83.69, 85.53 และ 83.50 ตามลำดับ ซึ่งเป้าหมายต้องมากกว่าร้อยละ 85 ระยะเวลารับบริการเฉลี่ยผู้ป่วยนอกในปี 2561-2565 เท่ากับ 274.30, 283.81, 229.85, 224.36 และ 142.45 นาที เป้าหมายไม่เกิน 120 นาที จากข้อมูลข้างต้นซึ่งยังพบปัญหาจากการให้บริการที่ยังไม่ได้มาตรฐาน จึงได้ปรับปรุงพัฒนา

ระบบบริการงานผู้ป่วยนอกโดยนำระบบ Smart Hospital มาใช้ เพื่อพัฒนาการบริการให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น โดยเริ่มใช้ระบบ Smart Hospital เมื่อเดือนกรกฎาคม 2563 เป็นต้น[6]

จากความสำคัญและปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำแนวคิด Smart Hospital มาใช้เป็นเครื่องมือในระบบบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ ให้มีมาตรฐานมากขึ้น โดยพัฒนารูปแบบการบริการโดยใช้ระบบ Queue Display ระบบ Queue Online ระบบ One Vital Sign connect to HIS และเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ใบสั่งยาแบบไร้กระดาษ และได้ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกตามแนวทาง Smart Hospital ข้อมูลที่ได้นำไปปรับปรุงระบบและกระบวนการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยคาดหวังว่าจะสามารถลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยการรักษา ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย สะดวก และมีมาตรฐาน รวมทั้งเป็นการตอบสนองความต้องการในการรับบริการของผู้รับบริการอย่างยั่งยืนต่อไป

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกตามแนวทาง Smart Hospital

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 –30 กันยายน 2566 รวมระยะเวลา 12 เดือน ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกตามแนวทาง Smart Hospital โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการทบทวนข้อมูล ทบทวนองค์ความรู้ ทบทวนสิ่งที่ติดขัด Smart Hospital ทบทวนระยะเวลาการรอคอย ทบทวนผู้ป่วยแออัด และความพึงพอใจในแผนกบริการผู้ป่วยนอก ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงพัฒนา การหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะการพัฒนา ให้เกิดเป็นรูปแบบการพัฒนา Smart Hospital และทดลองใช้ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีกระบวนการศึกษาพัฒนา ประกอบด้วย 6 มาตรการ ดังนี้ 1) ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ 2) จัดทำแผนงานโครงการบูรณาการงบประมาณร่วมกันในโรงพยาบาล 3) การสร้างมาตรการลดระยะเวลารอคอย 4) การใช้นวัตกรรมเทคโนโลยี 5) การให้ความรู้และทัศนคติ 6) การประเมินผลและถอดบทเรียนร่วมกัน และพัฒนาขั้นตอนการบริการดังนี้ มี 10 ขั้นตอน ได้แก่ ทำบัตรรับบัตรคิว ชั่งน้ำหนักวัดความดันโลหิต ซักประวัติ รอตรวจ พบแพทย์ตรวจรักษา ให้คำแนะนำหลังตรวจออกใบนัด นอนรักษา ส่งต่อ รับยาต่อมาจึงพัฒนาและปรับ เพิ่มขึ้น มี 11 ขั้นตอน ได้แก่ คัดกรอง ลงทะเบียน รับบัตรคิว ชั่งน้ำหนักวัดความดันโลหิต ซักประวัติ รอตรวจ พบแพทย์ตรวจรักษา ให้คำแนะนำหลังตรวจออกใบนัด นอนรักษา ส่งต่อ รับยา สิ้นสุดการพัฒนาในปี 2566 จำนวน 7 จุด ลดขั้นตอน ทั้งรวมและยุบตัดได้แก่ จุดที่ตัด ได้แก่ ทำบัตร นั่งรอซักประวัติ พบแพทย์ จุดที่ยุบ ได้แก่ ลงทะเบียน รับบัตรคิว ให้คำแนะนำหลังตรวจ การออกใบนัด การนอนรักษา การส่งต่อ เป็นต้น

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก ปฏิบัติงานในช่วงเดือน 1 ตุลาคม 2565 –30 กันยายน 2566 และประชาชนผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในเดือนตุลาคม 2565-เดือนกันยายน 2566

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ตัวแทนประชากรที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 391 คน ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก ปฏิบัติงานในช่วง เดือน 1 ตุลาคม 2565 –30 กันยายน 2566 จำนวน 24 คน 2) ประชาชนผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในเดือนตุลาคม 2565 เทียบกับ เดือนกันยายน 2566 คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าสัดส่วน ได้ จำนวน 367 คน รวม 2 กลุ่ม 391 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 4 ชุดประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แนวคำถามปลายเปิดเชิงพัฒนาทางคุณภาพ ประกอบด้วย ความคิดเห็นด้าน Smart Hospital ปัญหาอุปสรรค และความต้องการในแผนกผู้ป่วยนอก

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลระยะเวลารอคอย

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลความแออัด

ชุดที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจผู้ปฏิบัติงานและผู้มารับบริการ พัฒนาคุณภาพ โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน จากมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ตามความเห็นสอดคล้องมากหรือน้อยเพียงใด โดยใช้ค่า (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นว่าถูกต้อง 2 ใน 3 ผ่านค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) และความเที่ยงมีค่ามากกว่า 0.80 และได้ปรับปรุงตามคำแนะนำ ได้นำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระยะเวลาการรอคอย ความแออัด ความพึงพอใจ ด้วยสถิติ t-test ในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์แบบสามเส้า จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาการใช้ Smart Hospital โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

**ผลการวิจัย**

**1. บริบทและการวิเคราะห์ปัญหา**

โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็น โรงพยาบาลชุมชน ทุติยภูมิ M2 ที่ผ่านการรับรองการประกันคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (HA) ขนาด 90 เตียง ให้บริการจริง 114 เตียง มีเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานประกอบด้วยแพทย์ 6 คน พยาบาลวิชาชีพ 11 คน เวชกิจฉุกเฉิน 1 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 3 คน พนักงานเปล 2 คน พนักงานประสัมพันธ์ 1 คน ให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาทั่วไป ที่อาการไม่ฉุกเฉินเร่งด่วน ทุกวัน เวลาราชการ โดยมีข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอก แผนกส่งเสริมสุขภาพ งานอุบัติเหตุฉุกฉิน มีผู้รับบริการโดยประมาณต่อวัน 400 -700 ราย

จุดบริการที่ช้าที่สุดในแผนกผู้ป่วยนอก 3 จุด ได้แก่ 1) จุดรอซักประวัติ ใช้เวลาประมาณ 16.78 นาที ปัญหาคือ รอ OPD card จากห้องบัตร วิธีแก้คือ ใช้ระบบ Queue Display ในการเรียกผู้รับบริการซักประวัติ ลดความผิดพลาดในการระบุตัวบุคคล ใช้ One Vital Sign connect to HIS โดยส่งข้อมูลสัญญาณชีพที่วัดได้จะเชื่อมข้อมูลเข้าไปในระบบ Hos-XP โดยอัตโนมัติทำให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องแม่นยำ และ รวดเร็ว 2) จุดรอพบแพทย์ตรวจรักษา ใช้เวลาประมาณ 53.33 นาที ปัญหาคือ ผู้รับบริการต้องได้รับการซักประวัติอาการ ลงบันทึกข้อมูล และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษอื่นๆ และกรณีที่มีตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต้องรอผลตรวจนาน วิธีแก้คือ ปรับกิจกรรมส่งตรวจพิเศษหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนจัดระบบการบริการเหลื่อมเวลาและทำ flow ลดขั้นตอนการให้บริการเพื่อให้การบริการสะดวกและรวดเร็วมากขึ้น 3) จุดรับยา ใช้เวลาประมาณ 13.58 นาที ปัญหาคือ รอใบสั่งยาจากแพทย์เมื่อตรวจรักษาเสร็จเรียบร้อย วิธีแก้คือ งดปริ้นใบสั่งยา ใช้เอกสาร paperless

จุดบริการที่แออัด ที่สุดในโรงพยาบาลสมเด็จ 3 จุด ได้แก่ 1) จุดคัดกรอง มีผู้มารับบริการรวมประมาณ 45 คน ปัญหาที่พบ คือ เจ้าหน้าที่ประจำจุดคัดกรอง 1 คน มีพื้นที่จำกัด จุดคัดกรองอยู่บริเวณทางเข้าออกของตึก มีผู้รับบริการรอการคัดกรอง

จำนวนมาก แออัดและล่าช้า วิธีแก้คือ เพิ่มช่องทางให้บริการคัดกรองและลงทะเบียนผ่านตู้คิว Queue kiosk และเพิ่มเจ้าหน้าที่ประจำจุดเพื่อประชาสัมพันธ์และให้คำแนะนำระบบบริการ 2) จุดรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษอื่นๆ คนนั่งรวมประมาณ 90 คน ปัญหาคือ มีผู้รับบริการส่งตรวจและรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีจำนวนมาก บริเวณที่นั่งรอมีจำกัด คับแคบ ที่นั่งรอไม่เพียงพอ วิธีแก้คือ ปรับรูปแบบโดยการให้ผู้รับบริการเมื่อทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเรียบร้อย เจ้าหน้าที่จะบันทึกข้อมูลในระบบและให้ผู้รับบริการรอฟังผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จุดบริการตามแผนกที่ส่งตรวจ 3) จุดรอพบแพทย์ตรวจรักษา คนนั่งรวมประมาณ 150 คน ปัญหาคือ ผู้รับบริการต้องได้รับการซักประวัติอาการ ลงบันทึกข้อมูล และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษอื่นๆ และต้องรอผลตรวจนาน วิธีแก้ไข คือ ปรับกิจกรรมและทำ flow ลดขั้นตอนการให้บริการเพื่อให้การบริการสะดวกและรวดเร็วมากขึ้น

ปัญหาการปฏิบัติตามนโยบาย Smart Hospital 1) ด้านคน การนำเทคโนโลยีใหม่ๆมาปรับใช้เพื่อลดภาระงานของบุคลากรในหน่วยงาน ต้องมีระยะเวลาในการปรับตัวเพื่อเรียนรู้ระบบการเปลี่ยนแปลง ศึกษาแนวทางและรูปแบบการให้บริการและยังจำเป็นต้องมีอัตรากำลังของบุคลากรที่เหมาะสม มีความรู้เฉพาะด้านในการพัฒนาระบบบริการ 2) เงิน ต้องใช้งบประมาณสนับสนุนในการปรับปรุงการรองรับการดำเนินงานรูปแบบใหม่ ด้าน Smart hospital อย่างต่อเนื่อง 3) อุปกรณ์ เทคโนโลยีที่สนับสนุน ปรับใช้ในระบบบริการเพื่อลดภาระการทำงานของบุคลากร ยังไม่เพียงพอ ไม่ทันเวลา 4) ระบบ วางแผนการพัฒนาระบบบริการ Smart Hospital ให้ต่อเนื่องและปรับปรุงรูปแบบที่สามารถใช้งานได้ง่ายเหมาะสมกับผู้รับบริการ

**กระบวนการพัฒนา** Smart Hospital ประกอบด้วย 6 มาตรการ ได้ปรับรูปแบบและกิจกรรมและการทบทวนประเด็นปัญหาเพื่อปรับปรุงระบบบริการ เพื่อตอบสนองนโยบายการลดระยะการรอคอย 1) ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ 2) จัดทำแผนงานโครงการบูรณาการงบประมาณร่วมกันในโรงพยาบาล 3) การสร้างมาตรการลดระยะเวลารอคอย 4) การใช้นวัตกรรมเทคโนโลยี 5) การให้ความรู้และทัศนคติ 6) การประเมินผลและถอดบทเรียนร่วมกัน และพัฒนาขั้นตอนการบริการดังนี้ มี 10 ขั้นตอน ได้แก่ ทำบัตร รับบัตรคิว ชั่งน้ำหนักวัดความดันโลหิต ซักประวัติ รอตรวจ พบแพทย์ตรวจรักษา ให้คำแนะนำหลังตรวจ ออกใบนัด นอนรักษา ส่งต่อ รับยาต่อมาจึงพัฒนาและปรับ เพิ่มขึ้น มี 11 ขั้นตอน ได้แก่ คัดกรอง ลงทะเบียน รับบัตรคิว ชั่งน้ำหนักวัดความดันโลหิต ซักประวัติ รอตรวจ พบแพทย์ตรวจรักษา ให้คำแนะนำหลังตรวจออกใบนัด นอนรักษา ส่งต่อ รับยา สิ้นสุดการพัฒนาในปี 2566 จำนวน 7 จุด ลดขั้นตอน ทั้งรวมและยุบตัดได้แก่ จุดที่ตัด ได้แก่ ทำบัตร นั่งรอซักประวัติ/พบแพทย์ จุดที่ยุบ ได้แก่ ลงทะเบียน/รับบัตรคิว ให้คำแนะนำหลังตรวจ/ออกใบนัด/นอนรักษา/ส่งต่อ

**2. ผลการพัฒนา**

**ลักษณะทั่วไปทางประชากร** กลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก จากการสุ่มตัวอย่างประชาชนผู้มารับบริการใน 1 เดือน ช่วงหลังการพัฒนา 12 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 367 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 62.13 ส่วนมากมีอายุในช่วง 31-44 ปี จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 10.35 รองลงมาอายุ ช่วง 15-30 ปี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 9.81 และ ช่วงอายุ 45-60 ปี จำนวน 25 คน ร้อยละ 6.81 การศึกษาส่วนมากจบการศึกษามัธยมศึกษาจำนวน 100 คน ร้อยละ 27.25 ปริญญาตรีจำนวน 66 คน ร้อยละ 17.98 ประถมจำนวน 48 คน ร้อยละ 13.08 สิทธิพื้นที่บริการบัตรทอง จำนวน 270 คน ร้อยละ 73.57 ข้าราชการ 52 คน ร้อยละ 14.17 ประกันสังคม 10 คน ร้อยละ 2.72 สาเหตุที่มารับบริการด้วยโรคมากที่สุด คือโรคไตวายเรื้อรัง 38 คน ร้อยละ 10.35 รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง 28 คน ร้อยละ 7.63 และโรคเบาหวาน 27 คน ร้อยละ 7.36 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีบุคลากร จำนวน 24 คน ส่วนมากเป็น

หญิง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 79.17 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 31-44 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67 รองลงมาอายุ ช่วง 18-30 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 และ ช่วงอายุ ช่วง 45-60 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็น ร้อยละ 20.83 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมากจบปริญญาตรี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 จบชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 7 คน ร้อยละ 29.17 ระดับอนุปริญญาจำนวน 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 4.17 อาชีพส่วนมาก พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 11 คน ร้อยละ 45.83 รองลงมาคือ แพทย์ 6 คน ร้อยละ 25.00 พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 3 คน ร้อยละ 12.50 ตามลำดับ

**ผลการพัฒนาการใช้ Smart Hospital** การพัฒนาและปรับใช้โดยการนำเทคโนโลยีใหม่ๆมาทดแทนเพื่อลดภาระงานและขั้นตอนการทำงาน สามารถช่วยให้บุคลากรที่ทำงานและผู้รับบริการเกิดความสะดวกสบายมากขึ้น ได้มีการปรับในจุดซักประวัติ ผู้ป่วยที่แพทย์นัดให้มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือบริการอื่นๆ ก่อนเข้าตรวจหรือพบแพทย์ โดยปรับให้พยาบาลจุดคัดกรองเป็นคนส่งตรวจ มีการนัดเหลื่อมเวลากันในระหว่างคลินิก และให้ผู้ป่วยนัดไปตรวจบริการอื่นๆก่อนพบแพทย์ตรวจให้ครบก่อนจึงมาซักประวัติ เพื่อลดความแออัด โดยกระจายผู้มารับบริการไปรับการตรวจอื่นๆ ตามคำสั่งแพทย์ก่อน ภายหลังการพัฒนาเพิ่มจุดคัดกรองซึ่งเป็นพื้นที่ด่านหน้าที่มีผู้รับบริการเป็นจุดแรก โดยปรับให้มีระบบการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่นๆ ในจุดนี้เพิ่มเติม และในจุดซักประวัติเพื่อรอเข้าตรวจ จัดระบบเข้ารับบริการโดยแยกตามแผนกทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีนัดหมายและไม่ได้นัดหมาย คลินิกจุดต่างๆจะหมุนเวียนกันไปในแต่ละวัน การพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์แทนการใช้เวชระเบียนที่เป็นเอกสาร (Paperless) งดการปริ้นใบสั่งยา ทำให้ลดปริมาณการใช้กระดาษลง ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ มีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น และการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ยังทำให้การบริการรวดเร็วมากขึ้น ลดขั้นตอนบริการจากเดิม 9 ขั้นตอนเหลือ 7 ขั้นตอน การพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ Smart Hospital ในการรับผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการรักษาตรงกับที่ผู้ป่วยเป็นจริง ลดเวลาในการรอคอยการลงทะเบียนของผู้ป่วย กำหนดแผนกที่ผู้ป่วยต้องการพบแพทย์ สามารถบอกอาการที่ต้องการรักษาได้ครบถ้วนสมบูรณ์ และยังลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ ห้องลงทะเบียน ลดภาระงานของพยาบาลและแพทย์ในการซักประวัติผู้ป่วย การพัฒนาระบบการใช้คิวแยกแผนกที่ชัดเจนซึ่งสั่งผ่านตู้คิว Queue kiosk สามารถลงทะเบียนได้รวดเร็วเพียงสอดบัตรประจำตัวประชาชน นอกจากนี้ยังช่วยลดความผิดพลาดเรื่องการระบุตัวบุคคลได้อีกด้วย ในกรณีที่มีบัตรนัดสามารถลงทะเบียนผ่านการสแกนบาร์โค้ดได้ข้อมูลของผู้มารับบริการชัดเจนอ่านง่าย การลงทะเบียนผ่าน Queue kiosk สามารถปริ้นบัตรคิวพร้อมใบสื่อสารแทนการค้น OPD card ซึ่งมีข้อมูลที่จำเป็นสะดวกต่อการใช้สื่อสารของเจ้าหน้าที่ โดยข้อมูลบางส่วนจะบันทึกในระบบHos XP ทำให้อ่านง่ายเป็นการบันทึกช่วยจำอีกทางหนึ่ง ในส่วนของระบบ Queue Display มีจอโทรทัศน์แสดงคิวพร้อมมีเสียงเรียกชื่อ โดยผู้รับบริการจะได้ยินเสียง และเห็นชื่อไปพร้อมๆกัน ลดความผิดพลาดในการระบุตัวบุคคลได้ เป็นการเพิ่มความสนใจของผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี การวัดสัญญาณชีพเดิมต้องใช้เจ้าหน้าที่วัดและลงข้อมูลในกระดาษเกิดความผิดพลาด (human error) บ่อย หลังพัฒนาระบบบริการโดยใช้ One Vital Sign connect to HIS โดยส่งข้อมูลสัญญาณชีพที่วัดได้จะเชื่อมข้อมูลเข้าไปในระบบ Hos XP โดยอัตโนมัติทำให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องแม่นยำ และรวดเร็ว ส่วนการเข้าถึงข้อมูลประวัติผู้มารับบริการของแพทย์นั้น แพทย์สามารถใช้การสแกนบาร์โค้ดแทนการคีย์เลข HN ทำให้รวดเร็วมากขึ้นลดความผิดพลาดในการตรวจผิดคนได้ ระบบ Queue Online มีการปรับรูปแบบให้ทดลองการจองคิวออนไลน์ผ่าน application line จำนวนผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกลดลง ส่วนใหญ่จะเข้ามารับบริการแบบไม่มีนัดติดตาม กรณีที่นัดจะเป็นผู้ป่วยที่ต้องรับยาต่อเนื่องแต่ให้การส่งยาไปให้ที่บ้านแทนการนัดเข้ามาโรงพยาบาล จึงทำให้การจองคิวนัดยังไม่ได้รับการ

ตอบรับเท่าที่ควร ปัญหาการให้ application ของผู้มารับบริการที่ต้องทำผ่านโทรศัพท์มือถือมีข้อจำกัดที่จะสามารถบริการเฉพาะกลุ่ม ที่พร้อมมีมือถือแบบสมาร์ทโฟน และใช้งานได้ ในกลุ่มที่เป็นผู้สูงอายุหรือไม่มีโทรศัพท์หรือมีแต่ปัญหาการใช้application จะไม่สามารถเข้าระบบการจองคิวออนไลน์ได้ ซึ่งจะได้มีการพัฒนาปรับปรุงในลำดับต่อไป

**ผลการลดระยะเวลา** สามารถลดระยะเวลาลงได้ 8 จุดบริการ จาก 10 จุดบริการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 80.00 และ มีเวลาเพิ่มขึ้น 2 จุด เนื่องจากเป็นจุดที่ละเอียดและต้องการคุณภาพ จากการทดสอบหลังการพัฒนา ระยะเวลารอคอย พบว่ามีค่าเวลาเฉลี่ยแต่ละจุด 11.52 นาที อยู่ระหว่าง 78-116 นาที เวลารวมหลังการพัฒนาอยู่ที่ 115.24 นาที ดังแสดงในตาราง 1

**ตาราง 1** ระยะเวลารอคอยในจุดบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

| รายการ | ก่อนพัฒนา(นาที) | หลังพัฒนา (นาที) | แปลผล |
|---|---|---|---|
| 1.ระยะเวลาในการทำบัตร | 2.51 | 2.12 | ลด |
| 2.ระยะเวลารอคอย | 7.25 | 6.38 | ลด |
| 3.เวลาคัดกรอง | 3.40 | 4.81 | เพิ่ม |
| 4.ระยะเวลารอคอยซักประวัติ | 18.19 | 16.78 | ลด |
| 5.เวลาการซักประวัติ | 3.75 | 3.70 | ลด |
| 6.ระยะเวลารอคอยรอตรวจ | 80.08 | 53.33 | ลด |
| 7.ระยะเวลาแพทย์ตรวจ | 4.30 | 4.14 | ลด |
| 8.ระยะเวลารอคอยคำแนะนำหลังตรวจ | 3.57 | 6.10 | เพิ่ม |
| 9.เวลาในการให้คำแนะนำหลังตรวจ | 4.33 | 4.30 | ลด |
| 10.ระยะเวลารอรับยา | 15.07 | 13.58 | ลด |
| **เฉลี่ยแต่ละจุด** | **14.24** | **11.52** | **ลด** |
| **รวม** | **142.45** | **115.24** | **ลด** |

**ผลการลดขั้นตอนการรอคอย** ก่อนการพัฒนาเดิม 11 ขั้นตอน เหลือเพียง 7 ขั้นตอน หลังการพัฒนา ระบบ Smart Hospital มีขั้นตอนบริการ 7 ขั้นตอน ดังนี้

1) ลงทะเบียนเข้ารับบริการโดยติดต่อห้องบัตร รับใบนำทาง / บัตรคิว ใช้ใบนำทางนี้ตลอดการรับบริการ

2) ชั่งน้ำหนัก / วัดส่วนสูง / วัดความดันโลหิตที่จุดบริการ

3) ซักประวัติ ที่จุดซักประวัติหมายเลข 4, 5, 6

4) เรียกคิวพบแพทย์ โดยนั่งรอหน้าห้องตรวจหมายเลข 2-7

5) พบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา

6) คำแนะนำหลังตรวจ/ใบนัด

7) รับยา/นอนรักษา/ส่งต่อ

**ผลการประเมินความพึงพอใจ** ผลการประเมินความพึงพอใจ 6 ข้อ ระดับความพึงพอใจ 30 คะแนน ภายหลังการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกตามแนวทาง Smart Hospital พบว่า ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น โดยค่าคะแนนความพึงพอใจ เฉลี่ยก่อนพัฒนามีค่า 19.91 คะแนน (SD 3.71 คะแนน) คะแนนความพึงพอใจภายหลังการพัฒนา มีค่า 25.78 คะแนน (SD 2.81 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความพึงพอใจภายหลังการพัฒนารูปแบบรูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกตามแนวทาง Smart Hospital หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 25.62$) ดังแสดงในตาราง 2

**ตาราง 2** ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

| รายการ | จำนวน | ความพึงพอใจเฉลี่ย | S.D. | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนพัฒนา | 391 | 19.91 | 3.71 | 25.62 | .001* |
| หลังพัฒนา | 391 | 25.78 | 2.81 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**อภิปรายผล**

ประชากรในกลุ่มผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จ ส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุในช่วง 31-44 ปี การศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา สิทธิพื้นที่บริการบัตรทอง สาเหตุที่มารับบริการด้วยโรคมากที่สุด คือโรคไตวายเรื้อรัง จะเห็นว่าเพศหญิงเข้ามารับบริการเป็นจำนวนมาก อาจเพราะปัญหาทางสุขภาพ หรือ ใส่ใจทางสุขภาพมากกว่าเพศชาย และส่วนมากเป็นผู้ใช้สิทธิบัตรทองในพื้นที่ เนื่องจากอยู่ใกล้ และสะดวกในการเดินทาง และมีการศึกษาในระดับกลาง เพราะเป็นกลุ่มคนชั้นกลางที่ทำงานในพื้นที่เป็นหลัก โรคเรื้อรังที่เป็นต้นเหตุให้มาแผนกผู้ป่วยนอกจะพบว่าเป็นโรคไต เนื่องมาจากเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ของอำเภอสมเด็จ ส่งผลให้เพิ่มจำนวนผู้มารับบริการ สอดคล้องกับ มัธนา เอ็มประโคน[7] ในขณะที่ กลุ่มเจ้าหน้าที่ส่วนมากเป็นหญิง อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 31-44 ปี ระดับการศึกษาส่วนมากจบปริญญาตรี อาชีพส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงาน Smart hospital ในจุดต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการลดแออัด การลดระยะเวลารอคอย และยังเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีส่วนร่วมและเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรที่สามารถใช้เทคโนโลยีต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ ธวัช ทองน้อย และ อรวรรยา กระสังข์[8]

การวิเคราะห์ปัญหาและบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จ เป็นโรงพยาบาลชุมชนทุติยภูมิ ขนาด 90 เตียง ให้บริการจริง 114 เตียงมีผู้รับบริการโดยประมาณต่อวัน 400 -700 ราย จุดบริการที่ช้าที่สุดในแผนกผู้ป่วยนอกหลักๆ ได้แก่ จุดรอซักประวัติ จุดรอพบแพทย์ตรวจรักษา และจุดรับยา จุดบริการที่แออัด ที่สุด หลักๆ ได้แก่ จุดคัดกรอง จุดรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษอื่นๆ และ จุดรอพบแพทย์ตรวจรักษา ปัญหาการปฏิบัติตามนโยบาย Smart Hospital ด้านคน การนำเทคโนโลยีใหม่ๆมาปรับใช้ ด้านเงิน ต้องใช้งบประมาณสนับสนุนในการปรับปรุงการรองรับการดำเนินงานรูปแบบใหม่อย่างต่อเนื่อง ด้าน อุปกรณ์เทคโนโลยีที่สนับสนุน ปรับใช้ในระบบบริการเพื่อลดภาระการทำงานของบุคลากร ยังไม่เพียงพอ ไม่ทันเวลา และ ระบบวางแผนการพัฒนาระบบบริการ Smart Hospital ให้ต่อเนื่องและปรับปรุงรูปแบบที่สามารถใช้งานได้ง่ายเหมาะสมกับผู้รับบริการ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนทุติยภูมิ ทำให้แบกรับภาระมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป และให้บริการมากกว่าเตียงจริง พบปัญหาในจุด จุดรอซักประวัติ จุดรอพบแพทย์ตรวจรักษา จุดรับยา จุดคัดกรอง จุดรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษอื่นๆ ที่ใช้เวลารอคอยนาน และแออัดสูง เนื่องจากเป็นจุดที่ต้องใช้ความละเอียดสูงและต้องระวังเป็นพิเศษในเชิงคุณภาพการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับ เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์[9]

กระบวนการพัฒนา Smart Hospital ประกอบด้วย 6 มาตรการ ได้ปรับรูปแบบและกิจกรรม และการทบทวนประเด็นปัญหาเพื่อปรับปรุงระบบบริการ เพื่อตอบสนองนโยบายการลดระยะการรอคอย โดยมี การประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ การจัดทำแผนงานโครงการบูรณาการงบประมาณร่วมกันในโรงพยาบาล การสร้างมาตรการลดระยะเวลารอคอย การใช้นวัตกรรมเทคโนโลยี การให้ความรู้และทัศนคติ การประเมินผลและถอดบทเรียนร่วมกัน เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สร้างและพัฒนาให้เหมาะกับบริบทและ

ปัญหาของโรงพยาบาลสมเด็จโดยตรง การพัฒนาร่วมกันเชิงระบบกับทีมสหวิชาชีพส่งผลให้สำเร็จได้ดี สอดคล้องกับ นิตยา คล่องขยัน[10]

ผลการพัฒนาการใช้ Smart Hospital ทำให้บุคลากรที่ทำงานและผู้รับบริการเกิดความสะดวกสบายมากขึ้น การปรับในจุดซักประวัติให้รวดเร็วขึ้น ผู้ป่วยที่แพทย์นัดให้มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือบริการอื่นๆ ก่อนเข้าตรวจหรือพบแพทย์ พยาบาลจุดคัดกรองเป็นคนส่งตรวจ การนัดเหลื่อมเวลากันในระหว่างคลินิก การพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ Smart Hospital ในการรับผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการรักษาตรงกับที่ผู้ป่วยเป็นจริง ลดขั้นตอนบริการจากเดิม 9 ขั้นตอนเหลือ 7 ขั้นตอน เนื่องจากระบบที่ทันสมัย รวดเร็วขึ้น ทำให้ประชาชนที่มารับบริการพึงพอใจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะบัตรคิวอัตโนมัติ และระบบลดการใช้กระดาษ มีส่วนเพิ่มความพึงพอใจอย่างมาก สอดคล้องกับ จินตนา ศรีสร้างคอม และ อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล[11] การลดระยะเวลารอคอย หลังการพัฒนาสามารถลดระยะเวลาลงได้ 8 จุดบริการ จาก 10 จุดบริการ เนื่องจากเป็นจุดที่ละเอียดและต้องการคุณภาพ จากการทดสอบหลังการพัฒนา ระยะเวลารอคอย พบว่ามีค่าเวลาเฉลี่ยแต่ละจุด 11.52 นาที อยู่ระหว่าง 78-116 นาที เวลารวมหลังการพัฒนาอยู่ที่ 115.24 นาที เนื่องจาก ระบบงดการใช้กระดาษลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ ห้องลงทะเบียน ลดภาระงานของพยาบาลและแพทย์ในการซักประวัติผู้ป่วย การพัฒนาระบบการใช้คิวแยกแผนกที่ชัดเจนซึ่งสั่งผ่านตู้คิว Queue kiosk สามารถลงทะเบียนได้รวดเร็วเพียงสอดบัตรประจำตัวประชาชน และ ระบบบริการโดยใช้ One Vital Sign connect to HIS โดยส่งข้อมูลสัญญาณชีพที่วัดได้จะเชื่อมข้อมูลเข้าไปในระบบ Hos XP โดยอัตโนมัติทำให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องแม่นยำ และรวดเร็ว และ แพทย์สามารถใช้การสแกนบาร์โค้ดแทนการคีย์เลข HN ทำให้รวดเร็วมากขึ้นลดความผิดพลาดในการตรวจผิดคนได้ ระบบ Queue Online มีการปรับรูปแบบให้ทดลองการจองคิวออนไลน์ผ่าน application line จำนวนผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกลดลง สอดคล้องกับ ไพรฑูรย์ ทิ้งแสน และ อารีย์ นัยพินิจ[12]

**ข้อเสนอแนะ**

1. การนำรูปแบบ Smart Hospital โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาล ควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนา อย่างน้อย 6 เดือน ให้สอดคล้องกับวิถีชุมชนและภาระงานของบุคลากรควบคู่กัน ส่งผลให้ลดระยะเวลาการรอคอย ความแออัด ความพึงพอใจบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ที่ดีและเหมาะสมได้

2. ควรมีการลดขั้นตอนการบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดความแออัด บูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย เพิ่มเติมร่วมกับองกรรัฐและเอกชนและคนในชุมชนควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จ

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึง

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณบุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งหัวหน้างานกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จ หัวหน้างานทุกฝ่าย และขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

**เอกสารอ้างอิง**

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. การดำเนินงานยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2562. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข; 2562.

2. ธัญกร เอี้ยวชิโป และ วิไลลักษณ์ เลิศเมธากุล. รายงานการพัฒนาระบบคิวงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุ่งหว้า จังหวัดสตูล; 2564.

3. ปุณยนุช แกวยัง. ความพึงพอใจของพนักงานบริษัทในการใช้งานระบบ paperless. วารสาร การเงิน การลงทุน การตลาด และการบริหารธุรกิจ 2560 ; 2(3): 355-373.
4. วันธณี วิรุฬห์พานิช. ผลของโมบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.2564 ; 41(1): 37-53.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานผลการประเมิน smart hospital จังหวัดกาฬสินธุ์.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2564.
6. โรงพยาบาลสมเด็จ. รายงานศูนย์ฐานข้อมูลสุขภาพอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2564.
7. มัธนา เอ็มประโคน. รายงานการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลโคกย่าง อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2564.
8. ธวัช ทองน้อย และ อรวรรยา กระสังข์. การลดความแออัดและระยะเวลารอคอยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาล. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2564; 63(4): 822-835.
9.เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564; 15(36): 160-178.
10.นิตยา คล่องขยัน. การพัฒนารูปแบบบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital
โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2565.
11. จินตนา ศรีสร้างคอม และ อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล. การพัฒนาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลในยุค New Normal แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2566; 7(3): 109-122.
12.ไพรฑูรย์ ทิ้งแสน และ อารีย์ นัยพินิจ. การกำหนดแนวทางการลดระยะเวลาการรอคอยการให้บริการตรวจโรคทั่วไปของโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการและวิจัยมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2563; 10(1): 59-72.

# การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาเสพสารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา

# Nursing care of newborns whose mothers use amphetamines Namon Hospital Kalasin Province : a case study

(Received: February 18,2024 ; Revised: February 21,2024 ; Accepted: February 25,2024)

**ชลธิรา ชุ่มมณี**[1]
**Chontira chummanee**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษากรณีศึกษา 2 ราย ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน และศึกษาผลของการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โดยใช้การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นทารกที่คลอดในโรงพยาบาลนามน ดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566 โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี

ผลการศึกษาพบว่า ทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน มีภาวะน้ำหนักน้อยทั้ง 2 ราย และศีรษะต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 1 ราย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะดูแล มารดามีการใช้แอมเฟตามีน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ขณะคลอดให้ผล Positive ต่อเมทแอมเฟตามีน ให้การว่ามีเสพโดยการสูบ และครอบครัวให้ความร่วมมือในการดูแลทารกต่อเนื่อง และมีความมั่นใจในการเลี้ยงดูทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน และพยาบาลที่ให้การพยาบาลมีความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โดยมีกระบวนการที่เป็นรูปแบบการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจง การให้ข้อมูลมารดาและครอบครัวในการเลี้ยงดูทารกแรกเกิดได้อย่างเหมาะสม การวางแผนจำหน่ายที่ให้มารดาและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงาน รพ.สต.เขตพื้นที่ โดยทารกและมารดาพักอาศัยเพื่อการเยี่ยมบ้านที่ต่อเนื่องร่วมกับ การวางแผนการรักษาตามแนวทางการพยาบาลที่ทันสมัย การดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยทีมสหวิชาชีพและการแพทย์แผนไทยและภาคีเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การวิเคราะห์ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านด้วยทีมสหวิชาชีพและการแพทย์แผนไทย และการดูแลหลังคลอด อบประคบหม้อเกลือ การใช้สมุนไพรชาชงยาดอกขาว การทำงานร่วมกับฝ่ายปกครอง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ ผลักดันวาระยาเสพติดในพื้นที่เป็นวาระพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากการดำเนินงาน สรุปควรมีการรักษาตามแนวทางการพยาบาล ร่วมกับการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและการแพทย์แผนไทย ผลักดันวาระยาเสพติดในพื้นที่เป็นวาระพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จึงจะประสบความสำเร็จได้

**คำสำคัญ :** การพยาบาลมารดาทารกแรกเกิด, สารเสพติดแอมเฟตามีน

**Abstract**

This study of 2 case studies aims to develop nursing care for newborns whose mothers use amphetamine drugs. and study the results of nursing newborns whose mothers use amphetamine drugs. using case management, Case study patient is a baby born at Namon Hospital. The study was conducted from 1 October 2022 – 30 September 2023 using a case nursing management model.

The results of the study found that Newborns whose mothers used amphetamines There were no complications during care. Mothers and families cooperate in continuing to care for their infants. and have confidence in raising newborns whose mothers use amphetamines and nurses who provide nursing care have knowledge about nursing newborns whose mothers use amphetamine drugs. The process is a nursing model that is specific. Providing information to mothers and families on how to properly care for newborns Discharge planning that involves mothers and families in planning ongoing care. Forwarding information to agencies Area Health Promoting Hospital where infants and mothers stay for continuous home visits together with Treatment planning

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

according to modern nursing guidelines. Process to care patients at home with a multidisciplinary team and traditional Thai medicine and partners in the district-level quality of life development network. Analysis of data on pregnant women who use methamphetamine. Field visits to homes with a multidisciplinary team and Thai traditional medicine and postpartum care Baking a compress in a salt pot Using herbal tea to make white flower medicine Working with the administration, health volunteer, village headmen, and police to push the drug agenda in the area to be an agenda for district health system (DHS). The mother's use of amphetamine was at a very good level. In conclusion, there should be treatment according to nursing guidelines. together with the collaboration of a multidisciplinary team and Thai traditional medicine Push the drug agenda in the area as an agenda for improving district health system will be successful.

**Keywords:** Nursing care of newborn mothers, amphetamine drugs

**บทนำ**

ปัญหาการใช้สารเสพติดในปัจจุบันโดยเฉพาะการเสพสารเสพติดในสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทยและระดับนานาชาติ[1] เมทแอมเฟตามีน หรือ ยาบ้า เป็น สารเสพติดที่พบว่ามีการใช้เพิ่มมากขึ้นในเพศหญิงตั้งครรภ์[2] การเสพเมทแอมเฟตามีนในขณะที่ตั้งครรภ์จะส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกเพิ่มขึ้น[3]

เมทแอมเฟตามีน เป็นสารเสพติดที่เป็นอนุพันธ์ของแอมเฟตามีน ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้น ที่ระบบประสาทส่วนกลางโดยการกระตุ้นการหลั่งโดปามีนและยับยั้งการเก็บกลับทำให้ผู้เสพมีอาการไม่อยู่นิ่ง ลดการอยากอาหารรู้สึกผ่อนคลาย และ สมาธิลดลง[4] การเสพสามารถทำได้หลายวิธีทั้ง สูบควัน, สูด , กิน และฉีด[5] เมทแอมเฟตามีนในรูปแบบของยาบ้าที่แพร่หลายในตลาดมืดของประเทศไทยส่วนใหญ่จะมีส่วนผสมของเมทแอมเฟตามีนกับคาเฟอีน[6] ซึ่งทั้งเมทแอมเฟตามีนและคาเฟอีนนั้นสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในสตรีตั้งครรภ์และทารก ในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าการเสพเมทแอมเฟตามีนในขณะตั้งครรภ์จะเพิ่มภาวะครรภ์เป็นพิษรกลอกตัวก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์ และทารกคลอดนำหนักตัวน้อย[7]

ในต่างประเทศพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ซึ่งทารกที่คลอดก่อนกำหนดนั้นจะมีอัตราการป่วย ตายมากกว่าทารกที่คลอดครบกำหนด สารเมทแอมเฟตามีนมีฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดหดตัวดังนั้นการใช้ในระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้หลอดเลือดนำเลือดไปหล่อเลี้ยงมดลูกได้ไม่ดีส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดและภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยในครรภ์ การเสพสารเมทแอมเฟตามีนตลอดการตั้งครรภ์จะเพิ่มภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารก การส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์หยุดเสพสารเมทแอมเฟตามีนไม่ว่าจะที่อายุครรภ์เท่าใด จะทำให้ภาวะแทรกซ้อนลดลง การตรวจคัดกรองและจัดรูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนแล้วส่งเสริมให้มีการหยุดใช้จะทำให้ผลของการตั้งครรภ์ดีขึ้น ภาวะแทรกซ้อนจะลดลง ภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของสตรีตั้งครรภ์ และยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องคลอดก่อนกำหนด อัตราการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในสตรีตั้งครรภ์ทั่วไปจะพบประมาณร้อยละ 3 ถึง 5 การดูแลผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษนั้นจะลดความรุนแรงหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับมารดาและทารกได้นั้น ต้องค้นหาผู้ป่วยให้พบก่อนที่อาการจะรุนแรงและให้การรักษา และการที่สตรีตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ไม่มีคุณภาพจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษได้ ความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) ของสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 35 การเสพสารเมทแอมเฟตามีนจะทำให้ค่าฮีโมโกลบิน(hemoglobin) และค่าความเข้มข้นของเลือดลดลง ซึ่งเป็นผลกระทบในระยะแรกของการเสพสารเมทแอมเฟตามีนก่อนที่จะเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

ภาวะแทรกซ้อนในมารดา และ ทารกแรกเกิดที่มารดาเสพสารเสพติดแอมเฟตามีนจะมีภาวะแทรกซ้อนในมารดาสตรีตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์

น้อย จะเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ ภาวะครรภ์เป็นพิษ และสตรีตั้งครรภ์ จะมีค่าร้อยละความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) การเสียเลือดหลังคลอดนั้นจากการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มเสียเลือดหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อนในทารกจะมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่ามีน้ำหนักตัวแรกคลอด อุณหภูมิแรกคลอดโดยการวัดทางทวารหนักพบว่าทารกที่คลอดมีอุณหภูมิแรกคลอดน้อยกว่า มารดาไม่เคยรับการดูแลขณะตั้งครรภ์ มารดาที่ใช้แอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์จะไม่มาฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่มีคุณภาพ มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายน้อย สตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนจะมีน้ำหนักขึ้นน้อยขณะตั้งครรภ์ การเข้ารับการฝากครรภ์น้อย และสารเมทแอมเฟตามีนยังทำให้ลดการอยากอาหารอีกด้วย อายุครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์เฉลี่ยน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์จะคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ใช้สารเมทแอมเฟตามีน นอกจากการคลอดที่อายุครรภ์เฉลี่ยน้อยมีภาวะการคลอดก่อนกำหนดที่มากกว่าอีกด้วย อัตราการคลอดก่อนกำหนดคล้ายกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำในประเทศไทยที่รายงานอัตราการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนไว้

การที่สตรีตั้งครรภ์เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะการตั้งครรภ์ จะไม่มารับการฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ที่ไม่มีคุณภาพ ทำให้ไม่ได้รับการดูและการใช้ยาเพื่อเพิ่มธาตุเหล็กซึ่งมีความต้องการเพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ จึงทำให้พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างการตั้งครรภ์ มีค่าความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป ส่วนการเสียเลือดหลังคลอด มีโอกาสเกิดภาวะซีดได้มากขึ้น จะส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดได้มากและรุนแรงขึ้น น้ำหนักของทารกที่คลอดจากมารดาที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์มีน้ำหนักเฉลี่ยแรกคลอดน้อยกว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่ไม่เสพสารเมทแอมเฟตามีน กลไกของสารเมทแอมเฟตามีนทำให้ทารกมีน้ำตัวแรกเกิดน้อยนั้น เพราะว่าสารเมทแอมเฟตามีนสามารถผ่านรกและทำให้เกิดหลอดเลือดหดตัว เลือดจึงพาสารอาหารและออกซิเจนไปยังทารกได้ลดลง อุณหภูมิกายแรกคลอดของทารก ทารกจะมีภาวะการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกายมากกว่าเด็กทารกทั่วไปซึ่งเป็นอาการหนึ่งของการขาดยาในทารก และส่วนใหญ่ก็จะตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของทารกด้วย ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างที่เกิดขึ้นในเด็กทารก การนอนโรงพยาบาลนานมากกว่าทารกทั่วไป ทารกที่ได้รับสารเมทแอมเฟตามีนตั้งแต่อยู่ในครรภ์ต้องการการนอนโรงพยาบาลมากกว่าทารกทั่วไปจากการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลตามมาไม่ว่าจะเป็นด้านค่าใช้จ่าย การจำกัดของจำนวนเตียงตลอดจนความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการไม่ได้อยู่กับมารดาหลังคลอดอีกด้วย[9,10]

โรงพยาบาลนามนตั้งแต่ปี 2561-2563 มีหญิงตั้งครรภ์ที่เสพเมทแอมเฟตามีนดังนี้ 4 ราย 3 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และสตรีที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีอุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์เสพเมทแอมเฟตามีนเพิ่มมากขึ้น จากการสอบถามส่วนใหญ่ใช้วิธีการสูบควัน และนอกจากนั้นยังพบว่าการที่มีบุคคลใกล้ชิดในบ้านเสพเมทแอมเฟตามีนก็สามารถทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับสารเมทแอมเฟตามีนไปด้วย[11]

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัย ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาเสพสารเสพติดแอมเฟตามีน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลนามน จำนวน 2 ราย นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุ และกำหนดแนวทางในการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาเสพสารเสพติดแอมเฟตามีน ในงานสูติกรรม ห้องคลอด โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ข้อมูลที่ได้นำไปปรับปรุงกระบวนการรักษาพยาบาลให้ดีและมีคุณภาพมากขึ้น

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อพัฒนาการพยาบาลทารกแรกเกิดที่

มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน

2. เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี

**วิธีการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (case study) ในทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารแอมเฟตามีน จำนวน 2 ราย โดยมารดาตั้งครรภ์ทั้ง 2 รายใช้สารแอมเฟตามีนในช่วงที่ตั้งครรภ์ เข้ารับบริการคลอดในงานห้องคลอดโรงพยาบาลนามน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะ เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เด็กตัวเหลืองแรกเกิดทารกเสี่ยงต่อการหายใจลำบาก ขาดออกซิเจน หรือมีอาการถอนยาในระยะแรกเกิดได้ โดยได้ดำเนินการศึกษาจากแฟ้มประวัติมารดาตั้งครรภ์ การคลอด รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอด ญาติและเวชระเบียน ประเมินสภาพทารกแรกรับ ตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการดูแลของทารก นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้การพยาบาล และนำสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดที่มารดาตั้งครรภ์ใช้สารแอมเฟตามีนต่อไป

**กรณีศึกษารายที่ 1** ทารกเพศชาย คลอดปกติทางช่องคลอด อายุครรภ์มารดา 39 สัปดาห์ คะแนน APGAR ที่ 1 นาที อยู่ที่ 9 คะแนน น้ำหนักตัว 3,020 กรัม ผลการตรวจมีเส้นรอบศีรษะและความยาวอยู่ในระดับปกติ ไม่พบความพิการแต่กำเนิด ไม่มีไข้ อุณหภูมิปกติ ไม่มีภาวะ birth asphyxia ไม่มีภาวะ hypoglycemia ไม่มีภาวะตัวเหลือง ทารกหลังคลอดในวันแรกไม่ให้ดูดนมมารดา และมารดาก็ยังไม่มีน้ำนม ป้อนนมผสมครั้งละ 100 ซีซี ทุก 2 ชั่วโมง เด็กรับได้เพียง 50-60 ซีซี/ครั้ง หลังคลอดวันที่ 2 เด็กแข็งแรงหายใจได้ปกติ ร้องปกติ ป้อนนมได้ 100-150 ซีซี ทุก 2 ชั่วโมง active ขึ้น ถ่ายอุจจาระสีเหลือง ท้องไม่อืด หลังคลอดวันที่ 3 เด็กแข็งแรงหายใจได้ปกติ เริ่มดูดนมมารดาได้ active ขึ้น ไม่มีอาการถอนยา ผลการตรวจ Urine amphetamine ทั้งมารดาและทารกวันละ 1 ครั้ง วันที่ 2 ผลการตรวจปัสสาวะยัง positive ได้งดให้เด็กดูดนมมารดา ในวันที่ 3 มารดาและทารกผลตรวจ Urine amphetamine negative และคะแนน NAS(Neonatal abstinence scoring) ที่ประเมินที่ 2 ชั่วโมงแรกหลังเกิด และประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง และประเมินต่อเนื่องวันละ 1 ครั้ง นาน 4 วัน ไม่พบอาการถอนยา ทารกรายนี้เกิดจากมารดาอายุ 23 ปี มีการใช้สารแอมเฟตามีนบางครั้ง หรือเสพเป็นเพียงครั้งคราว โดยสามีแนะนำให้เสพ มารดาจะเสพโดยการสูบ แอมเฟตามีนก่อนเข้ารับการคลอด เนื่องจากมีความเชื่อว่าจะช่วยให้มีแรงเบ่งคลอดได้ดี ทำให้คลอดง่ายขึ้น ตลอดระยะเวลารักษานาน 3 วัน ทั้งมารดาและทารกแข็งแรงปกติ แพทย์ได้จำหน่ายให้กลับบ้าน

**กรณีศึกษารายที่ 2** ทารกเพศหญิง คลอดปกติทางช่องคลอด อายุครรภ์มารดา 38 สัปดาห์ คะแนน APGAR ที่ 1 นาที อยู่ที่ 9 คะแนน น้ำหนักตัวน้อยแรกเกิด 2,215 กรัม ผลการตรวจมีเส้นรอบศีรษะและความยาวอยู่ในระดับน้อยกว่าปกติ ไม่พบความพิการแต่กำเนิด ไม่มีไข้ อุณหภูมิปกติ ไม่มีภาวะ birth asphyxia ไม่มีภาวะ hypoglycemia ไม่มีภาวะตัวเหลือง ทารกหลังคลอดในวันแรกนอนหลับไม่ค่อยร้อง ไม่ให้ดูดนมมารดา และมารดาก็ยังไม่มีน้ำนม ปลุกกระตุ้นป้อนนมผสมได้น้อย เด็กรับได้เพียง 40-50 ซีซี/ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง หลังคลอดวันที่ 2 เริ่มดูดนมผสมได้ 50-70 ซีซี/ครั้ง เด็กแข็งแรงหายใจได้ปกติ ร้องปกติ ไม่มีไข้ อุณหภูมิปกติ ไม่มีภาวะตัวเหลือง มารดาหลังคลอดยังไม่มีน้ำนมใน 2 วันแรก หลังคลอดวันที่ 3 เด็กแข็งแรงหายใจได้ปกติ มารดามีน้ำนมเริ่มดูดนมมารดาได้ active ขึ้น ไม่มีอาการถอนยา ผลการตรวจ Urine amphetamine ทั้งมารดาและทารกวันละ 1 ครั้ง วันที่ 2 ผลการตรวจปัสสาวะยัง positive ได้งดให้เด็กดูดนมมารดา ในวันที่ 3 มารดาและทารกผลตรวจ Urine amphetamine negative และคะแนน NAS (Neonatal abstinence scoring) ที่ประเมินที่ 2 ชั่วโมงแรกหลังเกิด และประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง และประเมินต่อเนื่องวันละ 1 ครั้ง นาน 4 วัน ไม่พบอาการถอนยา ทารกรายนี้เกิด

จากมารดาอายุ 26 ปี มีการใช้สารแอมเฟตามีนต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ พักอาศัยอยู่กับญาติสามี ทำงานหนักทุกวันตลอดระยะเวลารักษานาน 3 วัน ทั้งมารดาและทารกแข็งแรงปกติ แพทย์ได้จำหน่ายให้กลับบ้าน และวางแผนติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังแสดงในตาราง 1

**ตาราง 1** ตารางเปรียบเทียบกรณีศึกษา และการวางแนวทางแก้ไขปัญหา

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 | แนวทางการแก้ไขปัญหา |
|---|---|---|---|
| **ทารก** | | | |
| เพศ | ชาย | หญิง | |
| อายุครรภ์ (สัปดาห์) | 39 | 38 | |
| วิธีการคลอด | คลอดปกติ | คลอดปกติ | |
| APGAR Score | 9 คะแนน | 9 คะแนน | |
| น้ำหนัก (กรัม) | 3,020 กรัม | 2,215 กรัม (ต่ำกว่าเกณฑ์) | -เพิ่มการติดตามผ่าน พชอ. และเยี่ยมบ้านหลังคลอดโดยทีมสหวิชาชีพ และการแพทย์แผนไทย |
| เส้นรอบศีรษะ | ปกติ | ต่ำกว่าเกณฑ์ | -เพิ่มการติดตามผ่าน พชอ. และเยี่ยมบ้านหลังคลอดโดยทีมสหวิชาชีพ และการแพทย์แผนไทย |
| อุณหภูมิแรกคลอด | ไม่มีไข้ | ไม่มีไข้ | |
| ความพิการแต่กำเนิด | ไม่มี | ไม่มี | |
| ภาวะ Birth asphyxia | ไม่มี | ไม่มี | |
| ภาวะ Hypoglycemia | ไม่มี | ไม่มี | |
| ภาวะตัวเหลือง | ไม่มี | ไม่มี | |
| การดูดนมมารดา | ดูดได้ในวันที่ 3 | ดูดได้ในวันที่ 3 | ให้ทารกกินนมผงแทน จนกว่า Urine จะ Neg |
| สีอุจจาระ | เหลือง | เหลือง | |
| ภาวะท้องอืด | ไม่มี | ไม่มี | |
| **มารดา** | | | |
| อายุมารดา | 23 | 22 | ให้คำแนะนำการวางแผนครอบครัว |
| วิธีเสพ | สูบ | สูบ | ประเมินความรู้เรื่องสารเสพติดเพิ่มเติม |
| ความถี่ในการเสพ (สัปดาห์) | 1 ครั้ง | 3 ครั้ง | -เพิ่มการ ติดตามผ่าน พชอ. ไม่ให้เสพซ้ำ และ บำบัดผ่านคลินิกฟ้าใส รพ.นามน |
| อาการถอนยา | ไม่มี | ไม่มี | |
| Urine amphetamine | Positive | Positive | - ให้ทารกกินนมผงแทน จนกว่า Urine จะ Neg<br>-เพิ่มการ ติดตามผ่าน พชอ. ไม่ให้เสพซ้ำ และ บำบัดผ่านคลินิกฟ้าใส รพ.นามน |
| ระเวลานอนพัก | 3วัน | 3วัน | แจ้งทีมติดตามเยี่ยมหลังคลอด |

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบในผู้ป่วยกรณีศึกษาทารกแรกเกิดมีภาวะน้ำหนักตัวน้อย และมีรอบศีรษะต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จากมารดาติดสารแอมเฟตามีนสารแอมเฟตามีน Positive ทั้ง 2 รายในขณะทำคลอด มารดาใช้สารแอมเฟตามีนในช่วงตั้งครรภ์ ทารกมีโอกาสเกิดภาวะพัฒนาการล่าช้าจากมารดาใช้สารแอมเฟตามีนในช่วงตั้งครรภ์ ผู้ศึกษาได้จัดพัฒนาแนวทางการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน กระบวนการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การวางแผนการรักษาตามแนวทางการพยาบาลที่ทันสมัย การดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยทีมสหวิชาชีพและการแพทย์แผนไทยและภาคีเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การวิเคราะห์ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านด้วย

ทีมสหวิชาชีพและการแพทย์แผนไทย และการดูแลหลังคลอด อบประคบหม้อเกลือ การใช้สมุนไพรชาชงยาดอกขาว การทำงานร่วมกับฝ่ายปกครอง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ ผลักดันวาระยาเสพติดในพื้นที่เป็นวาระพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดังนี้

**ตาราง 2** แนวทางการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดที่เสพสารเสพติดแอมเฟตามีน

| กิจกรรม | แนวทาง |
|---|---|
| 1. การให้ยาเพื่อรักษาการใช้สารเสพติดแอมฟตามีน และลดอาการถอนยา | ขอคำปรึกษา และวางแนวทางร่วมกับแพทย์ หรือ กุมารแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จ หรือโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ก่อนทำคลอดทุกครั้ง เพื่อวางแผนรักษาการใช้สารเสพติดแอมฟตามีน และลดอาการถอนยา โดยร่วมกันระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดและบุคคลากรที่เกี่ยวข้องโดยตรง |
| 2. ประเมินและให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด | ประเมินอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนเกิดจากการใช้สำรเสพติด<br>การดูแลควรครอบคลุมไปถึงครอบครัวเพื่อให้การดูแลเอาใจใส่ ที่จะช่วยให้หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดซ้ำอีก<br>ประเมินความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผลของบุหรี่ ยา และแอลกอฮอล์ และเพิ่มเติมความรู้ในส่วนที่ ขาดเพื่อกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์ลดความเสี่ยงจากการเสพยาเมื่อวางแผนมีบุตร |
| 3. การพยาบาลมารดาและทารก | - การประเมินอาการถอนยา<br>- การประเมิน NAS<br>กรณีที่ 1 คะแนน < 8 ไม่พบอาการผิดปกติ และผลปัสสาวะมารดาเป็นลบให้ดูด นมมารดาได้ ติดตามประเมิน Hct, MB, TSH, PKU ที่ 48 ชั่วโมง OAE screening ที่ 48-72 ชั่วโมง หากไม่พบความผิดปกติให้ D/C ได้ในมารดาและทารกที่พบ urine amphetamine positive จะติดตาม NAS เวรละ2 ครั้ง<br>กรณีที่ 2 คะแนน NAS ≥8 ติดต่อกัน 3 ครั้ง หรือหากพบ NAS ≥ 12 ติดต่อกัน 2 ครั้ง รายงานแพทย์ทราบทันทีเพื่อพิจารณาให้การรักษา<br>กรณีที่ 3 หาก NAS ≤ 8 มากกว่า 2 วัน และไม่มีปัญหาอื่นๆให้ดูดนมมารดาได้ และติดตามประเมิน Hct, MB, TSH, PKU ที่ 48 ชั่วโมง OAE screening ที่ 48-72 ชั่วโมงหากไม่พบความผิดปกติให้ D/C ได้<br>- การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<br>- การเลิกเสพสารเสพติด/สุรา/บุหรี่ ส่งเข้าคลินิกฟ้าใส รพ.นามน<br>- การส่งเสริม/สนับสนุนการวางแผนครอบครัว<br>- การวางแผนจำหน่าย มีการประเมินมารดาและครอบครัวหรือบุคคลที่เป็นผู้ดูแลหลักด้านความพร้อมในการดูแลทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นัดเข้าคลินิกนมแม่ทุกราย 100% ใน 7-14 วันหลังคลอด และนัดเข้าคลินิก High Risk เมื่ออายุเด็กได้ 1 เดือน เพื่อพบกุมารแพทย์ติดตามประเมินการเจริญเติบโตทุกราย ในคลินิก high-risk จะติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดทุกราย<br>สนับสนุนให้สามี/ครอบครัว คอยสนับสนุนให้มารดาและทารกได้มาตรวจตามนัดทุกครั้ง |
| 4.การดูแลต่อเนื่องในรูปแบบ พชอ. | - ติดตามประเมินภาวะเจริญเติบโต และพัฒนาการตามของเด็กอย่างต่อเนื่อง<br>- สนับสนุน ช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องโดยส่งต่อการประสานงานที่ รพ.สต. ในเขตพื้นที่<br>- ส่งต่อข้อมูลการดูแล (ทารกแรกเกิด) ไปยังหน่วยงานสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่การตรวจหรือรักษาต่อเนื่อง<br>- ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยทีมสหวิชาชีพและการแพทย์แผนไทยและภาคีเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านด้วยทีมสหวิชาชีพและการแพทย์แผนไทย<br>-การดูแลหลังคลอด อบประคบหม้อเกลือ การใช้สมุนไพรชาชงยาดอกขาว<br>- การทำงานร่วมกับฝ่ายปกครอง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ ผลักดันวาระยาเสพติดในพื้นที่เป็นวาระพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนามน (พชอ.) |

**สรุปและอภิปรายผล**

ทารกแรกเกิดมีภาวะน้ำหนักตัวน้อย การที่น้ำหนักของทารกที่คลอดจากมารดาที่เสพสารเมทแอมเฟตามีน เนื่องจากขณะตั้งครรภ์มารดาที่ศึกษามีการสูบสารแอมเฟตามีน พบว่าแอมเฟตามีนไม่ใช่สารหลักที่ก่อให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์ กลไกของสารทำให้เพิ่มการหลั่งของโดปามีนในหลอดเลือดและยับยั้งการนำโดปามีนกลับเข้าเซลล์ มารดาที่ได้รับแอมเฟตามีนจะมีความดันโลหิตสูงจนเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น รกลอกตัว คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น หากทารกในครรภ์ได้รับจะก่อให้เกิดทารกตัวเล็ก หรือทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้ นอกจากนี้ในช่วงวัยเรียนจะมีปัญหาด้านพฤติกรรมได้ ทำให้ทารกมีน้ำตัวแรกเกิดน้อยนั้น เพราะว่าสารเมทแอมเฟตามีนสามารถผ่านรกและทำให้เกิดหลอดเลือดหดตัว เลือดจึงพาสารอาหารและออกซิเจนไปยังทารกได้ลดลง สอดคล้องกับ กานต์ทอง ศิริวัฒน์ และ กุณฑรี ไตรศรีศิลป์หมื่นพินิจ[11] และ สอดคล้องกับ อดิศักดิ์ ไวเขตการณ์[12]

ทารกมีรอบศีรษะต่ำกว่าเกณฑ์ จากมารดาติดสารแอมเฟตามีน เนื่องจากมารดาใช้สารแอมเฟตามีนในช่วงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กรณีศึกษา มีความถี่อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ เมตแอมเฟตามีน (ยาไอซ์ สปีด) และ เมทิลีนไดออกซีเมตแอมเฟตามีน (ยาอี) จะส่งผลต่อระบบทางสมอง พัฒนาการ และศีรษะ ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสมองตาย ทำให้มีการทำลายเซลล์ประสาท เส้นรอบศีรษะมีขนาดเล็ก ซึ่งมีผลต่อสมาธิ ความจำ และมิติสัมพันธ์ และมีผลทำให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมในระยะยาวอีกด้วย สอดคล้องกับ สุรียลักษณ์ สุจริตพงศ์ [13]

มารดาให้ผล Positive ต่อแอมเฟตามีนขณะคลอด หญิงตั้งครรภ์เสพสารเมทแอมเฟตามีน ขณะตั้งครรภ์นั้นจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งมารดาและทารก ควรมีการให้ข้อมูลมารดาตั้งครรภ์ให้เห็นโทษของสารเสพติดที่มีผลต่อทารกในครรภ์ พัฒนาสมรรถนะทางด้านความรู้และทักษะของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน มารดาที่ใช้สารเสพติดควรฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ชุมชนควรมีการติดตามดูแลเยี่ยมบ้านมารดาตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด ประสานความร่วมมือผ่านทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนามน พชอ. ติดตามผลการดาเนินงานต่อเนื่องในชุมชน เพื่อป้องกันการเสพยาบ้าหรือสารเสพติดชนิดอื่นในขณะตั้งครรภ์ และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพและการแพทย์แผนไทย ผลักดันวาระยาเสพติดในพื้นที่เป็นวาระพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สอดคล้องกับ สอดคล้องกับ สายชล ขุนหล้า [14] และ สอดคล้องกับ พรทิพย์ หอมเพชร และคณะ [15]

**ข้อเสนอแนะ**

1. กรณีศึกษาการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาเสพสารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ทำกรณีศึกษา และวางแผนประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาล ให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน และภาระงานของบุคลากรควบคู่กัน ส่งผลให้การดูแลมารดาทารก และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้

2. ควรมีการส่งเสริม แนวทางพยาบาลมารดาทารกให้ทันสมัย โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพแพทย์แผนไทย และภาคีเครือข่ายเพิ่มเติมร่วมกับองค์กรรัฐและเอกชนและคนในชุมชนควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จ

3. กรณีศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ในเชิงทดลองหรือเทียบ กับโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง และหาแนวทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปี 2561 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, กรมสุขภาพจิต.กระทรวงสาธารณสุข 2561
2. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. เมทแอมฟตามีน. 2564
3. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดาเนินงานยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. สมุทรสาคร:บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง. 2559
4.นันทา ชัยพิชิตพันธ์. การบำบัดเพื่อเสริมแรงจูงใจ : ทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด.ธรรมศาสตร์เวชสาร 2556; 13(1), 98-108.
5. บุรียา แต่งพันธ์. (2557). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของนักศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร.วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 26(1), 1-5
6.American Psychiatric Association. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition. Arlington. American Psychiatric Association 2013
7.Bandura A. Social foundations of though and action. A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, New Jersey Prentice-Hall 1986
8.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. การดำเนินงานยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2562. สำนักปลัด กระทรวงสาธารณสุข 2562
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. ฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) จังหวัดกาฬสินธุ์. (2565) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ 2565
10. โรงพยาบาลนามน. รายงานศูนย์ฐานข้อมูลสุขภาพ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. (2564) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ 2564
11.กานต์ทอง ศิริวัฒน์ และกุณฑรี ไตรศรีศิลป์หมื่นพินิจ. สารที่ก่อให้เกิดความผิดปกติและเกิดพิษแก่ทารกในครรภ์ (Teratogen and fetotoxic agent). สูติศาสตร์ล้านนา. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2564
12. อดิศักดิ์ ไวเขตการณ์. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2564; 18(2): 105-112.
13. สุรียลักษณ์ สุจริตพงศ์. ผลกระทบของการเสพสารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. มหาวิทยาลัยมหิดล 2564
14. สายชล ขุนหล้า. การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาเสพสารเสพติดแอมเฟตามีน : กรณีศึกษา.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566; 8(2): 670-676.
15. พรทิพย์ หอมเพชร และคณะ. ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดการกลับมารักษาซ้ำและการกลับมาเสพซ้ำในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2566; 26(1): 12-26.

# การพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

# Development of service model for reduce waiting times in outpatient department Namon Hospital Kalasin Province.

(Received: February 18,2024 ; Revised: February 21,2024 ; Accepted: February 25,2024)

**ศศิธร กำทองดี[1], อรรถวิทย์ เนินชัด[1], จารึก ประคำ[1]**
**Sasithorn Khamthongdee[1], Auttawit Noenchat[1], Jaruk Prakhum[1]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 21 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่าง ความรู้ ทัศนคติ ความพึงพอใจ ด้วยสถิติ Paired t-test ในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแบบสามเส้าร่วมกัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.4 ส่วนมากมีอายุ 36-45 ปี ร้อยละ 52.4 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52.4 อาชีพส่วนมากพยาบาล ร้อยละ 33.3 การวิเคราะห์ปัญหาพบว่าเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก แห่งเดียวในตัวอำเภอ มีผู้มารับบริการจำนวนมาก ขัดต่ออัตรากำลัง ขาดการผลักดันนโยบายและความรู้ ทัศนคติ ในการลดระยะเวลารอคอย กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 6 มาตรการ 1) ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ 2) จัดทำแผนงานโครงการบูรณาการงบร่วมกันในโรงพยาบาลนามน 3) การสร้างมาตรการลดระยะเวลารอคอย 4) การใช้นวัตกรรมเทคโนโลยี 5) การให้ความรู้และทัศนคติ 6) การประเมินผลและถอดบทเรียนร่วมกัน กระบวนการพัฒนาได้มีการปรับในจุดบริการเดิม 14จุด เหลือ 8 จุดบริการ เพิ่มซักประวัติ ผู้ป่วยที่แพทย์นัดให้มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือบริการอื่นๆ ก่อนเข้าพบแพทย์ มีพยาบาลจุดคัดกรองเป็นคนส่งตรวจ มีการนัดเหลื่อมเวลากันในระหว่างคลินิก กระจายผู้มารับบริการไปรับการตรวจอื่นๆ มีระบบการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการใช้คลินิกรุ่งอรุณ การใช้ระบบบัตรประชาชนใบเดียว และระบบจองคิว ระบบไร้กระดาษภายหลังการพัฒนา จากการทดสอบระยะเวลารอคอยพบว่ามีค่าเวลาเฉลี่ย 82.36 นาที อยู่ระหว่าง 78-112 นาที ความรู้ ทัศนคติ และความพึงพอใจผู้รับบริการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

**คำสำคัญ**: การพัฒนารูปแบบการบริการแผนกผู้ป่วยนอก, การลดระยะเวลารอคอย, การลดแออัด

**Abstract**

This study is research and Development aims to develop a service model to reduce waiting times for services in the outpatient department. The population and sample included 21 staff members in outpatient department Namon hospital. General data were analyzed. with frequency, percentage, arithmetic mean and standard deviation and compare differences in knowledge, attitude, and satisfaction with Paired t-test statistics. In terms of qualitative data, content analysis was done in a triangular manner.

The results of the study found that majority of the sample were female, 77.4 percent, most were 36-45 years old, 52.4 percent, bachelor's degree 52.4 percent, and were mostly nurses 33.3 percent. Analysis of the problem found that because it was a small community hospital. The only place in the district There are many people receiving services. contrary to the power rate Lack of policy push and knowledge and attitude to reduce waiting times. The development process consists of 6 measures: 1) meeting to analyze the situation 2) creating a project plan to integrate the joint budget in Namon Hospital 3) creating measures to reduce waiting times 4) using innovative technology 5) Providing knowledge and attitude 6) Evaluation and lessons learned together. Development process

[1] โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

has been adjusted from the original 14 service points to 8 service points, adding history. Patients whose doctor has scheduled a laboratory test or other service Before seeing a doctor There is a nurse at the screening point who sends the test. There are staggered appointments during the clinic. Spread out service recipients to receive other examinations. There is a system for sending laboratory tests. The Dawn Clinic is being used. Using a single national ID card system and reservation system Paperless system after development from testing the waiting time, it was found that the average time was 82.36 minutes, ranging from 78-112 minutes. Knowledge, attitude, and satisfaction of service recipients improved. Statistically significant ($p<0.05$).

**Keywords**: Development of outpatient department service models, reducing waiting times, reducing crowding

**บทนำ**

แผนกผู้ป่วยนอก (Out-Patient Department) มีขอบเขต ภารกิจและหน้าที่ในการให้บริการ ผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต ครอบคลุมการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ ให้แก่ผู้ป่วยและผู้มีสุขภาพดี บริการในรูปแบบคลินิกต่างๆ เป็นจุดบริการแรกที่ผู้ป่วยจะต้อง มาติดต่อ ซึ่งจะต้องมีพื้นที่ใช้สอยและทางสัญจรทั้งของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยและส่วนสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน และเป็นพื้นที่จุดแรกที่ต้องรองรับความแออัดจากประชาชนที่มารับบริการในพื้นที่จำนวนมาก[1] การลดระยะเวลารอคอยหากทำได้ดีจะสามารถลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ การจัดบริการผู้ป่วยนอกในวิถีใหม่เป็นการนำประสบการณ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาปรับระบบบริการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ทั้งผู้มารับบริการและบุคลากร เพิ่มความสะดวกรวดเร็ว ให้แก่ผู้มารับบริการ ลดความแออัดในหน่วยบริการ ลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ[2]

จากสถิติในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลนามน พบว่า แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนามน มีระยะเวลาการรอคอยการตรวจรักษาเฉลี่ยในปี 2561–2563 อยู่ที่ 205.34, 196.46 และ 182.32 นาที ตามลำดับ ซึ่งมาตรฐานของกองการพยาบาลกำหนดไว้เฉลี่ยไม่เกิน 90 นาที เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุความล่าช้าของโรงพยาบาลนามน พบสาเหตุดังนี้ รอซักประวัตินานสาเหตุมาจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก พยาบาลซักประวัติมีน้อย จุดซักประวัติมีเพียง 1 จุดคือ จุดซักประวัติผู้ป่วยทั่วไป และมีผู้รับบริการมาในช่วงเช้าจำนวนมากจึงส่งผลให้เวลารอการตรวจรักษานานมากกว่าปกติ[3]

โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้มารับบริการเฉลี่ย 100-300 คน ต่อวัน ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป และคลินิกต่างๆ เช่น คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกแพทย์แผนไทย คลินิกบำบัดยาเสพติด และคลินิกต่างๆตามบริบทของโรงพยาบาลชุมชนพึงมี มีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอำเภอข้างเคียงและโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ส่งผลให้มีผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น เกิดความแออัดของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ อาทิ โรคระบบทางเดินหายใจและโรคติดเชื้อสำคัญอื่นๆ จากการผ่านสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริหารจัดการแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อลดความแออัดของผู้รับบริการ ข้อร้องเรียน และข้อเสนอแนะ จากผู้รับบริการ ในเรื่องระยะเวลารอคอยการตรวจรักษาที่ยาวนาน ระบบการให้บริการไม่ชัดเจน และสิ่งอำนวยความสะดวกสาหรับผู้มารับบริการไม่เพียงพอ เพื่อเป็นการปฏิรูปและพัฒนาการดำเนินงานผู้ป่วยนอกในยุคใหม่[4]

ผู้วิจัยมีความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีวัตถุประสงค์หลักคือลดเวลารอคอย ขั้นตอนการรับบริการกระบวนการ การวิเคราะห์หาสาเหตุ และกำหนดแนวทางในการพัฒนารูปแบบ นำไปปรับปรุงระบบและกระบวนการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการตรวจรักษาที่รวดเร็วมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

**วัตถุประสงค์**

เพื่อพัฒนาการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 –30 กันยายน 2565 รวมระยะเวลา 24 เดือน ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการทบทวนข้อมูลและระยะเวลาการรอคอยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการอบรมทบทวนองค์ความรู้ระยะเวลารอคอยการบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ดำเนินการคืนข้อมูล ผลที่ได้จากกระบวนการพัฒนา ผลของการเปลี่ยนแปลง สาเหตุ ความพึงพอใจของผู้ป่วย ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงพัฒนา การหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะการพัฒนา ให้เกิดเป็นรูปแบบการพัฒนาระยะเวลาการรอคอยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ต่อไป

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

1.ประชากร ทีมพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 21 คน ปฏิบัติงานในช่วง 1 ตุลาคม 2563 –30 กันยายน 2565

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 21 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 6 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 9 ข้อ ชุดที่ 2 แบบทดสอบถามความรู้ จำนวน 5 ข้อ ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติ จำนวน 5 ข้อ ชุดที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 6 ข้อ ชุดที่ 5 แนวคำถามปลายเปิดเชิงพัฒนาทางคุณภาพ จำนวน 3 ข้อ ชุดที่ 6 แบบบันทึกข้อมูลประจำจุดระยะเวลาและจำนวนคนที่นั่งรอ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระยะเวลาการรอคอย ความรู้ ทัศนคติ ความพึงพอใจ ด้วยสถิติ Paired t-test

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์แบบสามเส้า จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาความคิดเห็นด้านบริการแผนกผู้ป่วยนอก ปัญหาอุปสรรค และความต้องการเป็นสำคัญ

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

**ผลการวิจัย**

**ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 17 คน คิดเป็น ร้อยละ 80.95 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 19.05 ตามลำดับ ส่วนมากมีอายุ 36-45 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็น ร้อยละ 52.4 รองลงมาคือ 26-35 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 23.8 และอายุ 18-25 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 36.4 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สถานภาพส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่

ร่วมกัน จำนวน 12 คน คิดเป็น ร้อยละ 51.1 รองลงมาคือโสด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 38.1 การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 52.4 รองลงมาคือ อนุปริญญา จำนวน 4 คน ร้อยละ 19.0 และ มัธยมต้นและมัธยมปลาย จำนวน 2 คน เท่ากัน คิดเป็น ร้อยละ 9.5 ตามลำดับ อาชีพส่วนมากพยาบาล จำนวน 7 คน คิดเป็น ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือทำสวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 และ พนักงานเปล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 2 คน เท่ากัน คิดเป็น ร้อยละ 9.5 ตามลำดับ

**การวิเคราะห์ปัญหา** บริบทของโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็น โรงพยาบาลชุมชน ขนาด F2 ขนาด 30 เตียง ผ่านการรับรองการประกันคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (HA) จากจำนวนผู้มารับบริการในช่วง 1 เดือนก่อนการพัฒนา จำนวน 4,099 คน ส่วนมากเป็นหญิง ร้อยละ 61.52 ส่วนมากอยู่ในช่วง อายุ ช่วง 18-30 ปี ร้อยละ 14.88 รองลงมา 31-44 ปี ร้อยละ 11.39 สิทธิพื้นที่บริการ บัตรทอง ร้อยละ 61.45 ประกันสังคม ร้อยละ 3.29 ข้าราชการ ร้อยละ 0.51 ตามลำดับ โรคที่เป็นสาเหตุที่มารับบริการมากที่สุด คือโรค เบาหวาน ร้อยละ 8.58 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 7.92 และ โรคไข้หวัด ร้อยละ 5.07 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาทั่วไป ที่อาการไม่ฉุกเฉินเร่งด่วนทุกวัน เวลาราชการ โดยมีข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ งานอุบัติเหตุฉุกฉิน มีผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวัน 200 -250 ราย การประชุมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ และนำข้อมูลในการให้บริการมาทำการวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางร่วมกันในขั้นตอนการให้บริการจุดที่ระยะเวลาคอยนาน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการลดแออัดลดรอคอย การลดขั้นตอนการให้บริการที่ทำงานซ้ำซ้อนเช่นการบันทึกในเวชระเบียนแล้วส่งต่อเพื่อบันทึกข้อมูลในระบบอีกครั้งให้ทำในการซักประวัติและบันทึกข้อมูลในระบบในขณะที่ซักประวัติเลย ออกแบบการให้บริการที่ลดขั้นตอนการทำงานร่วมกันในทีมประชุมปรึกษาหารือในเรื่องเครื่องมืออุปกรณ์ที่จะนำมาให้บริการทั้งระบบสารสนเทศที่จะนำมาใช้ในการให้บริการ

จุดบริการที่ ช้า ที่สุดใน OPD 3 จุด ได้แก่ 1) จุดรอซักประวัติ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ปัญหาคือพยาบาลที่ทำหน้าที่ซักประวัติต้องมาทำการวัดสัญญาณชีพซ้ำในรายที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 150/90 mmHg. และจะต้องทำการบันทึกการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตที่วัดได้ครั้งที่ 1และ 2 ซึ่งต้องใช้เวลารอในการวัดความดันซ้ำเพื่อทำการวัดยืนยันอีกครั้งเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการซักประวัติของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และพยาบาลต้องไปทำหัตถการช่วยแพทย์หรือทำการตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น อัลตราซาวด์ ตรวจภายใน วัด VA EKG เป็นต้น วิธีแก้คือแนะนำอธิบายขั้นตอนการให้บริการโดย แนะนำผู้มารับบริการให้นั่งพักสัก 15 นาทีค่อยทำการวัด BP และแนะนำท่าและวิธีการวัดความดันที่ถูกต้อง ถ้ามีนัดทำหัตถการต่าง ๆ แนะนำให้มารับการตรวจช่วงบ่ายเนื่องจากช่วงบ่ายผู้มารับบริการไม่ค่อยชุก หรือกรณีที่มารับการตรวจช่วงเช้าที่มีคนไข้ชุก จะเป็นพยาบาลที่คลินิก NCD มาช่วยในการทำหัตถการ เช่น ถ้าส่งวัด VA จะให้พยาบาลที่จุดบริการ NCD clinic เป็นคนช่วยทำหัตถการนั้น ๆ หรือพยาบาลซักประวัติคนที่ 1 เป็นคนซักประวัติให้พนักงานบันทึกข้อมูลเป็นคนช่วยวัดความดันในรายที่มีความผิดปกติ ให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ไปช่วยเตรียมอุปกรณ์และเตรียมผู้ป่วยในรายที่มีการตรวจภายในและให้โทรแจ้งพยาบาลเมื่อเตรียมคนไข้และอุปกรณ์เสร็จ เพื่อเป็นการลดการรอคอย ให้ผู้ป่วยไปรับการตรวจอื่น ๆ ให้เสร็จก่อนค่อยมาทำการซักประวัติ 2) จุดรอพบแพทย์ใช้เวลาประมาณ 37 นาที ปัญหาคือแพทย์ต้องรับผิดชอบออกตรวจทั้งห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและห้องคลอดบางครั้งต้องได้ออกชันสูตร วิธีแก้คือในรายที่ขอใบรับรองแพทย์หรือใบส่งตัวแนะนำให้มารับช่วงบ่าย โทรตามแพทย์เมื่อพบว่าผู้ป่วยรอนานเกิน 15 นาที หรือแนะนำให้ผู้ป่วยรับยาใบรูแปบบ telemedicine ในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยไปทำการหัตถการอื่น ๆ ก่อนเช่น CXR หรือตรวจเลือดก่อนเพื่อเป็นการลดรอคอย และที่สำคัญ

พยาบาลประจำจุดต้องสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการและแจ้งผู้ป่วยและญาติทราบเป็นระยะเมื่อแพทย์ต้องไปตรวจผู้ป่วยฉุกเฉินหรือกรณีมีคนไข้วิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ 3) จุด รอรับยา ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ปัญหาคือใช้พื้นที่ในการนั่งรอรับบริการร่วมกัน ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รอรับยาไปทำธุระอย่างอื่นก่อน หรือเรียกไม่ได้ยินเนื่องจากพื้นที่ที่นั่งรอรับยาอยู่ในบริเวณเดียวกันกับบริเวณซักประวัติและจุดออกเอกสารนัดหมายในครั้งต่อไป หรือบางรายรอไปรับพร้อมกันกับผู้ป่วยมารับบริการที่มาจากหมู่บ้านเดียวกัน จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูล ระยะเวลารวมเฉลี่ยการเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มีระยะเวลารวมเฉลี่ย 109.32 นาที จุดที่ช้าที่สุดคือจุดรอเรียกคิวห้องตรวจ ใช้เวลาเฉลี่ย 52.19 นาที รองลงมาเป็นจุดซักประวัติ เฉลี่ย 50.80 นาที และจุดซักประวัติ 47.14 นาที ตามลาดับ จากการประชุมจึงพัฒนางาน ให้ได้ตามเกณฑ์ไม่ให้เกิน 90 นาที และจากการทบทวนเบื้องต้นพบว่ามีปัญหาด้านกำลังคน และขาดการผลักดันนโยบายและความรู้ในการลดระยะเวลารอคอย จึงได้มีการปรับในจุดซักประวัติ ผู้ป่วยที่แพทย์นัดให้มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือบริการอื่นๆ ก่อนเข้าตรวจหรือพบแพทย์ โดยปรับให้พยาบาลจุดคัดกรองเป็นคนส่งตรวจ มีการนัดเหลื่อมเวลากันในระหว่างคลินิก และให้ผู้ป่วยนัดไปตรวจบริการอื่น ๆ ก่อนพบแพทย์ตรวจให้ครบก่อนจึงมาซักประวัติ เพื่อลดความแออัด โดยกระจายผู้มารับบริการไปรับการตรวจอื่น ๆ ตามคำสั่งแพทย์ก่อน จุดบริการที่ แออัด ที่สุดในโรงพยาบาลนามน 3 จุด ได้แก่ 1) จุดนั่งรอซักประวัติ คนนั่งรวมประมาณ 60 คน ปัญหาที่พบคือพื้นที่แคบและต้องใช้เป็นเส้นทางเคลื่อนย้ายผู้ป่วย วิธีแก้คือให้ผู้ป่วยไปทำหัตถการอื่นก่อนที่จะทำการซักประวัติ แยกผู้ป่วยที่นัดตามคลินิกต่าง ๆ ในแต่ละวัน ไปทำซักประวัติและทำการตรวจรักษาที่คลินิกนั้น ๆ 2) จุดรอรับเอกสารนัดหมายสำหรับพบแพทย์ในครั้งต่อไปหรือเอกสารนอนโรงพยาบาล คนนั่งรวมประมาณ 5 ที่ ปัญหาคือ พื้นที่คับแคบต้องใช้ร่วมกันกับผู้ป่วยนั่งรอซักประวัติและรอรับยา วิธีแก้คือให้ผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลนั่งรถเข็นรอบริเวณทางที่จะส่งผู้ป่วยเข้าไปในตึกเพื่อเป็นการลดแออัด ออกใบนัดหมายผู้ป่วย NCD ในสมุดแทนการปริ้นในระบบเพื่อเป็นการลดแออัด ให้ผู้ป่วยที่ไม่มีนัดส่งไปรับยาก่อนเพื่อให้มีพื้นที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่ต้องรอใบนัดให้ผู้ป่วยที่นัดตามคลินิกนั่งรอเรียกชื่อเข้าตรวจที่บริเวณคลินิกนั้น ๆ โดยเมื่อใกล้จะถึงคิวเรียกพยาบาลที่จุดซักประวัติจะโทรตามไปยังคลินิกเบาหวาน/ความดันเป็นต้น 3) จุดรอตรวจทางห้องปฏิบัติการคนนั่งรวมประมาณ 5 คน ปัญหาคือ พื้นที่คับแคบต้องใช้ร่วมกันกับผู้ป่วยนั่งรอซักประวัติ วิธีแก้คือขณะที่ผู้มารับบริการนั่งรอผลตรวจเลือดแนะนำให้ไปรับประทานอาหารหรือทำธุระอย่างอื่นก่อนและคาดการณ์เวลาที่ผลตรวจเลือดจะเสร็จสิ้นโดยใช้เวลาประมาณกี่นาทีหรือกี่ชั่วโมงค่อยกลับมารับผลตรวจเลือดและรอรับการตรวจจากแพทย์ หาเก้าอี้พลาสติกหัวกลมมาให้บริการผู้ป่วยได้นั่งรอเพื่อเป็นการประหยัดพื้นที่และเป็นการลดแออัด จากการวิเคราะห์ ปัญหาการลดเวลารอคอยด้าน คน พบว่าแพทย์ออกตรวจหลังเวลา 09.00 น. เจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานหลังเวลา 08.15 น. แพทย์พยาบาลไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน เช่น ประชุม ออกหน่วย แพทย์ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องคลอด ออกซันสูตรพลิกศพ ผู้ป่วยมารับบริการไม่ตรงตามนัด ก่อนและหลังวันหยุดนักขัตฤกษ์มีผู้มารับบริการจำนวนมาก ผู้มารับบริการยื่นบัตรใหม่ในช่วงเช้าและมารับบริการในช่วงบ่าย ด้านงบประมาณ พบว่า งบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์เพื่อใช้ในการให้บริการต้องรอการอนุมัติที่นาน ด้านทรัพยากร อุปกรณ์ในการให้บริการไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการเช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องวัด O2 sat เครื่องอัลตราซาวด์ ซึ่งใช้ร่วมกันกับหลายจุดบริการเช่น ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยในเป็นต้น เครื่องคอมพิวเตอร์ประมวลผลช้า การพิมพ์ใบนัด เวชระเบียนใช้เวลาประมวลผลนาน กรณีที่มารับการตรวจหลังจากการจำหน่ายผู้ป่วย ค้นหา Chart Admit ไม่พบ หรือ OPD card หาย ค้นหาไม่

พบ เครื่องมือที่ให้บริการเป็นแบบ manual เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนักแบบหน้าปัดเข็ม ระบบสารสนเทศขัดข้อง ระบบเครื่องมือทางการแพทย์รวนช้าหรือขึ้น Error เป็นต้น ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ เนื่องจากเป็นการนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาใช้ในการให้บริการทำให้ผู้มารับบริการที่เป็นผู้สูงอายุยังไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือที่ใช้ จะต้องมีเจ้าหน้าที่ประจำให้คำแนะนำ ทั้งการกดรับบัตรคิว ต้องทำขั้นตอนการใช้งานของเครื่องนั้น ๆ ไว้ และต้องใช้งบประมาณค่าใช้จ่ายมากในการเปลี่ยนแปลงระบบเพื่อการพัฒนา เจ้าหน้าที่พยาบาลยังไม่คุ้นกับการซักประวัติและบันทึกข้อมูลในระบบ Hos-XP เพราะต้องใช้ทักษะในการพิมพ์และบันทึกข้อมูลประวัติของผู้มารับบริการและต้องทำการส่งตรวจผู้ป่วยให้ตรงตามห้องตรวจทำให้เกิดการล่าช้าในการให้บริการซึ่งส่งผลต่อระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ

**กระบวนการพัฒนา** ประกอบด้วย 6 มาตรการสำคัญ ดังนี้

1) ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลารอคอย จำนวนผู้ป่วย จำนวนบุคลากร กิจกรรม โดยทีมการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามนเป็นประธาน ทำงานร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การดำเนินงานควรมีการประชุมทีมพัฒนาคุณภาพอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ขั้นตอนบริการก่อนการพัฒนาระบบบริการมี 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1) พยาบาลคัดกรองซักประวัติในใบนำทาง แจกคิว 2) ลงทะเบียนฝ่ายเวชระเบียน ตรวจสิทธิ์ ค้นแฟ้มประวัติ (OPD Card) 3) พยาบาลซักประวัติผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ และลงบันทึกใน OPD 4) พนักงานคีย์ข้อมูลลงในระบบ Hos-XP 5) รับการตรวจจากแพทย์ 6) รับบริการตรวจพิเศษ 7) พบพยาบาลให้คำแนะนำ/รับเอกสารการนัดหมาย 8) ชำระเงิน 9) รับยา นอนรักษา ส่งต่อ

2) จัดทำแผนงานโครงการบูรณาการงบร่วมกันในโรงพยาบาลนามน และ คปสอ. นามน ในการการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยจัดหางบประมาณเพื่อใช้ในการมืออุปกรณ์การแพทย์ที่จะนำมาใช้ในการให้บริการเช่นเครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงอัตโนมัติ เครื่องวัดสัญญาณชีพที่เป็นระบบ One vital sign connect to His. เครื่องวัดอุณหภูมิอัตโนมัติ เป็นต้น จัดหาเครื่องคอมพิวเตอร์ และเครื่องพิมพ์ที่ใช้งานได้ง่ายและปริ้นได้เร็วไม่ต้องรอประมวลผลนาน เพื่อให้เพียงพอต่อการใช้งาน

3) การสร้างมาตรการลดระยะเวลารอคอย การทบทวนหาแนวคิด ทฤษฎีมาปรับใช้ในมาวางมาตรการ โรงพยาบาลนามน ให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลนามน เช่น มีคลินิกรับรุ่งอรุณ เมื่อแพทย์มาช้า 15 จะโทรติดตาม การสร้างไลน์กลุ่มร่วมกับแพทย์ ประเมินล่วงหน้าเมื่อมีแพทย์ตรวจน้อย เนื่องจากติดภาระงานให้รีบประสานขออัตรากำลังจากอำเภอข้างเคียงทดแทน เพิ่มบุคลากรและพยาบาลในจุดซักประวัติ เมื่อมีคลินิกรับอรุณ เจ้าหน้าที่จะขึ้นปฏิบัติงานก่อน 1 ชม. -30 นาที กำชับผู้ป่วยให้มาตามเวลานัด หากมาช้าจะตักเตือน เกินเวลานัดจะตัด Visit ประสานเจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์เมื่อมีปัญหาสามารถติดตามได้ภายใน 5 นาที หากอุปกรณ์ขาดแคลนมีอุปกรณ์สำรองไว้เมื่อมีปัญหาหรือสามารถยืมได้ที่หน่วยงานในโรงพยาบาล รพ.สต. ข้างเคียง หรือโรงพยาบาลข้างเคียง รวมไปถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายในจังหวัด ดังแสดงในตาราง 2

**ตาราง 2** การสร้างมาตรการลดระยะเวลารอคอย

| สาเหตุ | มาตรการ |
|---|---|
| แพทย์ออกตรวจหลังเวลา 09.00 น. | 1.สร้างกลุ่มไลน์ทีมแพทย์และพยาบาล OPD<br>2.เมื่อแพทย์อกตรวจล่าช้า 15 นาทีให้โทรศัพท์ตามหรือแจ้งไลน์กลุ่มแจ้งให้ทราบ |

| | |
|---|---|
| เจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานหลังเวลา 08.15 น. | 1.พยาบาลที่ปฏิบัติงานในทุกหน่วยบริการต้องขึ้นปฏิบัติงานก่อนเวลา 15 นาทีโดยให้ยึดเป็นมติขององค์กรพยาบาล<br>2.วันที่เป็น NCD Clinic พยาบาลขึ้นปฏิบัติงานก่อน 07.30 น. และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการขึ้นก่อน 07.00 น.<br>3.เพิ่มพยาบาลซักประวัติเป็น 3 คน<br>4.ถ้ามาช้าหลัง 08.15 น. ให้โทรศัพท์ตามหรือแจ้งไลน์กลุ่มแจ้งให้ทราบ |
| แพทย์พยาบาลไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน (ประชุม/ออกหน่วย/แพทย์ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องคลอด ออกชันสูตรพลิกศพ) | 1.แพทย์กำหนดตารางเวรในแต่ละวัน มีการแยกแพทย์ตรวจ OPD IPD ER<br>2.แพทย์เปิดให้บริการออกตรวจผู้ป่วยนอกอย่างน้อย 2 ห้อง<br>3.แพทย์แจ้งล่วงหน้าการประชุมต่างๆอย่างน้อย 1 สัปดาห์<br>4.จัดหาแพทย์จาก รพ.ใกล้เคียงมาช่วยตรวจ<br>5.ลงบันทึกบอร์ดสื่อสารกำหนดการลา ประชุมขององค์กรแพทย์ที่ห้องตรวจ 1 เพื่อทราบและนำไปบริหารจัดการอัตรากำลังในการออกตรวจ<br>6. พยาบาลที่มีการประชุมให้แจ้งหัวหน้างานให้ทราบก่อนอย่างน้อย 1 วันเพื่อที่จะได้หาอัตรากำลังทดแทนให้เพียงพอต่อการให้บริการ |
| ผู้ป่วยมารับบริการไม่ตรงตามนัด ก่อนและหลังวันหยุดนักขัตฤกษ์มีผู้มารับบริการจำนวนมาก | 1.มีการกำหนดจำนวนการนัดผู้ป่วยในระบบ Hos.ไม่เกิน 60 คนในแต่ละคลินิก<br>2.มีการประชาสัมพันธ์และติดป้ายประกาศเพื่อให้ผู้มารับบริการได้ทราบวันหยุดนักฤกษ์<br>3.แจ้งในระบบเว็บไซต์ของโรงพยาบาลให้มทราบว่าเป็นวันหยุดนักขัตฤกษ์<br>4.มีการนัดหมายผู้ป่วยแบบเหลื่อมเวลา<br>5.ตรวจสอบจำนวนการนัดหมายผู้ป่วยในช่วงก่อน- หลังวันหยุดนักขัตฤกษ์ว่ามีการนัดผู้ป่วยทั้งในคลินิกและผู้ป่วยทั่วไปกี่รายเพื่อช่วยในการบริหารวางแผนการให้บริการผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็ว |
| มารับบริการยื่นบัตรใหม่ในช่วงเช้าและมารับบริการในช่วงบ่าย | 1.ลงทะเบียนผู้มารับบริการในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการจริง<br>2.จุดรับบัตรมีการระบุช่วงเวลาที่ผู้ป่วยจะมารับบริการจริงหรือแจ้งให้พยาบาลซักประวัติทราบว่าจะมาช่วงเวลาใดเช้าหรือบ่าย<br>3.กรณีเรียกไม่พบถึงเวลา 15.30 น.แจ้งให้ห้องบัตรลบ Visit นั้น |
| อุปกรณ์ในการให้บริการไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการเช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องวัด O2 sat เครื่องอัลตร้าซาวด์ซึ่งใช้ร่วมกันหลายจุดบริการ | 1.การสำรวจอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ ชำรุดเพื่อจัดซื้อมาให้เพียงพอต่อการใช้งานของผู้รับบริการ<br>2.สามารถยืมจาก รพ.สต.ในเขตบริการมาใช้ได้<br>3.จัดหาเครื่องวัดความดันแบบสอดแขนอัตโนมัติมาให้เพียงพอต่อการใช้งาน<br>4.มีเครื่องมืออุปกรณ์สำรองไว้เช่นเครื่องวัดความดันอัตโนมัติ ปรอท เครื่อง O2 sat<br>5. มีการตรวจเช็คอุปกรณ์การใช้งานในทุกวันทุกเวรก่อนการปฏิบัติงานทุกวัน<br>6. มีวิธีขั้นตอนการใช้งานที่ถูกต้องของเครื่องมืออุปกรณ์และวิธีการบำรุงรักษาเครื่องมือนั้น ๆ เพื่อยืดอายุการใช้งานและเพื่อการใช้งานที่ถูกต้องได้มาตรฐาน |
| เครื่องคอมพิวเตอร์ประมวลผลช้า พิมพ์ใบนัดใบสั่งยานาน ระบบ IT ขัดข้อง | 1.ยกเลิกการใช้ OPD Card ใช้ระบบ Q แทน<br>2.จัดหาอุปกรณ์ที่ที่ใช้งานได้สะดวกและรวดเร็วโดยประสานจากงานสารสนเทศของโรงพยาบาลให้ตามได้ภายใน 5 นาที<br>3.มีอุปกรณ์สำรองไว้เมื่อเกิดปัญหาในการใช้งานสามารถนำมาใช้ทดแทนได้ในทันที |
| กรณีที่มารับการตรวจหลังจาก D/C ค้นหา Chart Admit ไม่เจอ<br>-OPD card หายหาไม่เจอ | 1.ใช้ระบบ scan chart Admit /เวชระเบียน หลังจากจำหน่ายให้เป็นปัจจุบัน<br>2.ยกเลิกการใช้ OPD Card เป็นระบบ Q และใบนำทางแทน |

4) การใช้นวัตกรรมเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในระบบบริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก เช่น การนำตู้ kios เข้ามาใช้บริการในการยืนยันตัวตนและบัตรคิวอัตโนมัติและใบนำทางไปยังจุดบริการต่าง ๆ การนำเครื่องชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงดิจิตอลอัตโนมัติเข้ามาใช้ในการให้บริการโดยข้อมูลที่

ได้ส่งไปยังระบบ Hos-XP อัตโนมัติเพียงแค่เสียบบัตรประชาชนเข้าที่ช่องเสียบบัตรในเครื่องนี้ หรือ QR codeที่ได้จากตู้ kios แสกนที่ช่องแสกนนี้ข้อมูลก็จะถูกส่งเข้าไปในระบบเอง เครื่องวัดสัญญาณชีพมาให้ในระบบ One vital sigh connect to his การนำระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์มาใช้โดยการ scan OPD /Chart Admit และการสืบค้นประวัติการรักษาของผู้ป่วยผ่านข้อมูลสุขภาพสารสนเทศจากระบบ Hos-XP ได้ การให้บริการระบบการแพทย์ทางไกลหรือ Telemedicine ระบบไร้ใบสั่งยา Paper less จอแสดงคิว และระบบเรียกคิวเพื่อซักประวัติหรือเข้ารับการตรวจรักษา

5) การให้ความรู้และทัศนคติในเจ้าหน้าที่บริการผู้ป่วยนอกเพื่อลดระยะเวลาการรอคอย และการเสริมสร้างความพึงพอใจผู้มารับบริการ ความรู้สึกของผู้มารับบริการที่มีต่อคุณภาพของการบริการส่งผลถึงความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ซึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังของผู้มาใช้บริการแต่ละคน เนื่องจากผู้มารับบริการแต่ละคนมีความคาดหวังไม่เท่ากัน และผู้มารับบริการมีความรู้เกี่ยวกับศาสตร์ทางวิชาชีพดังนั้นความคาดหวังที่ผู้มารับบริการจึงคาดหวังในความสะดวก รวดเร็ว ให้การบริการที่เสมอภาค และผู้ให้บริการต้องมีความรู้ กิริยามารยาทพูดจาไพเราะมีอัธยาศัยดีให้เกียรติผู้มารับบริการ ผู้มารับบริการบางรายมีทัศนคติที่มารับบริการต่อโรงพยาบาลรัฐไม่ดีรอนานบริการช้าไม่เหมือนกับไปรักษาที่คลินิกเอกชน ซึ่งเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลแพทย์ต้องทำหน้าที่ดูแลหลายที่ร่วมกันยิ่งทำให้ผู้มารับบริการมีทัศนคติที่ไม่ดีต่องานบริการผู้ป่วยนอก เมื่อแพทย์ต้องไปทำหัตถการอย่างอื่นหรือออกไปดูผู้ป่วยฉุกเฉินบางคนไม่มีความรู้ความเข้าใจถึงความเร่งด่วนในการรักษาทำให้ส่งผลต่อความไม่พึงพอใจในการให้บริการ ฉะนั้นเราจึงต้องมีการสื่อสารและอธิบายให้ผู้มารับบริการเข้าใจในความเร่งด่วนของการให้บริการเพื่อให้ผู้มารับบริการมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการบริการ

6) การประเมินผลและถอดบทเรียนร่วมกันตามกระบวนการเชิงคุณภาพและวิจัยเชิงพัฒนา การถอดบทเรียน หลังจากการพัฒนา พบว่าระยะเวลารอคอยที่นานที่สุดจะเป็นคลินิกเบาหวานในรายทีมีการนัดหมายเพื่อตรวจเลือดประจำซึ่งจะรอผลการตรวจนานอย่างน้อย 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาทีเป็นอย่างต่ำ ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยบริการอยู่ที่ 82 นาที ซึ่งไม่เกินที่กองการพยาบาลกำหนด ซึ่งกองการกำหนดไว้ที่ 90 นาที หลังจากที่ได้นำระบบเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาใช้ในการให้บริการพบว่ามีความสะดวกรวดเร็ว ถูกต้องแม่นยำ และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ ทำให้ลดการเกิดความเสี่ยงความผิดพลาดต่าง ๆ และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้มารับบริการซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการ มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์และการใช้ Paper less ทำให้สะดวกรวดเร็วในการให้บริการ มีการจัดการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา มีระบบคิว และจอแสดงลำดับคิวหน้าห้องตรวจ มีการเชื่อมโยงข้อมูลจากเครื่องมือสู่ระบบ His จากแพทย์ ลดลง จาก 55 นาที เหลือ 37 นาที ปัญหาที่พบผู้มารับบริการยังต้องใช้เวลารอวัดเนื่องจากผู้มารับบริการต้องเดินจากที่จอดรถขึ้นมาบนตึกแล้วทำการวัดความดันเลยทำให้เกิดความดันโลหิตสูงผู้มารับบริการต้องได้นั่งพักและรอวัดความดันโลหิตอีกครั้งเพื่อยืนยันผล รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอกมีการพัฒนาทีละอย่างโดยการนำระบบคิวและใบนำทาง เข้ามาใช้ในการให้บริการก่อนและได้มีการออกแบบพัฒนาใบนำทางเพื่อให้สะดวกในการใช้งานและสามารถสื่อสารให้ผู้มารับบริการสามารถดูแล้วเข้าใจได้ง่าย และจึงได้มีการพัฒนาปรับเปลี่ยนโดยการนำเครื่องมืออุปกรณ์ดิจิทัลอื่นเข้ามาใช้ในการให้บริการเช่นเครื่องวัดความดันอัตโนมัติแบบสอดแขนนำเข้ามาใช้ในการให้บริการโดยที่ช่วงแรกจะเป็นเครื่องวัดแบบสอดแขนและมีการปริ้นค่าที่ได้ออกมาให้ผู้มารับบริการถือไว้และยื่นให้พยาบาลตอนทำการซักประวัติและได้เริ่มพัฒนาเป็นการนำข้อมูลที่วัดได้เข้าสู่ระบบ His ซึ่งเป็นการพัฒนาในขั้นตอนต่อไปเพื่อให้ข้อมูลเชื่อมโยงเข้าระบบ Hisเพื่อให้สะดวกและรวดเร็วในการให้บริการ และได้มีการลดขั้นตอนการซักประวัติและบันทึกในเวชระเบียนมาเป็นแบบ

บันทึกในระบบ Hos.XP เลยเพื่อไม่ให้เกิดการซ้ำซ้อนในการให้บริการทำให้สะดวกและรวดเร็วในการซักประวัติและได้มีแนวทางการซักประวัติคัดกรองสื่อสารให้เจ้าที่ที่ขึ้นปฏิบัติงานได้ทราบ และได้มีการพัฒนาระบบใบนำทางแทนการค้น OPD Card และการนำระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เข้ามาใช้เพื่อช่วยในการสืบค้นข้อมูลและประวัติการรักษาของผู้ป่วยเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการให้บริการและพัฒนาระบบไร้ใบสั่งยาเพื่อสะดวกและรวดเร็วในการให้บริการ

**3. ผลการพัฒนารูปแบบ**

**3.1 ผลการพัฒนาการลดแออัดและระยะเวลารอคอย** การพัฒนาการลดระยะเวลารวม พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยในขั้นตอนการคัดกรอง และจุดซักประวัติรอตรวจ ยังคงเป็นขั้นตอนบริการที่ใช้เวลานาน โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 47.52 นาที และ 59.38 นาที รวมเฉลี่ยมีค่า 106.09 ซึ่งสูงเกินเกณฑ์ 90 นาที และพบแนวโน้มดีขึ้น จึงได้ปรับปรุงมาตรการ โดย เพิ่มจุดคัดกรองซึ่งเป็นพื้นที่ด่านหน้าที่มีผู้รับบริการเป็นจุดแรก โดยปรับให้มีระบบการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่นๆ ในจุดนี้เพิ่มเติม และในจุดซักประวัติเพื่อรอเข้าตรวจ จัดระบบเข้ารับบริการโดยแยกตามแผนกทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีนัดหมายและไม่ได้นัดหมาย คลินิกจุดต่างๆจะหมุนเวียนกันไปในแต่ละวัน จันทร์-ศุกร์ มีการใช้คลินิกรุ่งอรุณ และ คลินิกล่วงเวลา แต่ต้องปิดใช้ในช่วงที่มีสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานการณ์ระบาดมีการเพิ่มจุดคลินิกโรคทางเดินหายใจ ARI Clinic และได้ปิดตัวลงเมื่อสถานการณ์คลี่คลายลง ก่อนการพัฒนามีทั้งหมด 14 จุดบริการ โดย ได้รวมและยุบ 5 จุดบริการ ดังนี้ จุดพนักงานคีย์ข้อมูล จุดตรวจสอบสิทธิ์ด้วยระบบ 13 หลัก จุดค้น OPD card หรือ Chart พนักงานบันทึกข้อมูลโดยให้พยาบาลซักประวัติและบันทึกใบระบบ Hos-XP เลย ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน การพิมพ์ใบสั่งยา ใช้ระบบ Paper less เข้ามาแทน โดยเหลือ มี 9 ขั้นตอนบริการ แต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ ภายหลังการพัฒนาเหลือเพียง 8 ขั้นตอน ดังนี้ ได้แก่ 1. พยาบาลคัดกรอง ซักประวัติในใบนำทาง กดคิว 2. เจ้าหน้าที่เวชระเบียนส่งตรวจในระบบ Hos-XP 3. พยาบาลซักประวัติบันทึกในระบบ 4.พบแพทย์ 5. รับบริการตรวจพิเศษ 6.พบพยาบาลให้คำแนะนำ รับเอกสารการนัดหมาย 7.ชำระเงิน 8. รับยา นอน รักษา ส่งต่อ จากการทดสอบระยะเวลารอคอยพบว่ามีค่าเวลาเฉลี่ย 82.36 นาที ลดลง ร้อยละ 48.59 ดังแสดงในตาราง

**ตาราง 3** การพัฒนาจุดบริการในการลดระยะเวลารอคอย

| จุดบริการ | ระยะเวลาประมาณ (นาที) | | ระยะเวลาลดลง (ร้อยละ) |
|---|---|---|---|
| | ก่อนพัฒนา | หลังพัฒนา | |
| 1.ระยะเวลาในการทำบัตร | 3.21 | 0.36 | 88.79 |
| 2.เวลาคัดกรอง | 3 | 2 | 33.33 |
| 3.ระยะเวลารอคอยซักประวัติ | 35 | 19 | 45.71 |
| 4.เวลาการซักประวัติ | 5 | 3 | 40.00 |
| 5.ระยะเวลารอคอยรอตรวจ | 68 | 37 | 45.59 |
| 6.ระยะเวลาแพทย์ตรวจ | 5 | 3 | 40.00 |
| 7.ระยะเวลารอคอยคำแนะนำหลังตรวจ | 8 | 5 | 37.50 |
| 8.เวลาในการให้คำแนะนำหลังตรวจ | 5 | 3 | 40.00 |
| 9.ระยะเวลารอรับยา | 28 | 10 | 64.29 |
| ระยะเวลารวมเฉลี่ย | 160.21 | 82.36 | 48.59 |

**3.2 ผลการพัฒนาความรู้ ทัศนคติ ความพึงพอใจผู้ให้บริการ** การพัฒนาความรู้ ทัศนคติ ความ

พึงพอใจ ภายหลังการพัฒนา พบว่า เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง พบว่าก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทัศนคติ และความพึงพอใจที่ คะแนนเฉลี่ย 3.41, 21.05, 25.95 คะแนนตามลำดับ หลังพัฒนาพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น มีคะแนนเฉลี่ย 4.71, 23.62, 28.94 คะแนนตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, $t = 9.08, 5.46, 4.04$) ดังแสดงในตาราง 4

**ตาราง 4** เปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนามาตรการ (N=21)

| ปัจจัย | ก่อนพัฒนา | | หลังพัฒนา | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mean | SD | Mean | SD | | |
| ความรู้ | 3.48 | 0.81 | 4.71 | 0.46 | 9.08 | <0.001 |
| ทัศนคติ | 21.05 | 2.06 | 23.62 | 1.11 | 5.46 | <0.001 |
| ความพึงพอใจ | 25.95 | 1.36 | 28.94 | 1.75 | 4.04 | 0.001 |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**อภิปรายผล**

ผู้ให้บริการส่วนมากเป็นเพศหญิง สถานภาพส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ร่วมกัน อายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับปริญญาตรี อาชีพส่วนมากพยาบาล และเพศหญิง เนื่องจากอาชีพที่เป็นกลไกขับเคลื่อนนโยบาย และอยู่ในวัยทำงาน เป็นผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ด้านหน้า ในกลุ่มนี้จะช่วยให้งานนโยบายที่ทันสมัยประสบความสำเร็จได้ สอดคล้องกับ ไชนับ ศุภศิริ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง[5]

ผลการวิเคราะห์ปัญหาโรงพยาบาลนามน เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง มีเจ้าหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอก 12 คน จากการสำรวจ 1 เดือนก่อนการพัฒนามีผู้มารับบริการประมาณ 4,000 ส่วนมากเป็นหญิง อายุอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน สิทธิพื้นที่บริการบัตรทอง สาเหตุที่มารับบริการด้วยโรคมากที่สุดคือโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไข้หวัด จุดบริการที่ ช้า ที่สุดในแผนกผู้ป่วยนอก 3 จุด ได้แก่ จุดรอซักประวัติ จุดรอพบแพทย์ จุด รอรับยา ผลักดันนโยบายได้ง่ายผ่านผู้บริหาร เนื่องจากโรงพยาบาลนามนเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มีบุคลากรจำนวนจำกัด ประกอบกับประชาชนมาใช้บริการจำนวนมาก โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นภาระให้กับโรงพยาบาลขนาดเล็กในชุมชน จุดที่ให้บริการได้ช้าเป็นจุดที่มีความจำเป็นต้องใช้ความละเอียดอ่อน และมีคุณภาพจำเป็นต้องใช้เวลามาก สอดคล้องกับ นิยม ศิริ และ วรยุทธ นาคอ้าย[6]

กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 6 มาตรการ 1) ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ 2) จัดทำแผนงานโครงการบูรณาการงบร่วมกันในโรงพยาบาลนามน 3) การสร้างมาตรการลดระยะเวลารอคอย 4) การใช้นวัตกรรมเทคโนโลยี 5) การให้ความรู้และทัศนคติ 6) การประเมินผลและถอดบทเรียนร่วมกัน เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวเป็นการดำเนินงานเชิงพัฒนาจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์และทดลองใช้ และถอดบทเรียนร่วมกันเป็นระยะ โดยมีผู้บริหารช่วยขับเคลื่อนนโยบาย การบูรณาการงบช่วยให้ทำงานได้ง่ายขึ้น การใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยทุ่นแรงและลดข้อผิดพลาด ตลอดจนส่งเสริมความรู้และทัศนคติผู้ปฏิบัติงานช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้น และช่วยให้บริการได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ สุพัตรา ศรีวณิชชากร[7]

ผลการพัฒนาพบว่าการการลดระยะเวลามีค่าเวลาเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลง ขั้นตอนการบริการจากเดิม 14 ขั้นตอนบริการ ลดลงเหลือ 8 ขั้นตอน มีการส่งเสริมความรู้และทัศนคติในเจ้าหน้าที่ทำให้มีการทำงานด้วยความเข้าใจ ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเองที่ได้รับมอบหมายด้วยความเต็มใจ ตลอดจนความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น ทำให้การทำงานเป็นไปได้ดีอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ วนิดา รักผกาวงศ์ และคณะ[8]

**ข้อเสนอแนะ**

1. การนำรูปแบบการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนามน ควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนา อย่างน้อย 6 เดือน ให้เหมาะกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก โดยมุ่งเน้นไปที่เจ้าหน้าที่กลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานที่มีความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี จะทำให้เกิดความพึงพอใจในระดับที่เหมาะสมได้

2. ควรมีการส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในทุกวิชาชีพ จะทำให้การพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยบริการในแผนกผู้ป่วยนอกควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จ

3. การลดระยะเวลารอคอยควรมีแนวทางชัดเจน การมอบหมายหน้าที่ให้ชัดเจน การวางมาตรการ การวางแนวทาง การลดขั้นตอนการทำงานจะทำให้สามารถลดระยะเวลาการรอคอยได้ดี และมั่นคงในระยะยาว

4. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่างและหาแนวทางการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณ บุคลากรโรงพยาบาลนามน และประชาชนผู้มารับบริการ ในโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

**เอกสารอ้างอิง**

1. คู่มือการออกแบบอาคารสถานบริการสุขภาพและสภาพแวดล้อม. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองแบบแผน.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสข, 2558
2. แนวทางปฏิบัติการปรับรูปแบบบริการการบริการดูแลผู้ป่วยนอกในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข, 2563
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานผลการบันทึกระยะเวลาการรอคอย (HDC) จังหวัดกาฬสินธุ์. (2565) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์. 2565
4. โรงพยาบาลนามน. รายงานศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. (2564) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ 2564
5. ไชนับ ศุภศิริ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. ผลของรูปแบบบริการผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน ต่อระยะเวลารอคอยและความพึงพอใจในบริการ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2560; 28(1): 271-281
6. นิยม ศิริ และ วรยุทธ นาคอ้าย. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565; 31(2): 271-281
7. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การพัฒนาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล. วารสารระบบวิจัยสาธารณสุข. 2550; 1(3-4): 216-223.
8. วนิดา รักผกาวงศ์ และคณะ. ระยะเวลาการรอคอยและระยะเวลารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลางภาคเอกชนแห่งหนึ่ง.วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2564; 27(2): 53-63.

# ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

# Effectiveness of Nursing Practice Guidelines for Patients with Sepsis at Tron Hospital, Uttaradit Province.

(Received: February 18,2024 ; Revised: February 21,2024 ; Accepted: February 25,2024)

**พรทิพย์ ดาเกลี้ยง**[1]
**Porntip Dakliang**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - มกราคม 2567 โดยประยุกต์กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการใช้ผลการวิจัย (Research utilization) ของ Iowa Model) 3 ขั้นตอน คือ การกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาล การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริงในคลินิกและการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ 14 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความรู้ในการประเมินผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และแบบวัดความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้ในการประเมินผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้ออยู่ระหว่าง 6-10 นาที เวลาเฉลี่ย 15.43 นาที (เป้าหมายการรักษากำหนดให้ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อ ภายใน 1 ชั่วโมง) ส่วนใหญ่ได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อที่ระยะเวลาน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 100.0 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะพบว่าอยู่ระหว่าง 35-51 นาที เวลาเฉลี่ย 27.87 นาที และ 3) ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

**คำสำคัญ:** แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, ติดเชื้อในกระแสเลือด

**Abstract**

This quasi-experimental research aimed to study the results of nursing practices for patients with bloodstream infections. Tron Hospital Uttaradit Province Between December 2023 - and January 2024 by applying the conceptual framework for developing nursing practice guidelines according to the research utilization process of the Iowa Model) in 3 steps: determining nursing practice guidelines Implementation of nursing practice guidelines in the clinic and evaluation of results after using nursing practice guidelines. The sample group consisted of 14 professional nurses and 16 patients diagnosed with sepsis. The tool used to collect data was a knowledge test for evaluating people with sepsis. and a knowledge test for managing and caring for people with bloodstream infections. Data were analyzed using descriptive statistics and a Paired t-test at the statistical significance level of 0.05.

The results found that 1) Knowledge in evaluating people with sepsis and knowledge in managing care for people with sepsis. Bloodstream infections after receiving the program to promote nursing practice according to nursing practices for patients with bloodstream infections were higher than before. Statistically significant ($p < .05$) 2) The time during which patients received blood cultures was between 6-10 minutes, with an average time of 15.43 minutes (Treatment goals required that patients receive blood cultures.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตรอน

bacteria within 1 hour), most of them received blood cultures in less than 1 hour, 100.0%. The duration of time that patients received antibiotics was found to be between 35-51 minutes, the average time was 27.87 minutes, and 3) not found Complications from sepsis in the bloodstream
**Keywords:** clinical nursing practice guideline, sepsis

**บทนำ**

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดจากเมื่อร่างกายติดเชื้อและเข้าสู่ร่างกายเชื้อโรคจะสร้างสารพิษ (Toxin) ส่งผลให้มีการกระตุ้นกระบวนการอักเสบทั่วร่างกาย ทำให้เซลล์เสื่อมสภาพหลอดเลือดเกิดการขยายตัวสูญเสียความสามารถในการซึมผ่าน มีการลดลงของสารต้านการแข็งตัวของเลือด เกิดภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด ( Disseminated intravascular coagulation: DIC) ส่งผลให้มีลิ่มเลือดขนาดเล็กอุดตันในหลอดเลือด ขัดขวางระบบไหลเวียนเลือดอวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ รวมถึงการทางานของหัวใจด้วย ตามมาด้วยภาวะช็อกและเสียชีวิตในที่สุด[1] ประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 รายต่อปี เสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี โดยอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในปี 2562 - 2564 เท่ากับ 32.92, 32.68 และ 32.47 ต่อแสนประชากร พบอัตราตายในเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 156.8 และ 118 ต่อแสนประชากร[2] ซึ่งอุบัติการณ์เสียชีวิตจากภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือดดังกล่าวถือเป็นปัญหาสำคัญเพราะเป็นอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อัตราการเสียชีวิตจากภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือดต้องน้อยกว่าร้อยละ 28 โดยอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการเช่นบุคลากรยังขาดความเข้าใจในองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและมีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดการประเมินไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (Early detection) การรายงานอาการแพทย์ไม่ทันเวลา การดูแลต่อเนื่องในเรื่องการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาล่าช้า[3-4] ผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดต้องได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่าร้อยละ 50.0 และผู้ที่รอดชีวิตอาจมีภาวะแทรกซ้อนหลายประการเกิดผลกระทบที่นำไปสู่คุณภาพชีวิตแย่ลง

ในปี พ.ศ. 2563 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดตัวชี้วัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการบริการที่เป็นเลิศ (Service excellence) ภายใต้แผนงานด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) และการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ ซึ่งเป้าหมายของตัวชี้วัดสำคัญ คือ การลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมินและจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและรายงานผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรวดเร็วรวมถึงการปฏิบัติในการจัดการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล[5] เช่นเดียวกัน พยาบาลส่วนน้อยที่สามารถวินิจฉัยได้ถูกต้อง แสดงให้เห็นว่าพยาบาลยังมีความสับสนในการสังเกตอาการของโรค[6] และความรู้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อกจากการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง เป็นผลมาจากการอบรมทำให้มีความรู้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น[7] จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาล ซึ่งเป็นคุณภาพด้านกระบวนการ จากงานวิจัยของภาพิมล โกมล และคณะ[8] พบว่า ด้านคุณภาพการจัดการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดพยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติบางประการไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด การค้นพบภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของ

พยาบาลมีระยะเวลาเฉลี่ย 17.3 นาที ระยะเวลาที่ผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อเฉลี่ย 14.1 นาที โดยร้อยละ 92.2 ได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อในระยะเวลาไม่เกิน 30 นาที ระยะเวลาการได้รับยาปฏิชีวนะเฉลี่ย 29.6 นาที ร้อยละ 96.7 ได้รับยาปฏิชีวนะในระยะเวลาไม่เกิน 60 นาที และงานวิจัยของสมพร ศรีทันดร และคณะ[9] ที่ศึกษาการพัฒนาระบบปฏิบัติการพยาบาลในการนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดหลังให้ความรู้ 3 เดือน สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

โรงพยาบาลตรอน นำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้แต่เนื้อหาส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การวินิจฉัยที่รวดเร็วและให้การรักษาที่เหมาะสมซึ่งเป็นบทบาทของแพทย์ ปัญหาที่พบในบทบาทของพยาบาลมีการล่าช้าในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ขาดความชัดเจนของแนวทางปฏิบัติพยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลที่หลากหลายไม่มีข้อกำหนดในการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันด้านการเฝ้าระวังอาการอาการแสดงและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมทั้ง แนวทางการตัดสินใจให้การปฏิบัติการพยาบาลหรือจัดกิจกรรมต่ออาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีอาการและไม่มีอาการ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากประเด็นปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีความสำคัญ เพื่อใช้เป็นแบบบันทึกสัญญาณเตือนสำหรับพยาบาลในการประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว จัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม ส่งผลให้เข้าถึงการรักษาได้เร็ว ลดการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย จึงต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติและศึกษาผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้เฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับนโยบายของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดตัวชี้วัดทางการพยาบาลปีงบประมาณ 2566 กำหนดให้โรงพยาบาลมีการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 80

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการประเมินผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวทางปฏิบัติ/คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง

**วิธีดำเนินการวิจัย**

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลที่โรงพยาบาลตรอน อุตรดิตถ์ จำนวน 14 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ (1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยในและให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และ (2) ยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลตรอน อุตรดิตถ์ จำนวน 16 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ (1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป (2) ได้รับการวินิจฉัยแรกรับจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ขั้นตอนการวิจัยและมีการลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยเกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่าง

ปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัย (2) ผู้ป่วยส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

**เครื่องมือวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1.1 แบบประเมินความรู้ในการประเมินและการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ เพศ การอบรมที่เคยได้รับ ความต้องการได้รับความรู้เพิ่มเติม

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการประเมินผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด[11] จำนวน 15 ข้อ คำตอบชนิด 4 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมระหว่าง 0-15 คะแนน การแปลผลคะแนนความรู้พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็น 3 ระดับ[12] ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดน้อย (1–8 คะแนน) ความรู้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดปานกลาง (9–11 คะแนน) ความรู้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาก (12 – 15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด[11] เป็นขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวทางในการเฝ้าระวังและดูแลรักษาเบื้องต้น ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในผู้ใหญ่ ( Sepsis, Severe sepsis and Septic shock) จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็นระยะ SIRS จำนวน 10 ข้อ ระยะ Sepsis จำนวน 10 ข้อ และระยะ Severe sepsis และ Septic shock จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเลือกตอบ ถูก, ผิด, โดยข้อความที่เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน ข้อความที่เป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ถ้าตอบผิดเท่ากับ 1 คะแนน ตอบถูกเท่ากับ 0 คะแนน ใช้เวลาในการทำแบบทดสอบประมาณ 20 – 30 นาที การแปลผลคะแนนความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ[12] ได้แก่ ความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดน้อย (0–17 คะแนน) ความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดปานกลาง (18-23 คะแนน) ความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดดี (24–30 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลด้านกระบวนการ ได้แก่ แบบบันทึกระยะเวลาการได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อและการได้รับยาปฏิชีวนะหลังได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (นาที) เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บข้อมูลได้จากข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลด้านผลลัพธ์ ได้แก่ แบบบันทึกการเกิดภาวะช็อกและการเสียชีวิต เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บข้อมูลได้จากข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย แบบวัดความรู้ในการประเมินผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบบวัดความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ ประกอบด้วย แบบบันทึกระยะเวลาการได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อและการได้รับยาปฏิชีวนะหลังได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (นาที) แบบบันทึกค่าความดันโลหิตเฉลี่ยหลังได้รับการรักษา (มิลลิเมตรปรอท) และแบบบันทึกการเกิดภาวะช็อกและการเสียชีวิต เพิ่มแบบประเมิน SOS score ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยนำความ

คิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI)[12] ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ .69

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) แบบวัดความรู้ในการประเมินผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและแบบวัดความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson: KR-20)[12] ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาล โดย

1. ประชุมทีม ซึ่งประกอบด้วย แพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยใน

2. วิเคราะห์ปัญหา ทีมได้ลงความเห็นร่วมกันโดยพิจารณาจากประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติที่มีความหลากหลาย (High variation) มีจำนวนมาก (High volume) มีความเสี่ยงสูง (High risk) และผลลัพธ์ที่เกิดมีความรุนแรงอันตรายสูงต่อผู้ป่วย

3. กำหนดแนวทางปฏิบัติการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Clinical practice guideline: CPG for sepsis) โดยสืบค้นงานวิจัยและศึกษาจากฐานข้อมูล ดังนี้

3.1 ระบบฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อสืบค้นจากวารสารและเอกสารทางการแพทย์และการพยาบาล และการวิเคราะห์งานวิจัย

3.2 นำเอกสารวิชาการมาวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยและความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและของโรงพยาบาล และกำหนดสัญญาณเตือนที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงต้องประกอบไปด้วย 7 ด้าน คือ ระดับความรู้สึกตัว อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ปริมาณความเข้มข้นของออกซิเจน และปริมาณปัสสาวะ กำหนดระดับคะแนนเพื่อแยกความรุนแรง และความเร่งด่วนในการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมเป็น 3 ระดับ คือ ไม่มีสัญญาณเตือน (ความรุนแรงระดับต่ำ) (0 คะแนน) ความรุนแรงระดับปานกลาง (1–4 คะแนน) ความรุนแรงสูง (5 คะแนน ขึ้นไป)

กำหนดกิจกรรมที่พยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรง จากนั้นทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย (1) บันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรกรับจนสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งได้ทำความเข้าใจกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานก่อนการนำไปปฏิบัติ (2) แบบบันทึก SOS score ประกอบด้วย ข้อกำหนดสำหรับพยาบาลในการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในการประเมินแรกรับ การสังเกต การบันทึก การเฝ้าระวัง การตัดสินใจและการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสม และเป็นระบบนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับปรุง เพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติจริง

ขั้นตอนที่ 2 การนำแนวทางไปใช้จริงกับผู้ป่วย ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจกับพยาบาลวิชาชีพทุกคน รวมทั้งการสอบถามในประเด็นที่สงสัยหรือไม่แน่ใจในแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันโดยใช้ระยะเวลาในการศึกษาและการทำความเข้าใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะเวลา 1 เดือน ก่อนที่จะเก็บผลการศึกษาจริง ผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยงในการให้คำแนะนำและนิเทศการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทุกวันเมื่อผู้ปฏิบัติพบข้อสงสัย โดยกำหนดระยะเวลาในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเวลา 2 เดือน และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ โดยแบ่งผลลัพธ์ออกเป็น 2 ด้าน คือ (1) ด้านกระบวนการของแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาในการเจาะเลือดเพาะเชื้อและการได้รับยาปฏิชีวนะ (2) ด้านผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยแบบบันทึกสัญญาณเตือนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบบันทึกระยะเวลาการได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อหลังได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบบบันทึกค่าความดันโลหิตเฉลี่ยหลังได้รับการรักษา และแบบบันทึกการเกิดภาวะช็อกและการเสียชีวิต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**การพิทักษ์สิทธิ์**

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ UHPO REC 114/2566

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 พยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.7 อายุน้อยกว่า 31 ปี และ อายุ 51 – 60 ปี เท่ากัน ร้อยละ 35.7 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 42.9 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาล 21 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 57.2 ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อระดับดี ร้อยละ 42.9 รองลงมา คือ ปานกลาง ร้อยละ 35.7 ต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อเพิ่มเติม ร้อยละ 100.0 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ร้อยละ 92.8 การอบรม, ประชุม ร้อยละ 78.6 และศึกษาด้วยตนเองจากเอกสาร, ตำรา, Internet ร้อยละ 64.3

1.2 ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตรอน จำนวน 16 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.3 เพศหญิง ร้อยละ 43.7 อายุ 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 68.7 สัญชาติไทย ร้อยละ 100.0 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล คือ อาการไข้ ร้อยละ 74.8 ได้รับการวินิจฉัยเป็น SIRS (การตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย) ร้อยละ 74.8 รองลงมา คือ Sepsis ร้อยละ 25.2 ตำแหน่งที่สงสัยว่ามีการคิดเชื้อมากที่สุด คือ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 74.8 รองลงมา คือ การติดเชื้อทางผิวหนัง ร้อยละ 12.6 การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและ Infected DLC ร้อยละ 6.3 โรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เท่ากัน คือ ร้อยละ 25.2 รองลงมา คือ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 18.9 โรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 12.6 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 87.4 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 87.4

2. ความรู้ในการประเมินผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและความรู้ในการประเมินและการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ

2.1 ความรู้ในการประเมินผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการทดลองความรู้ในการประเมินผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.4 รองลงมา คือ ระดับมากและปานกลาง ร้อยละ 14.3 ค่าเฉลี่ย 10.25 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.38 คะแนน ต่ำสุด 8 คะแนน สูงสุด 13 คะแนน หลังการทดลองความรู้ในการประเมินผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.0 ค่าเฉลี่ย 14.28 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .91 ต่ำสุด 12 คะแนน สูงสุด 15 คะแนน (ตารางที่ 1) หลังการทดลองความรู้ในการประเมินผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการ

พยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

2.2 ความรู้ในการประเมินและการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการทดลองความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.7 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 14.3 ค่าเฉลี่ย 21.50 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.37 คะแนน ต่ำสุด 18 คะแนน สูงสุด 26 คะแนน หลังการทดลองความรู้ในการประเมินผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.0 ค่าเฉลี่ย 28.71 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.54 ต่ำสุด 26 คะแนน สูงสุด 30 คะแนน (ตารางที่ 1) หลังการทดลองความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

1) หลังการทดลองความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะ SIRS สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2) ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพและความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมง ประเมินอาการ/อาการแสดงการติดเชื้อ ติดตามผล CBC ดูค่า WBC ประเมิน urine output/void ป้องกัน Nosocomial Infection

2) หลังการทดลองความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะ Sepsis สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2) ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพและความรู้สึกตัวทุก 4 ชั่วโมง การเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อ จานวน 2 specimens จากแขนข้างละ 1 specimen การติดตามผล CBC ดูค่า WBC ถ้าเกิน 24 ชั่วโมง ให้เจาะใหม่ การประเมิน urine output/void ทุก 4 ชั่วโมง การประเมิน capillary refill ปลายมือ ปลายเท้า ผิวหนังลาย การให้ O2 cannula 3 ลิตร/นาที Keep O2 sat ≥ 92% การให้ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงหลังเจาะเลือดตรวจ Hemoculture x 2 ขวด การเจาะเลือดติดตาม DTX ทุก 1 ชั่วโมง การเจาะเลือดติดตามค่าการทำงานของตับ (LFT) เพื่อประเมินภาวะ organ dysfunction และการ ให้สารน้ำ 200 มล. ภายใน 15 นาที

3) หลังการทดลองความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะ Septic Shock สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2) ได้แก่ การรายงานแพทย์ด่วน การเปิด IV 2 เส้นด้วย medicut No.18-21 การให้ 0.9 NSS 500-1,500 มล. ภายใน 30 นาที การฟังเสียง Breath sound ก่อน load สารน้ำ การประเมินสัญญาณชีพและ ความรู้สึกตัวทุก 30 นาที การประเมิน urine output/void ทุก 30 นาที -1 ชั่วโมง ถ้าไม่ปัสสาวะ ให้ใส่สายสวนปัสสาวะ การให้ O2 cannula 3 L/min ตามแผนการรักษา และ keep O2 sat ≥ 92% การเตรียมใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ยา Dopamine/Levophed ตามแผนการรักษา keep MAP > 55 มิลลิเมตรปรอท และการติดตามผล Serum Lactate

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ความรู้ในการประเมินผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการทดลอง (N = 16)

| รายการ | มาก | | ปานกลาง | | น้อย | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ก่อนการทดลอง | | | | | | |
| ความรู้ในการประเมินผู้มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด | 2 | 14.3 | 10 | 71.4 | 2 | 14.3 |
| ความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด | 2 | 14.3 | 12 | 85.7 | 0 | 0.0 |
| - ระยะ SIRS | 4 | 28.6 | 8 | 57.1 | 2 | 14.3 |
| - ระยะ Sepsis | 1 | 7.1 | 9 | 64.3 | 4 | 28.6 |
| - ระยะ Severe sepsis และ Septic shock | 1 | 7.1 | 8 | 57.1 | 5 | 35.7 |
| หลังการทดลอง | | | | | | |
| ความรู้ในการประเมินผู้มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด | 14 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| ความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด | 14 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| - ระยะ SIRS | 13 | 92.8 | 1 | 7.1 | 0 | 0.0 |
| - ระยะ Sepsis | 13 | 92.8 | 1 | 7.1 | 0 | 0.0 |
| - ระยะ Severe sepsis และ Septic shock | 12 | 85.7 | 2 | 14.3 | 0 | 0.0 |

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการทดลอง (N = 16)

| รายการ | ก่อน | | หลัง | | Z | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\mu$ | $\sigma$ | $\mu$ | $\sigma$ | | |
| ความรู้ในการประเมินผู้มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด | 10.28 | 1.38 | 14.28 | .91 | 3.331 | .001 * |
| ความรู้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด | 21.50 | 2.37 | 28.71 | 1.54 | 3.306 | .001 * |
| - ระยะ SIRS | 7.85 | 1.16 | 9.64 | .63 | 3.090 | .002 * |
| - ระยะ Sepsis | 7.00 | .87 | 9.64 | .63 | 3.319 | .001 * |
| - ระยะ Severe sepsis และ Septic shock | 6.64 | 1.15 | 9.42 | .75 | 3.336 | .001 * |

3. ระยะเวลาในการเจาะเลือดเพาะเชื้อและการได้รับยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลตรอน อุตรดิตถ์ พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้ออยู่ระหว่าง 6-10 นาที เวลาเฉลี่ย 15.43 นาที (เป้าหมายการรักษากำหนดให้ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อ ภายใน 1 ชั่วโมง) ส่วนใหญ่ได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อที่ระยะเวลาน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 100.0 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะพบว่าอยู่ระหว่าง 35-51 นาที เวลาเฉลี่ย 27.87 นาที (เป้าหมายการรักษากำหนดให้ผู้ป่วยได้รับได้รับยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง) พบว่าส่วนใหญ่ได้รับยาปฏิชีวนะที่ระยะเวลาน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 100.0 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระยะเวลาในการเจาะเลือดเพาะเชื้อและการได้รับยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (N = 16)

| ระยะเวลา (นาที) | Min - Max | X ± SD | ≤ 1 ชั่วโมง | | ≥1 ชั่วโมง | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| การเจาะเลือดเพาะเชื้อ | 6 – 10 | 15.43 ± 9.23 | 16 | 100.0 | 0 | 0.00 |
| การได้รับยาปฏิชีวนะ | 35 - 51 | 27.87 ± 13.14 | 16 | 100.00 | 0 | 0.00 |

4. ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลตรอน อุตรดิตถ์ พบว่า ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แต่พบผู้ป่วยการเกิดภาวะช็อกระหว่างการรักษา 1 ราย เนื่องจากมีโรคประจำตัวป่วยด้วยโรคไตรื้อรัง และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยอาการของโรคติดเชื้อโควิด 19

**อภิปรายผล**

ผลการวิจัยนี้ จะเห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการประเมินและการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดความรู้ในการประเมินและการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะ SIRS ระยะ Sepsis ระยะ severe sepsis และ septic shock สูงขึ้น ภายหลังได้รับความรู้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยในมีความเข้าใจและสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ในรูปแบบเดียวกัน และจากงานวิจัยของสมพร ศรีทันดร และคณะ[9] ที่ศึกษาการพัฒนาระบบปฏิบัติการพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดหลังให้ความรู้ 3 เดือน สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อและได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง สอดคล้องกับงานวิจัยของภาพิมล โกมล และคณะ[8] พบว่า ในด้านคุณภาพการจัดการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติบางประการไม่ค่อยสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด การค้นพบภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลมีระยะเวลาเฉลี่ย 17.3 นาที ระยะเวลาที่ผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อเฉลี่ย 14.1 นาที โดยร้อยละ 92.2 ได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อในระยะเวลาไม่เกิน 30 นาที ระยะเวลาการได้รับยาปฏิชีวนะเฉลี่ย 29.6 นาที โดยร้อยละ 96.7 ได้รับยาปฏิชีวนะในระยะเวลาไม่เกิน 60 นาที สอดคล้องกับการวินิจฉัยและการรักษามุ่งเน้นการรับรู้อาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม[13] และมุ่งเน้นกระบวนการจัดการ ภาวะ sepsis แบบเร่งด่วนโดยกำหนดเป้าหมายการรักษาในระยะ 6 ชั่วโมงแรก ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะ การแก้ไขความบกพร่องของระบบไหลเวียน การควบคุมความดันโลหิตในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย และค่าความดันโลหิตเฉลี่ยให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่นเดียวกับการศึกษาของเนตรญา วิโรจวานิช[14] ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดใน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า แนวทางในการปฏิบัติทางการ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำเป็นต้องมี 3 ระยะ 1) การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด 2) การช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะแรก 3) การดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดักจับอาการของ Severe sepsis ได้ทันเวลาเพิ่มขึ้น และอัตราการเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาตลอดการ Admit ลดลง สอดคล้องกับแนวคิดการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของ Holzemer and Reilly[15] ที่กล่าวว่า ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการจัดการดูแลที่ดีและมีคุณภาพ ย่อมส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา ซึ่งการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามี

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลตรอนจัดทำขึ้นตามขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย [16] ประกอบด้วย 1) การคัดกรองผู้ป่วยและการประเมินสภาพเบื้องต้น 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (3) กระบวนการพยาบาล (ประเมินสัญญาณชีพตามเกณฑ์ของคะแนน SOS การรายงานแพทย์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนน SOS การส่งตัวอย่างเลือดและสารคัดหลั่งเพาะเชื้อ การให้สารน้ำตามแผนการรักษา การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ภายหลังเข้ารับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วย การใส่สายสวนปัสสาวะและติดตามปริมาณปัสสาวะ การดูแลระบบทางเดินหายใจ) (4) การประเมินผลการพยาบาล และ (5) การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกแนวปฏิบัติดังกล่าวพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หรือในรายที่สงสัยว่าอาจมีการติดเชื้อในกระแสเลือด สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โดยเฉพาะในส่วนขององค์ประกอบการประเมินผลการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นการประเมินผลระยะสั้น เนื่องจาก เป้าหมายที่สำคัญของผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ การปฏิบัติตามกระบวนการดูแลที่กำหนดในแนวปฏิบัติและการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เพื่ออัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยที่เป็นตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในตามแนวทางของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)[17] ส่งผลให้ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แต่พบผู้ป่วยการเกิดภาวะช็อกระหว่างการรักษา 1 ราย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เนื่องจากมีโรคประจำตัวป่วยด้วยโรคไตรื้อรัง และเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย โรค

จะเห็นได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลตรอน สามารถนำไปบูรณาการกับแบบบันทึกของพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ทำให้สะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติงานเหมาะกับบริบทของการทำงาน รวมทั้งสามารถใช้ในการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรพัฒนาพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานให้มีความรู้ในการประเมินและการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเฉพาะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ ในระยะ Severe sepsis และ Septic Shock ซึ่งเป็นระยะวิกฤตอย่างต่อเนื่อง

2. ควรสนับสนุนให้มีการการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดเมื่อแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ที่แผนกผู้ป่วยในอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการติดตามและประเมินผล รวมทั้งมีการติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง

**กิตติกรรมประกาศ**

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณ รุจิชญาน์ ทองเทศ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลตรอน ที่สนับสนุนและผลักดันการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นภดล เลือดนักรบ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ที่ปรึกษาและตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตรอน ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. ทิฏฐิ ศรีวิสัย และวิมล อ่อนเส็ง. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ; ความท้าทายของการพยาบาลฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. 2561. 9(2), 152-162.
2. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired. [อินเตอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 25 ก.ย. 66] เข้าถึงจาก http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1448
3. ประกาศิต เทนสิทธิ์ และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตเร็วและช้าในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 35(1), 101-109
4. Amland, R. C., & Hahn-Cover, K. E. (2016). Clinical decision support for early recognition of sepsis. American Journal of Medical Quality, 31(2), 103-110
5. Byrne, L.K. (2014). Nursing management of pediatric sepsis. Pediatric Intensive Care Unit, 15(2), 128-130
6. Padilha, P., Almeida, B., Derico, B. C., Elmiro, F. C. M., Jesus, M. F. F., & Sousa, V. L.(2011). Role of nurses in the early recognition of sepsis. Crit Care, 15(Suppl 2), 23. doi: 10.1186/cc10171
7. อรอุมา ท้วมกลัด, พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. ความรู้ในการประเมินและการจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย. รามาธิบดีสาร. 2557; 20(2): 206-220
8. ภาพิมล โกมล, รัชนี นามจันทรา, และวารินทร์ บินโฮเซ็น. คุณภาพการจัดการดูแลผู้มีกลุ่ม อาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิงห์บุรี. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพ รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2560, 6(2): 32-43.
9. สมพร ศรีทันดร, วารินทร์ บินโฮเซ็น, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. การพัฒนาระบบปฏิบัติการพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ใน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยรังสิต, ปทุมธานี, 2556.
10. Iowa Model Collaborative et al.Iowa Model of Evidence–Based Practice: Revisions and Validation . Worldviews Evid Based Nurs. 2017 Jun;14(3):175–82
11. พรนภา วงศ์ธรรมดี, รัชนี นามจันทรา และวารินทร์ บินโฮเซ็น. คุณภาพการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอายุรกรรม, วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 2562; 33-49.
12. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น. 2560.
13. Makic, M. B. F. & Bridges, E. Managing Sepsis and Septic Shock: Current Guidelines and Definitions. AJN, 2018. 118*(2),* 34-39
14. เนตรญา วิโรจวานิช. ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. Journal of Nursing and Health sciences, 2018; 12(1): 84-94.
15. Holzemer WL, Reilly CA. Variables, variability, and variations research: Implications for medical informatics. Journal of the American Medical Informatics Association. 1995; 2(3): 183-90. doi: https://doi.org/10.1136/jamia. 1995.95338871
16. National Health and Medical Research Council (NHMRC). A guideline to the development implementation and evaluation of clinical practice guidelines. [Internet]. Australia; National Health and Medical Research Council; 1999. [cited 2023 Oct 12]. Available from: https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/cda-pubs-cdi-1998 -cdi2205-cdi2205b.htm
17. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. . [อินเตอร์เน็ต} 2566. [สืบค้นเมื่อ 25 ก.ย. 66] เข้าถึงจาก https://www.snmri.go.th/wp-content/uploads/2021/11/รายละเอียดตัวชี้วัด-2565.pdf

# การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน : บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน
# Fall Prevention among the Elderly Living in a Community : The Nursing Role in Home Health Care

(Received: February 25,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**พัตร์พิมล โต๊ะบุรินทร์**[1]
**Patpimon Toburin**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลโนนสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตำบลโนนสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน รวม ทำการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้แนวคิดบทบาทของพยาบาลร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วยการร่วมวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล การสอนด้วยสื่อวีดีทัศน์ การให้คำปรึกษา การติดตามดูแลที่บ้านและการติดตามรายบุคคล และการใช้สื่อบุคคลตัวอย่างที่เคยหกล้มในผู้สูงอายุ การกระตุ้นเตือน สอบถามปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ โดยผู้วิจัย และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired sample t-test และสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.25, S.D.=0.10) และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=4.14, S.D.=0.32) ส่วนกลุ่มควบคุมมีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.83, S.D.=0.11) และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.83, S.D.=0.12) เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มและพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลอง (Mean=3.25, S.D.=0.10) และกลุ่มควบคุม (Mean=2.83, S.D.=0.11) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการรับรู้สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หกล้ม การรับรู้ผลกระทบจากการหกล้ม และการรับรู้การปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ส่วนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม พบว่าพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ, พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

**Abstract**

This research is a quasi-experimental research. The objective was to study the results of the fall prevention program for the elderly and compare the results of the fall prevention program for the elderly before and after receiving the fall prevention program for the elderly in the community, Non Samran Subdistrict, Mueang District. Chaiyaphum Province The sample group consisted of elderly people in Non Samran Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province. A purposive random sample of 60 people was divided into an experimental group and a control group of 30 people each. The study was conducted between January and March 2023. The tools used in the experiment were is a fall prevention program for elderly people in the community using the concept of the role of nurses combined with home health care. Consists of joint planning nursing practice Teaching with video media Consulting Home monitoring and individual monitoring and the use of media about role models who have

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

fallen in the elderly. prompting Various problems and obstacles were asked by the researcher and a questionnaire on perceptions regarding fall prevention was completed. and a questionnaire on behavior to prevent falls in the elderly. Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-test and independent t-test.

The results of the study found that after participating in the program The experimental group had awareness about preventing falls in the elderly in the community. The overall level was at a high level (Mean=3.25, S.D.=0.10) and the mean behavior for preventing falls among the elderly in the community was overall at a high level (Mean=4.14, S.D.=0.32). The control group received Know about preventing falls in the elderly in the community as a whole. It is at a moderate level (Mean=2.83, S.D.=0.11) and has the average behavior for preventing falls in the elderly in the community as a whole. It is at a moderate level (Mean=2.83, S.D.=0.12) when comparing perceptions about fall prevention and fall prevention behavior among elderly people in the community. It was found that the overall perception of fall prevention between the experimental group (Mean=3.25, S.D.=0.10) and the control group (Mean=2.83, S.D.=0.11) was significantly different. (p-value<0.001) when considering each aspect It was found that awareness of causes or risk factors for falls Perception of the effects of falls and awareness of practices to prevent falls There was a statistically significant difference between the experimental group and the control group. (p-value<0.001) As for fall prevention behavior, it was found that fall prevention behavior among the elderly in the community as a whole was significantly different between the experimental group and the control group. (p-value<0.001)

**Keywords:** Elderly fall prevention program, Elderly fall prevention behavior

**บทนำ**

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของจำนวนประชากรคือโลกกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในระดับมหภาคของโลก (megatrends)ซึ่งองค์การสหประชาชาติ ได้คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2030 ประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97 ของประชากรที่กำลังเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา[1] นอกจากนี้ในส่วนของประเทศไทยพบอัตราการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุเป็นลำดับที่สองในกลุ่มประเทศอาเซียนที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดรองจากประเทศสิงคโปร์[1,2] โดยพบการกระจายตัวของประชากรผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดร้อยละ 34.1 รองลงมาคือภาคกลาง ร้อยละ 23.2 ภาคเหนือ ร้อยละ 20.3 และภาคใต้ ร้อยละ 12.6 ตามลำดับ[3] การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุนำไปสู่ปัญหาสุขภาพในทุกระบบและนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังต่างๆได้ง่าย เช่นโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่พบบ่อยได้แก่ โรคข้อเสื่อม โรคระบบการไหลเวียนเลือด เช่น โรคหัวใจ เป็นต้น โดยเฉลี่ยมีมากกว่าหนึ่งโรคประมาณร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันและร้อยละ 15 มี ภาวะพึ่งพิงด้านการทำงานบ้านขณะเดียวกันร้อยละ 0.8 และ 0.2 ของผู้สูงอายุต้องใช้รถเข็นและนอนติดเตียงตามลำดับ[4] เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะการเกิดโรคเรื้อรังมักจะรักษาไม่หายขาดและส่งผลต่อการใช้ชีวิตเป็นอย่างมาก เช่นนำไปสู่การการพลัดตกหกล้ม ช่วยเหลือตนเองได้ลดลง และสุดท้ายมักจะก่อให้เกิดภาวะโรคสูงสุดและเสียชีวิตได้ในที่สุด

การหกล้มที่เกิดขึ้นเป็นปรากฏการณ์ที่พบมากที่สุดในบรรดาอุบัติเหตุต่างๆที่เกิดกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังการหกล้มที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บ ทุกข์ทรมาน ช่วยเหลือตนเองได้ลดลงหรือไม่ได้ และเสียชีวิตได้ในที่สุดดังนั้นจึงพบว่าการหกล้มเป็นสาเหตุในลำดับต้นๆที่ทำให้ผู้สูงอายุมาพบแพทย์ด้วยภาวะฉุกเฉิน ส่วนการบาดเจ็บส่วนมากที่เกิดจากการหกล้ม คือ กระดูกหัก หรือบาดเจ็บพกช้ำที่รุนแรง โดยเฉพาะที่ข้อสะโพก มีสาเหตุมาจากการหกล้มถึงร้อยละ 95 และมักเกิดในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี โดยเฉพาะในเพศหญิงพบสะโพกหักมากถึงร้อยละ 75-80[1] นอกจากนั้นยังพบว่าอัตราการหกล้มจะเพิ่ม

สูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นและที่ผ่านมาพบว่าหนึ่งในอุบัติเหตุที่ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บมากที่สุด คือการพลัดตกหกล้ม สูงถึงร้อยละ 40.4 ของการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมดในผู้สูงอายุ[1] ในส่วนของประเทศไทยได้มีการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ.2565 ซึ่งพบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุหกล้มทุกปี และได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะการบาดเจ็บบริเวณต้นขา ข้อสะโพก ร้อยละ 20 (กรมควบคุมโรค, 2560)นอกจากนี้ยังพบว่าในเพศหญิงมีแนวโน้มการหกล้มสูงกว่าเพศชายถึง 1.6 เท่าและบาดเจ็บรุนแรงได้กว่าเพศชายเช่นเดียวกันโดยสาเหตุหลักของการหกล้มมักเกิดจากการลื่น การสะดุดและก้าวพลาด บนพื้นระดับเดียวกันมากถึงร้อยละ67และมีเพียงร้อยละ5ที่มีสาเหตุจากการตกหรือล้มจากบันไดและขั้นบันได เป็นต้น[5] ในส่วนของจังหวัดชัยภูมิที่ผ่านมาพบว่ามีอัตราการการพลัดตกหกในผู้สูงอายุต่อประชากรแสนคนในปี 2560 - 2565 เท่ากับ 975.00, 669.00, 1453.00 , 1224.00 , 2106.00 และ 1,611.52 ตามลำดับ[5] อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มมีหลายปัจจัยด้วยกันทั้งปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น โรคเรื้อรังต่างๆ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นลื่นไม่มีราวจับ และปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น รับประทานยาหลายตัว การไม่ออกกำลังกาย[6] ซึ่งบางปัจจัยนั้นสามารถป้องกันและเฝ้าระวังการหกล้มในผู้สูงอายุได้

การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุมีความสำคัญเป็นอย่างมากและยังสามารถปฏิบัติได้เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการที่ระบุวิธีลดความเสี่ยงของการหกล้มที่สามารถทำเองได้ค่าใช้จ่ายน้อยและได้ผลมากที่สุด คือการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มความสามารถในการทรงตัวและการเดินซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นต้น[7] สำหรับการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุนั้นเป็นการพยายามในการที่จะหาแนวทางในการป้องกันการหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มลดลง ตลอดจนการวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในบทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนและสังคมต้องมีความรู้ความเข้าใจ รู้เท่าทันสื่อ เข้าใจตนเอง สามารถดูแลตนเอง ป้องกันการหกล้มได้ รวมไปถึงสามารถตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการหกล้มได้ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันได้เน้นการดูแลในระดับปฐมภูมิ ควบคู่ไปกับระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การใช้ยาตลอดจนการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่[8]

พยาบาลเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะบทบาทด้านการการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล[9] ได้กล่าวถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยใช้กรอบลักษณะงานและหน้าที่รับผิดชอบที่ปฏิบัติทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนและบริหาร ผู้ประสาน และผู้ให้การบริการที่ครอบคลุมบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลมีความสำคัญเกี่ยวกับการหกล้มมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ทั้งบทบาทในด้านการส่งเสริม ด้านการป้องกัน การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการที่ระบุถึงวิธีปฏิบัติในการลดความเสี่ยงของการหกล้มที่สามารถทำเองได้ ค่าใช้จ่ายน้อย และได้ผลมากที่สุด คือการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มความสามารถในการทรงตัวและการเดินซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นต้น[7] สำหรับการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุนั้นเป็นการพยายามในการที่จะหาแนวทางในการป้องกันการหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มลดลง ตลอดจนการ

วางแผนดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในบทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และสังคมต้องมีความรู้ความเข้าใจรู้เท่าทันสื่อ เข้าใจตนเอง สามารถดูแลตนเอง ป้องกันการหกล้มได้ รวมไปถึงสามารถตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการหกล้มได้

อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันได้เน้นการดูแลในระดับปฐมภูมิควบคู่ไปกับระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การใช้ยา ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่[8] ประกอบกับการบริการพยาบาลมีบริบทที่บางส่วนเปลี่ยนไปตามความต้องการของผู้รับบริการและของสถานบริการสุขภาพ ซึ่งมีความสำคัญ และความจำเป็น พยาบาลในฐานะที่เป็นส่วนสำคัญของทีมสุขภาพ จึงต้องมีความตระหนักในบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ มองภาพการดูแลผู้ป่วยทั้งตัวเพื่อป้องกันการหกล้มหรือปัญหาด้านสุขภาพต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในทีมสุขภาพ[8] ทั้งนี้การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นสิ่งที่พยาบาลทุกคนต้องยึดถือและปฏิบัติ โดยนอกจากต้องปฏิบัติงานภายใต้กฎหมาย ข้อบังคับของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์แล้ว ยังต้องปฏิบัติตามมาตรฐานงานในบริบทที่แตกต่างกันไปตามบทบาทของพยาบาลแต่ละคนในแต่ละหน่วยงาน[10] นอกจากนี้การดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้ถูกบรรจุไว้ในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นชุดสิทธิประโยชน์หลักที่ประชาชนพึงได้รับ ประเทศไทยมีการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านส่วนใหญ่ โดยมีอาสาสมัครหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และพยาบาลเป็นหลัก ดังนั้นในการดูแลสุขภาพที่บ้านพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการสังเกต การสรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล การบันทึกข้อมูล และการวางแผนการพยาบาล เนื่องจากผู้สูงอายุในการพยาบาลที่บ้านมีหลายระดับ ซึ่งปัญหาที่พบจะต่างกันออกไป เป็นต้น[11] ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน บทบาทของพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่องต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลโนนสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุหลังการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้ม จังหวัดชัยภูมิ

**วิธีการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (two group, pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลโนนสำราญ อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิโดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลโนนสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

**ผลการวิจัย**

1. ผลการศึกษาโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนตามบทบาทของพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ตำบลโนนสำราญ อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

1) ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 63.33 (Mean=67.20, S.D.=4.69) อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 74 ปี มีสถานภาพสมรส

ร้อยละ 86.67 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.67 ประกอบอาชีพค้าขายธุรกิจหรือส่วนตัว ร้อยละ 50.00 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 80.00 (Mean=5,326.67, S.D.= 2,931.51) รายได้ต่ำสุด 3,000 บาท รายได้สูงสุด 15,000 บาท มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 70.00 แหล่งที่มาของรายได้หลักมาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.67 มีผู้ดูแลหลักได้แก่บุตรธิดา ร้อยละ 60.00 ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับโรคอ้วน ร้อยละ 56.67 (Mean= 28.51, S.D.=3.64) ค่าดัชนีมวลกายต่ำสุด 21.22 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ดัชนีมวลกายสูงสุด 36.44 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.00 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ รองลงมาได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ ตามลำดับ

กลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 80.00 (Mean=67.23, S.D.=2.96) อายุน้อยที่สุด 62 ปี อายุมากที่สุด 74 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.33 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50.00 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 66.67 (Mean=5,716.67, S.D.= 2,465.92) รายได้ต่ำสุด 2,500 บาท รายได้สูงสุด 12,000 บาท มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 50.00 แหล่งที่มาของรายได้หลักมาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 70.00 มีผู้ดูแลหลักได้แก่บุตรธิดา ร้อยละ 56.67 ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับโรคอ้วน ร้อยละ 50.00 (Mean= 27.50, S.D.=3.51) ค่าดัชนีมวลกายต่ำสุด 22.13 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ดัชนีมวลกายสูงสุด 37.65 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.33 ส่วนการเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

2) การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง มีดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.77, S.D.=0.15) โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการรับรู้ผลกระทบจากการหกล้ม (Mean=2.83, S.D.=0.26) รองลงมา ได้แก่ ด้านการรับรู้สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หกล้ม (Mean=2.76, S.D.=0.19) และด้านการรับรู้การปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้ม (Mean=2.75, S.D.=0.27) ตามลำดับ ส่วนหลังการทดลอง พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน โดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean=3.25, S.D.=0.10) โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการรับรู้ผลกระทบจากการหกล้ม (Mean=3.39, S.D.=0.21) รองลงมา ได้แก่ ด้านการรับรู้การปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้ม (Mean=3.37, S.D.=0.18) และด้านการรับรู้สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หกล้ม (Mean=3.12, S.D.=0.17) ตามลำดับ

กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.81, S.D.=0.16) โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการรับรู้ผลกระทบจากการหกล้ม (Mean=2.87, S.D.=0.23) รองลงมา ได้แก่ ด้านการรับรู้สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หกล้ม (Mean=2.82, S.D.=0.17) และด้านการรับรู้การปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้ม (Mean=2.71, S.D.=0.30) ตามลำดับ ส่วนหลังการทดลอง พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.83, S.D.=0.11) โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการรับรู้ผลกระทบจากการหกล้ม (Mean=2.89, S.D.=0.16) รองลงมา ได้แก่ ด้านการรับรู้สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หกล้ม (Mean=2.85, S.D.=0.16) และด้านการรับรู้การ

ปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้ม (Mean=2.73, S.D.=0.15) ตามลำดับ

3) พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.91, S.D.=1.02) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรู้สึกทรงตัวไม่ดี วิงเวียนศีรษะ จะหยุดทำกิจกรรมต่าง ๆ และหาที่ยึดเกาะที่มั่นคง (Mean=3.10, S.D.=0.40) รองลงมาได้แก่ เมื่อมีปัญหาการมองเห็น เช่น มองเห็นไม่ชัดเจน ตาพร่ามัว เป็นต้น ท่านจะไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาทันที (Mean=3.03, S.D.=0.32) ซึ่งมีค่าเท่ากับ หากท่านมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ท่านไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งและรับประทานยาตามแพทย์สั่ง (Mean=3.03, S.D.=0.41) และ ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นาน 30 นาที (Mean=3.00, S.D.=0.37) ซึ่งมีค่าเท่ากับ ท่านและคนในครอบครัวตรวจสอบความมั่นคงแข็งแรงของเครื่องเรือน เช่น เก้าอี้ โต๊ะ เตียง (Mean=3.00, S.D.=0.11) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านไม่ปล่อยสัตว์เลี้ยงขนาดเล็ก เช่น แมว สุนัข มาวิ่งเล่นในบ้าน (Mean=2.50, S.D.=0.78)

หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับสูง (Mean=4.14, S.D.=0.32) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ เมื่อมีปัญหาการมองเห็น เช่น มองเห็นไม่ชัดเจน ตาพร่ามัว เป็นต้น ท่านจะไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาทันที (Mean=4.60, S.D.=0.72) รองลงมาได้แก่ หากท่านมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ท่านไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งและรับประทานยาตามแพทย์สั่ง (Mean=4.57, S.D.=0.77) และ ท่านหลีกเลี่ยงหรืองดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mean=4.47, S.D.=0.86) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นาน 30 นาที (Mean=3.60, S.D.=0.89)

ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.87, S.D.=0.14) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การดูแลเช็ดห้องน้ำห้องส้วมให้แห้งอยู่เสมอ (Mean=3.07, S.D.=0.37) รองลงมาได้แก่ หากท่านมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ท่านไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งและรับประทานยาตามแพทย์สั่ง (Mean=3.01, S.D.=0.16) และ ท่านไม่ล็อคประตูเวลาเข้าห้องน้ำเพื่อจะได้มีคนเข้ามาช่วยเหลือได้ทันเวลาเมื่อเกิดการหกล้ม (Mean=3.00, S.D.=0.37) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านไม่ปล่อยสัตว์เลี้ยงขนาดเล็ก เช่น แมว สุนัข มาวิ่งเล่นในบ้าน (Mean=2.40, S.D.=0.72)

หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.83, S.D.=0.12) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การดูแลเช็ดห้องน้ำห้องส้วมให้แห้งอยู่เสมอ (Mean=2.97, S.D.=0.32) รองลงมาได้แก่ ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นาน 30 นาที (Mean=2.93, S.D.=0.25) ซึ่งมีค่าเท่ากับ ท่านหลีกเลี่ยงหรืองดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mean=2.93, S.D.=0.37) และ ท่านรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ปลาเล็กปลาน้อย เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุนหรือกระดูกบาง (Mean=2.90, S.D.=0.40) ซึ่งมีค่าเท่ากับ ท่านสวมใส่รองเท้าที่มีขนาดพอดี ไม่คับหรือหลวมเกินไป มีพื้นยึดเกาะที่ดี และไม่อ่อนนุ่มจนเกินไป (Mean=2.90, S.D.=0.31) และ ภายในบ้านและภายนอกรอบ ๆ บ้านท่าน มีแสงสว่างเพียงพอมีแสงสว่างเพียงพอทั้งกลางวันและกลางคืน (Mean=2.90, S.D.=0.40) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่าน

ไม่ปล่อยสัตว์เลี้ยงขนาดเล็ก เช่น แมว สุนัข มาวิ่งเล่นในบ้าน (Mean=2.57, S.D.=0.50)

2. ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนตามบทบาทของพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ตำบลโนนสำราญ อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนและพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired sample t-test พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนและพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ภายในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนภายในกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนและพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลอง (Mean=3.25, S.D.=0.10) และกลุ่มควบคุม (Mean=2.83, S.D.=0.11) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หกล้ม การรับรู้ผลกระทบจากการหกล้ม และการรับรู้การปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ส่วนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลอง (Mean=4.14, S.D.=0.32) และกลุ่มควบคุม (Mean=2.83, S.D.=0.12) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

**อภิปรายผล**

1. กลุ่มทดลอง มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม ก่อนและหลังทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนฯ มีความรู้ด้านผลกระทบจากการหกล้ม ด้านสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หกล้ม และด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้ม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกัน การหกล้มของผู้สูงอายุในตำบลทาขุมเงิน อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน[12] โดยการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการหกล้ม ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น หน่วยงานในพื้นที่ควรมี การวางแผนและดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้ม อันตราย/ผลกระทบของการหกล้ม และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมีการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจให้ก่อให้เกิดการหกล้ม และมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยให้ครอบครัวและทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรสาคร[13] โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) สร้างความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการ หกล้ม 2) ให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม 3) เสริมสร้างความสามารถใน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม และ 4) สร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถใน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม ส่วนกลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลในชมรม ผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการ ทดลองและจำนวนครั้งของการหกล้มน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ $p < 0.05$ นอกจากนั้นยังพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและ จำนวนครั้งของการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

2. กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับสูง (Mean=4.14, S.D.=0.32) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ เมื่อมีปัญหาการมองเห็น เช่น มองเห็นไม่ชัดเจน ตาพร่ามัว เป็นต้น ท่านจะไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาทันที (Mean=4.60, S.D.=0.72) รองลงมาได้แก่ หากท่านมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ท่านไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งและรับประทานยาตามแพทย์สั่ง (Mean=4.57, S.D.=0.77) และ ท่านหลีกเลี่ยงหรืองดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mean=4.47, S.D.=0.86) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นาน 30 นาที (Mean=3.60, S.D.=0.89) สอดคล้องกับ ระสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม ในบริเวณบ้านสำหรับผู้สูงอายุตำบลบ้านร้อง อำเภองาว จังหวัดลำปาง[14] ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ของกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -4.255$, $Pvalue < 0.01$) และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของ กลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -7.960$, P-value $< 0.01$) เป็นผล ทำให้การเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มในบริเวณบ้านของผู้สูงอายุลดน้อยลง ซึ่งหลังการทดลองพบว่าอัตราการ เกิดอุบัติเหตุหกล้มในบริเวณบ้านในกลุ่มศึกษาลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถนำ โปรแกรมสุขศึกษามาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในชุมชนตำบลนางและอำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย[15] ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .001$) ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตก หกล้มดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และอัตราการพลัดตกหกล้มของ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (เฉลี่ย = 1.3, S.D. = 0.48) ภายใน 90 วัน ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรม (เฉลี่ย =1.4,S.D. = 0.50) สอดคล้องกับ ทิพรัตน์ ผลอินทร์ และคณะ (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ความกลัวการหกล้ม และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนที่ศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ในระดับสูง และยังพบพฤติกรรมซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุหกล้มจากปัจจัยภายใน คือ ขาดการออก กำลังกาย จากปัจจัยภายนอก คือ ขาดการตรวจสอบความมั่นคงแข็งแรงของเครื่องเรือนเครื่องใช้ ภายในบ้าน ส่วนอายุ และความกลัวการหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.179$, p-value $< 0.05$, และ $r = 0.408$, p-value $< 0.01$) ส่วนการศึกษา อาชีพ รายได้ และภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการหกล้ม สอดคล้องกับ พิกุล ตินามาสและคณะ (2561) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุและเพื่อ เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุจำแนกตาม เพศ อายุ โรคประจำตัว รายได้ และการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ ระหว่าง 60-92 ปีอายุเฉลี่ย 71 ปี และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนรายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมการป้องกัน การถูกแมลงสัตว์กัดต่อยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.49$, S.D. = 0.38) ส่วนพฤติกรรมการป้องกัน การพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.86$, S.D. = 0.37) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การป้องกัน

อุบัติเหตุของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า โรคประจำตัว และการเข้าร่วมกิจกรรม ชมรมผู้สูงอายุที่ต่างกัน ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ส่วนเพศ อายุรายได้ต่างกัน พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ ไม่ต่างกัน

สาเหตุที่ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากโปรแกรม การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนฯ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการหกล้มแบบบูรณาการอย่างเป็นระบบให้กับผู้สูงอายุ เป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้โปรแกรมได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในระยะยาว โดยเน้นการมีส่วนร่วมในชุมชน มีกิจกรรมหลายอย่างร่วมกันที่ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงในด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เนื้อหาประกอบด้วยสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ อันตรายและผลกระทบของการหกล้มในผู้สูงอายุ รวมทั้งการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เป็นลักษณะการสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) โดยมีการเลือกหัวหน้ากลุ่มผู้สูงอายุเพื่อเป็นคนสอนในหัวข้อที่ได้รับมอบหมาย การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติจริง สามารถออกกำลังกายด้วยท่าทางที่ถูกต้อง และเกิดความมั่นใจและกลับไปออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านได้ และ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย มีการลงพื้นที่จริง เพื่อสำรวจและประเมินสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับปรุงที่อยู่อาศัยได้เองตามความเหมาะสมอย่างถูกวิธี มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย แสงสว่างภายในบ้าน ห้องน้ำ ห้องส้วม พื้นบ้าน ขอบธรณีประตู/พื้นต่างระดับบันได การจัดวางสิ่งของ พรมเช็ดเท้า สัตว์เลี้ยง และพื้นที่ บริเวณรอบ ๆ บ้าน เพื่อให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ในระยะยาว

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1. แต่ละหัวข้อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านผลกระทบจากการหกล้ม ด้านสาเหตุหรือปัจจัยการหกล้ม และด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้มผลกระทบของการหกล้มในผู้สูงอายุ รวมทั้งการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ควรถูกจัดกิจกรรมขึ้นในชมรมผู้สูงอายุในแต่ละเดือน เพื่อให้ผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ในชมรมได้ มีความรู้และมีการเตรียมความพร้อมที่ดีเพื่อป้องกันการหกล้มในอนาคต โดยเน้นการจัดกิจกรรมแบบสื่อสารสองทางและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่ผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นผู้นำของกลุ่มในการสอนผู้สูงอายุคนอื่น ๆ เป็นต้น

2. มีการติดตามผลของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมว่ามีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องหรือไม่ และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขเพื่อให้เกิดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเกิดขึ้นใน ชุมชน นอกจากนี้สามารถนำกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้ในชมรมอื่น ๆ เช่น ชมรมแอโรบิค ชมรมโยคะ ได้อีกด้วย

3. กิจกรรมการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยสามารถนำไปประยุกต์ให้เกิดความเหมาะสมเมื่อมีการออกเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง ควรมีการกระจายบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านการวางแผนการจัดการดูแล และนโยบายการส่งเสริมการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในชุมชนอย่าง ต่อเนื่อง

**ข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในพื้นที่**

1. ข้อเสนอแนะจากตัวแทนผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมและป้องกันการหกล้ม

ในผู้สูงอายุ ควรมีกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ประกอบไปด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ กิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และกิจกรรมการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย มีระยะเวลาในการทำกิจกรรมที่เหมาะสม ผู้วิจัยและทีมงานที่เกี่ยวข้องให้การดูแลที่ดี อบอุ่น รู้สึกเป็นกันเอง ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอยากที่จะทำกิจกรรมด้วย เมื่อเกิดคำถามหรือข้อสงสัยจึงกล้าที่จะถามเพื่อประโยชน์ของตัวเองโดยไม่ต้องกังวล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจเป็นอย่างมาก มีความประทับใจในทุกกิจกรรม เกิดความสนิทสนมในผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันหลังจากจบกิจกรรม กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เน้นการสื่อสารแบบสองทาง (two-way communication) ทำให้การสอนไม่น่าเบื่อ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็น มีการถกประเด็นปัญหากันและช่วยกันแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เกิดขึ้น กิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้มีปฏิบัติจริงเป็นประโยชน์และรู้สึกอยากกลับไปทำต่อ ได้รับรู้ถึงสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงทั้งบริเวณบ้านและภายนอกบ้าน ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงจากความเคยชินที่อยู่อาศัย ได้เห็นจุดต่าง ๆ ในบริเวณบ้านที่ควรปรับปรุงแก้ไข และเริ่มมีการเตรียมพร้อมและปรับเปลี่ยนเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้มเมื่ออายุมากขึ้น สุดท้ายอยากให้ผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว เนื่องจากกิจกรรมนี้เป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้สูงอายุทุก ๆ คนในชุมชน และหวังว่าจะมีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเกิดขึ้นอีกในอนาคต

2. ข้อเสนอแนะจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอยากให้มีการจัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ให้แก่ผู้สูงอายุทุก ๆ คนในหมู่บ้าน เพราะเห็นว่ากิจกรรมที่เกิดขึ้นมีประโยชน์และสามารถนำไปใช้ได้จริงในชุมชน ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ กิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และกิจกรรมการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยไม่มีความซับซ้อน เข้าใจง่าย ผู้สูงอายุสามารถศึกษาตามคู่มือที่แจกให้ได้ด้วยตนเอง จึงควรผลักดันให้เกิดขึ้นในชุมชนต่อไป แต่ทั้งนี้บริบทของกิจกรรมเน้นผู้สูงอายุในกลุ่มที่ติดสังคมเป็นหลัก จึงอยากให้มีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงด้วยในอนาคต

3. ข้อเสนอแนะจากผู้นำชุมชนที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอยากให้ทุกกิจกรรม มีประโยชน์และสามารถทำไปใช้ได้จริงในชุมชน จะดำเนินการผลักดันในส่วนของงบประมาณในการจัดทำอุปกรณ์ และคู่มือให้สวยงามน่าอ่านในแต่ละกิจกรรม

4. ข้อเสนอแนะจากผู้อำนวยการและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนน ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งโปรแกรมฯ สามารถนำไปใช้ในชมรมผู้สูงอายุที่ จัดขึ้นในทุก ๆ เดือน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนเกิดความตระหนักในเรื่องของการหกล้มในผู้สูงอายุ กิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ สามารถนำไปปรับเพื่อให้เข้ากับการออกกำลังกาย ส่วนอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกายบริเวณใบหน้า เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาในด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น อาการหลงลืม ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ดังนั้น การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายแบบบูรณาการทุกส่วนจะมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ครั้งต่อไป**

1. ควรมีการติดตามประเมินผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนที่นานขึ้น เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เช่น มีการติดตามประเมินผลเมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือน หรือ 6 เดือนต่อไป

2. อาจมีการติดตามอุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม เพื่อพัฒนาคุณภาพของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุต่อไป

3. การวิจัยครั้งต่อไป ควรออกแบบศึกษาโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนให้มีการบูรณาการและประยุกต์ใช้กับปัญหาผู้สูงอายุด้านอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลงลืมง่าย หรือ มีภาวะโรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุติดบ้าน เป็นต้น

## เอกสารอ้างอิง

1. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2560). พฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น.กรุงเทพฯ : สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
2. รัตนาวลี ภักดีสมัย และพนิษฐา พานิชาชีวะกุล. (2554).การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดข้อเข่าของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบาก อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 34(4): 46-55.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจประชากรสูงอยุในประเทศไทย พ.ศ.2554.เมื่อ 16 มีนาคม 2565, จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/elderlysum54.pdf
4. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ. (2565). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2565, จาก https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2713/p022-031.pdf?sequence=2
5. กรมควบคุมโรค, ตารางแสดงจำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกจากการพลัดตกหกล้มนอกผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปขึ้นไป ตอประชากรผู้สูงอายุแสนคน จำแนกรายจังหวัด ป พ.ศ. 2560-2565. [อินเตอร์เน็ต].; [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2566]. ค้นได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/files/3470120230612083716.pdf
6. เมทินี ศรีสุบิน, นพดล แซ่ตัน, สริตา ชมภูศรี, รัญชนา ทาอุปรงค์, อาทิตยา อ่อนน้อม. (2565).ความชุกของการใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสมและปัจจัยรงพยาบาลลำปาง: กรณีศึกษาภาคตัดขวาง. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 21: 64-75.
7. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). ยากันล้ม คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2565, จาก http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2020/10/edit-03122020-17.pdf
8. นิชธิมา เสรีวิชยสวัสดิ์ และพัชระกรพจน์ ศรีประสาร. (2557). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 28(2); 92-108.
9. สุธารัตน์ ชำนาญช่าง, สมสมัย รัตนกรีฑากุล และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2560). สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ของพยาบาลในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เขตพื้นที่ตะวันออก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25(2), 19-30.
10. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข . (2561). บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ.นนทบุรี: บริษัทสำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
11. วรณัน ประสารอธิคม. (2561). แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Concept of home care).สืบค้น 3 พฤศจิกายน 2566.จาก https://www.rama.mahidol.ac.th/um/sites/default/files/public/pdf/
12. กมลทิพย์ หลักมั่น. (2558).การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในตำบลทาขุมเงิน อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน.ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
13. รัฎภัทร์ บุญมาทอง, ศากุล ช่างไม้ และสมพันธ์ หิญชีระนันทน์. (2558). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 21(3): 573-586.
14. อริสา หาญเตชะ. (2559). ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มในบริเวณบ้านสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลบ้านร้อง อำเภองาว จังหวัดลำปาง.ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต.พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา.
15. ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.35(3): 186-195.

# การพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

# Development of the out patient nursing service system at Na Kae Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: February 25,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**นภา วงค์จำปา[1],ฉัตรชัย ไตรยราช[1],พิมพ์ญดา เนียมแดง[1]**
**Napa Vongjumpa[1],Chatchai Traiyaraj[1],Pimyada Naimdang[1]**

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้รับบริการที่มารับการบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 227 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา หาความถี่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากแบบบันทึกการปฏิบัติตามกระบวนการ และการเปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาระบบทั้งเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการโดยใช้สถิติ Paired t - test

ผลการศึกษา : พบว่าหลังการพัฒนาได้มีการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการที่แผนก ผู้ป่วยนอก ต่อการพัฒนาระบบบริการ โดยภาพรวม พบว่า ก่อนพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง (X=2.00, SD=0.59) หลังพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากที่สุด (X=3.83, SD=0.38) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาระบบ มีค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05 และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โดยภาพรวม พบว่า ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย (X=1.82, SD=0.40) หลังพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (X=3.82, SD=0.40) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เช่นกัน

**คำสำคัญ :** งานผู้ป่วยนอก,มาตรฐานบริการผู้ป่วยนอก,การพัฒนาระบบ,ระบบบริการพยาบาล

**ABSTRACT**

This study was research and development aimed to develop and study the results of developing the outpatient nursing service system. Na Kae Hospital Nakhon Phanom Province

Sample size were service recipients who came to receive services. At the outpatient department, there were 227 people. Data were collected by questionnaire. The data was analyzed descriptively, finding frequencies, averages, and percentages. Qualitative data analysis from the process recording form and comparing satisfaction before and after system development for both staff and service recipients using Paired t - test statistics.

Results of the study: It was found that after the development, the satisfaction of the sample group was evaluated. Service recipients at the outpatient department regarding the overall development of the service system found that before developing the system, they had an average of satisfaction. It is at a moderate level (X=2.00, SD=0.59) after developing the system with an average of satisfaction. was at the highest level (X=3.83, SD=0.38) and when compared it was found that After developing the system, the mean satisfaction was significantly higher than before the development, at 0.05, and the mean satisfaction of nurses in the outpatient department overall found that before the development, the mean satisfaction was 0.05. Low level (X=1.82, SD=0.40) after developing the system has an average Satisfaction was at the highest level (X=3.82, SD=0.40) and when compared, it was found that after development, the mean satisfaction increased more than after development with a statistical significance of 0.05 as well.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

**Keywords:** outpatient work, outpatient service standards, system development, nursing service system

**บทนำ**

การบริการพยาบาล เป็นบริการหลัก ที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุขในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางสังคมหลายมิติ การบริการพยาบาลจึงต้องปรับตัวและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันกับปัญหาสุขภาพของประชาชนและความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยี โดยเฉพาะการบริการพยาบาล ในโรงพยาบาลทุกระดับบริการ การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วย และบุคลากรทางการพยาบาล รวมทั้งการประกันคุณภาพจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ โดยการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล มีขั้นตอนการดำเนินการเริ่มต้นจากการมีระบบ การประกันคุณภาพภายในองค์กรพยาบาลดำเนินการตามเครื่องมือการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล และวางแผนพัฒนาบริการพยาบาลปรับปรุงผลการดำเนินการ วิเคราะห์ระบบงาน เพื่อหาโอกาสในการพัฒนาหรือออกแบบระบบ การปฏิบัติงานให้สอดคล้อง ตามโครงสร้างของมาตรฐานการพยาบาล ในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐาน การบริหารการพยาบาลมาตรฐานการบริการพยาบาล และตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลเพื่อเป็นหลักประกันและสร้างความน่าเชื่อถือต่อสาธารณชนว่าองค์กรพยาบาลมีกระบวนการ ที่เป็นระบบในการบริหารจัดการและการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้ตามมาตรฐานหรือเหนือกว่ามาตรฐานโดยมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีและเหนือกว่าองค์กรเทียบเคียงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลสอดคล้องกับลักษณะงานตามโครงสร้างใหม่ของกลุ่มภารกิจ/กลุ่มงานการพยาบาลในโรงพยาบาลแต่ละระดับโดยสอดรับกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ในมิติ Service Excellence แผนงานที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ส่งเสริมการดำเนินการในมิติ Governance Excellence แผนงานที่ 1 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการที่ 2 พัฒนาองค์กรคุณภาพ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง, 2562)[1]

ระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นงานบริการด่านหน้าซึ่งต้องรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก พฤติกรรมการบริการเป็นส่วนประกอบหลักในการให้บริการ ดังนั้นการพัฒนาพฤติกรรมการบริการเพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิด ความประทับใจและพึงพอใจจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น และสำคัญ สำหรับงานบริการผู้ป่วยนอกในปัจจุบันผู้ใช้บริการมีจำนวน มากมีข้อจำกัดของขั้นตอนการบริการ ข้อจำกัดของเวลาและบุคลากร อีกทั้งการให้บริการมีหลายด้านได้แก่ การต้อนรับ การประชาสัมพันธ์ การคัดกรองผู้ป่วย การให้ความสะดวก การให้การช่วยเหลือรักษาพยาบาลเบื้องต้น การช่วยในขณะตรวจรักษา การแนะนำผู้ป่วยในการกลับไป ดูแลหรือพักฟื้นสภาพตนเองต่อที่บ้าน ตลอดจนการนัดให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกอื่นหรือไปรับการรักษาต่อเนื่อง ที่โรงพยาบาลอื่น เป็นต้น

จากมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่เริ่ม เข้ามาใช้บริการในหน่วยงานบริการจนออกจากหน่วย บริการ ประกอบด้วย 9 มาตรฐาน กล่าวคือ มาตรฐานแรก เป็นการพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา เช่น การตรวจ คัดกรองการประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ใช้บริการต่อเนื่อง มาตรฐานที่สองเป็นการพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษาดูแลและเอื้ออำนวยให้กระบวนการรักษาของแพทย์ เป็นไปอย่างสะดวก ปลอดภัย รวดเร็ว มาตรฐานที่สาม เป็นการพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา ดูแลประสาน การส่งต่อ ให้ผู้ใช้บริการได้รับการบริการสุขภาพตาม แนวทางการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง มาตรฐานที่สี่เป็นการดูแลต่อเนื่อง ดูแลผู้ใช้บริการในการตรวจรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานหรือแนวทางการส่งต่อ มาตรฐานที่ห้าเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสร้าง

เสริม สุขภาพของผู้ใช้บริการ โดยมุ่งเน้นการป้องกันปัญหาสุขภาพ ที่อาจเกิดขึ้น มาตรฐานที่หก เป็นการคุ้มครองภาวะสุขภาพ เพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง มาตรฐานที่เจ็ดเป็นการให้ข้อมูล และความรู้ด้านสุขภาพให้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ใช้บริการ มาตรฐานที่แปดเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ตลอดจนการ พิทักษ์สิทธิตามขอบเขต และมาตรฐานที่เก้าเป็นการบันทึกทางการพยาบาล เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสารกับทีมงาน[2]

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม มีจำนวนผู้รับบริการ จำนวนมาก ดังข้อมูลผู้รับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2565 พบว่า มีจำนวน 323,196, 326,066, 381,773 เฉลี่ยเป็น 885, 893 และ 1,045 รายต่อวัน ตามลำดับ รวมทุกแผนก (ที่มา:คลังข้อมูล HDC จังหวัดนครพนม) ในส่วยผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกต่อวันจำนวนมากประมาณ 300-500 คน และเฉลี่ยจากสถานการณ์ที่ผ่านมาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึง ภาระงานจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการแต่ละวันมีเป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตามงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ได้พัฒนาเครื่องมือการจำแนกประเภทผู้ป่วยมาโดยตลอด โดยการพัฒนาเครื่องมือการจำแนกประเภทผู้ป่วย เป็น 5 ระดับ คือ ระดับ 1 แดง Resuscitation (ผู้ป่วยวิกฤต) ระยะเวลารอดำเนินการทันทีระดับ 2 ชมพู Emergent (เจ็บป่วยรุนแรง) ระยะเวลารอ 15 นาทีระดับ 3 เหลือง Urgent (เจ็บป่วยปานกลาง) ระยะเวลารอ 30 นาที ระดับ 4 เขียว Less-Urgent ระยะเวลารอคอย 60 นาที (เจ็บป่วยเล็กน้อย) ระดับ 5 ขาว Non-Urgent (เจ็บป่วยทั่วไป) เมื่อกำหนดระดับความรุนแรงได้แล้วต้องมีการลงบันทึกในเอกสารการคัดแยก รวมถึงอาจทำสัญลักษณ์สีหรือตัวเลขแสดงระดับ ความรุนแรงที่คัดแยกได้ติดไปกับผู้ป่วยเพื่อสื่อสารกับจุดรับผู้ป่วยต่อไปได้อย่างชัดเจนและได้นำเครื่องมือ ที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติจนถึงปัจจุบัน ยังพบว่าระบบการคัดกรองผู้ป่วยของงานผู้ป่วยนอกยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน เช่น การใช้เกณฑ์ประเมินคัดกรองผู้ป่วย เจ้าหน้าที่แต่ละคนยังมีความเข้าใจไม่ตรงกันจึงทำให้การคัดแยกระดับผู้ป่วยผิดพลาด และขาดความชัดเจนในเรื่องดังต่อไปนี้ การใช้ข้อมูลความรู้ ด้านวิชาการในการตรวจประเมินผู้ป่วย ความสามารถในการสื่อสาร ให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน บุคลากรทางการพยาบาล ยังขาดความรู้และทักษะในการให้บริการตามมาตรฐานบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก และยังมีปัญหาด้านการซักประวัติผิดคนผิดคิว ระยะเวลาการรอคอยแพทย์มาตรวจรักษานาน การรอเข้าไป Admit ที่ตึกผู้ป่วยในนาน การประสานงานระหว่างแผนกยังไม่มีความเข้าใจกัน/ขัดแย้งกัน ผู้ป่วยถูกส่งกลับไป-มาระหว่างแผนก ความแออัดด้านสถานที่ให้บริการผู้ป่วยนอก และเกิดข้อร้องเรียนจากความไม่พึงพอใจ ในการบริการ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและการทบทวน บริการตามมาตรฐานบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอกดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงบริการตามมาตรฐานบริการงานพยาบาล ผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะมาตรฐานการพยาบาลระยะก่อน ตรวจการพยาบาลระยะตรวจการพยาบาลเพื่อเอื้ออำนวย ในกระบวนการตรวจรักษาให้เป็นไปอย่างสะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ การพยาบาลระยะหลังตรวจ การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้ได้รับบริการขั้นต่อไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการรักษาอย่างถูกต้องปลอดภัย การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และการเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้ป่วยการพยาบาล เป็นไปตาม การประเมินมาตรฐานงานคุณภาพการพยาบาล บริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ทั้งระยะก่อนการตรวจรักษา/ระยะตรวจรักษา/ระยะหลังการตรวจ จนถึงกลับบ้าน

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก

จังหวัดนครพนม

**ขอบเขตของการศึกษา**

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ในการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้า คิดค้นอย่างเป็นระบบน่าเชื่อถือ มีเป้าหมายในการพัฒนาโดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีระบบ (System Theory) เนื่องจากมีองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันและขึ้นต่อกัน โดยส่วนประกอบ ต่าง ๆ ร่วมกันทำงานอย่างผสมผสานกัน เพื่อให้ บรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นมุมมองแบบองค์รวม โดยทำการศึกษากับทีมเจ้าหน้าที่บุคลากรแผนกผู้ป่วยนอก และทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในโรงพยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยดำเนินการวิจัยและพัฒนาในระหว่างเดือน 1 ธันวาคม 2566 ถึง 15 มกราคม 2567 ระยะเวลา 6 สัปดาห์**รูปแบบการศึกษา** งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development)

**กลุ่มตัวอย่าง**

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแกและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่งานผู้ป่วยนอก จำนวน 11 คน

2. ผู้รับบริการที่มารับการบริการตรวจรักษาที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 227 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ (1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ (2) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก อย่างน้อย 1 ปีและ (3) ผู้รับบริการที่มารับ การบริการตรวจรักษา ที่งานผู้ป่วยนอก (4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ (1) พยาบาลวิชาชีพผู้ที่ไม่สามารถร่วม โครงการวิจัยฯ ได้ไม่น้อยกว่า 80.00% หรือมีคำสั่งให้ย้ายไปปฏิบัติราชการในต่างอำเภอหรือจังหวัดอื่น (2) ไม่ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย และ (3) ผู้รับบริการที่มารับการบริการตรวจรักษาที่งานผู้ป่วยนอกแต่ไม่ยินดีตอบแบบสอบถาม ความพึงพอใจหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

**วิธีการศึกษา**

**ระยะที่ 1** ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 (R1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน**

1.1 ศึกษาสภาพจริงสถานการณ์ปัญหา โดยการสำรวจการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอก จำนวน 11 คน และผู้รับบริการ จำนวน 227 คน และสรุปสถานการณ์ปัญหา

1.2 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาตำรา ค้นคว้าเอกสาร บทความทางวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างมาตรฐานการพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยนอก และมาตรฐานการพยาบาลการบริการผู้ป่วยนอกของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข

**ระยะที่ 2** การสร้างและทดลองใช้

**ขั้นตอนที่ 2 (D1) การออกแบบรูปแบบ Designing of Model** ประกอบด้วยการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาล ผู้ป่วยนอกโดยมีการดำเนินงานดังนี้

- ประชุมคณะอนุกรรมการการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อวางแผนการดำเนินงาน

- จัดเรียงลำดับก่อนและหลังตามความสำคัญ ของกิจกรรมและตามความเหมาะสม โดยมีเนื้อหาของ กิจกรรมครอบคลุมการปฏิบัติของพยาบาลที่ต้องกระทำในการดูแลผู้ป่วยนอกและญาติ

2.1 กำหนดกรอบแนวคิดและสร้างรูปแบบนำเสนอร่างโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาแก เพื่ออนุมัติการดำเนินงาน

2.2 สร้างคู่มือการใช้รูปแบบ ประกอบด้วย หลักการ วัตถุประสงค์ กระบวนการการประเมินผล โดยดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยเชิญวิทยากรมาบรรยายเรื่องการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอกและการทดสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานการพยาบาล ที่ประชุมร่วมกันพิจารณาร่างการพัฒนาระบบ บริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อกำหนดกิจกรรมการพยาบาลให้ครอบคลุมการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยยึดกรอบ แนวคิด ของมาตรฐานการพยาบาลบริการผู้ป่วยนอก ของกองการพยาบาลและบทบาทของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยนอก

2.3 สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการหาความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) ของการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยนำร่างมาตรฐานการพยาบาลส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยนำร่าง มาตรฐานที่ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบแล้วนำมาแก้ไขปรับปรุง ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Testing Validity) ว่าแนวทางปฏิบัตินั้นเมื่อนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงแล้ว เกิดผลลัพธ์ทางบวกกับผู้รับบริการจริงหรือไม่ โดยนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกดังกล่าวไปทดลองใช้ ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ ณ จุดคัดกรองจำนวน 20 ราย โดยใช้แบบสอบถามและแบบสังเกตกิจกรรมการพยาบาลที่ พยาบาลได้ปฏิบัติกับผู้รับบริการที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เพื่อ ทดสอบดูว่าแนวทางปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ผลลัพธ์ที่คาดหวังหรือไม่ทำได้ โดยรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์จากสิ่งที่ปฏิบัติจริง

**ขั้นตอนที่ 3 (D1) การพัฒนารูปแบบ Development of Model**

3.1 ตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสมของระบบ

3.2 ปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 1 ปรับปรุงการพัฒนาระบบบริการงาน พยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ถ้าพบว่าเมื่อปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติแล้ว ไม่สามารถปฏิบัติได้มากกว่าร้อยละ 85.00 และเมื่อปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ แล้วเกิดผลลัพธ์ในทางลบหลังจากประเมินการใช้ในขั้นตอนที่ 5 แสดงว่ามาตรฐานนั้นยังไม่มีความเที่ยง ต้องนำไปพิจารณาตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งแล้วนำไปทดสอบ จนกว่าจะเกิดผลบวกทุกครั้ง

**ขั้นตอนที่ 4 (R2) การนำรูปแบบไปใช้ Implementation**

4.1 การจัดกลุ่มทดลองระบบ กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ปฏิบัติงาน ในงานผู้ป่วยนอกจำนวน 11 คน และผู้รับบริการ จำนวน 227 คน

4.2 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองระบบ

4.3 การดำเนินการทดลองใช้ระบบที่ได้พัฒนาขึ้น

**ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้ระบบ** ประกอบด้วย

**ขั้นตอนที่ 5 (D2) การประเมินผลการใช้รูปแบบ Evaluation of Model**

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลผลการใช้ระบบ

5.2 สรุปผลการทดลองใช้ หลังจากได้ระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ได้จากการทดสอบเป็นผลบวกทุกครั้ง ผู้วิจัยรวบรวมเสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาแก โดยผ่านความเห็นชอบของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลประกาศใช้เป็นระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อไป

5.3 การประเมินระบบหลังการทดลองใช้

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

**1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** โดยมีรายละเอียด 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ อายุ ผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือสิทธิคุ้มครองการรักษาพยาบาล อาชีพ ระดับการศึกษา และมาใช้บริการที่โรงพยาบาล การเดินทาง และความสะดวกในการเดินทาง เป็นต้น จำนวน 10 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก ลักษณะของแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก ลักษณะของแบบสอบถามแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

**ส่วนที่ 3** ความคิดเห็นต่อการบริการ จำนวน 5 ข้อ ในการรับบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นคำถามปลายเปิด และข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข

**1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** เป็นร่างแนวทางปฏิบัติการบริการผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**ทำการตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบ แบบสอบถามเอง โดยดูด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และภาษา นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง
ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1.) รวบรวมข้อมูลแบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจ ของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (descriptive analytics) เป็นการวิเคราะห์ขั้นพื้นฐาน ที่ทำให้เห็นภาพรวมของข้อมูลและความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลนำมาหาความถี่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

2.) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้ปฏิบัติตามกระบวนการและผลลัพธ์ คือ

2.1) ข้อมูลแบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยนอกตามมาตรฐาน เชิงกระบวนการ

2.2) บันทึกข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ของกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้ปฏิบัติ ต่อผู้รับบริการตามกระบวนการหรือผลลัพธ์ ที่กำหนดไว้

2.3) นำข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการตามกระบวนการ มาหาความสัมพันธ์กับกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติตามกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยข้อสรุปจากข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมด้วยวิธีการ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เอกสารบันทึกประจำวัน ฯลฯ โดยมีการจัดกระทำข้อมูล หาแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลหรือตัวแปร เพื่อให้นำไปสู่ความเข้าใจต่อสิ่งที่เห็นและเป็นอยู่ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์ที่ศึกษา หลักการพื้นฐานสำคัญของการวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพ

**จริยธรรมในการศึกษา**

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม หมายเลขใบรับรอง REC 137/66 วันที่รับรอง 28 พฤศจิกายน 2566

**ผลการศึกษา**

**1. การพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแกจังหวัดนครพนม ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 9 ข้อ ดังนี้**

มาตรฐานที่ 1 การคัดกรอง/การประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษา

มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา

มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ

มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ

มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้

มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการพยาบาล บันทึกข้อมูลทางการพยาบาล

**2. ระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม**

**การดูแลผู้ป่วย ณ จุดคัดกรอง**

1. สอบถามความต้องการที่มารับบริการ/ตรวจรักษา

2. สอบถามอาการผู้ป่วยที่มารับบริการ/วัดสัญญาณชีพ

3. ประเมินผู้ป่วยตามแบบคัดกรองผู้ป่วย/ลงบันทึก

4. แยกสีผู้ป่วยตามแผนก-การที่ผู้ป่วยมารับบริการ ส่งทำบัตรคิวบริการ

5. แจ้งผู้ป่วยรอรับบัตรบริการในผู้ป่วยที่ไม่พบอาการรุนแรง

6. ส่งผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงแยกตามสีไปห้องฉุกเฉิน

**การพยาบาลดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนตรวจรักษา**

1. พยาบาลประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการรับบริการแก่ผู้รับบริการและแจ้งเวลาแพทย์ออกตรวจ จำนวนห้องตรวจแต่ละวันที่มีแพทย์ออกตรวจ แจ้งอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาลและเจ้าหน้าที่ขณะรอซักประวัติหรือรอตรวจ รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองตามสถานการณ์ปัจจุบัน ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

2. เจ้าหน้าที่/พยาบาลตรวจสอบอุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ในห้องตรวจพร้อมใช้งาน

3. พยาบาลซักประวัติให้ครอบคลุมและลงบันทึกข้อมูลในระบบ หากพบอาการผิดปกติ ประเมินผู้ป่วยส่งต่อ ประสารไปยัง แผนกฉุกเฉิน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และปลอดภัยตามแนวทางปฏิบัติ

4. แจ้งคิวรับบริการเข้าตรวจ

**การพยาบาลดูแลผู้ป่วยขณะตรวจรักษา**

1. มีการจัดเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลในการช่วยเหลือแพทย์ในห้องตรวจ

2. ช่วยเตรียมผู้ป่วยในขณะตรวจส่งต่อประสาน แนะนำดูแลผู้ป่วยเมื่อตรวจเสร็จ

**การพยาบาลดูแลผู้ป่วยหลังการตรวจรักษา**

1. เมื่อผู้ป่วยออกจากห้องตรวจยื่นบัตรโต๊ะพยาบาลหลังการตรวจ

2. พยาบาลตรวจสอบ Order แพทย์ บันทึกข้อมูลตาม Order ในระบบทั้ง ที่มีหัตถการ และไม่มีหัตถการ ทำการนัดตรวจรักษาครั้งต่อไปตามแผนการรักษา

3. ประสานงาน ไปยังแผนกต่างๆ เมื่อผู้ป่วยต้อง Admit และบันทึกข้อมูลการ Admit ผู้ป่วย

4. ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยหากผู้ป่วยต้องส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลอื่น

5. ให้คำแนะนำผู้ป่วยหลังการตรวจ/การดูแลตนเองก่อนส่งการเงินและรอรับยา

6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยไปยังแผนกต่างๆหากมีหัตถการต่างๆ

**การจัดบริการอื่นๆในแผนกผู้ป่วยนอก**

1. จัดมุมความรู้ คู่มือ แผ่นพับความรู้แก่ผู้ป่วย

2. จัดเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำ ไปยังแผนกต่างๆ

3. จัดทำแนวทางคู่มือปฏิบัติงานของพยาบาล/เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยนอก

4. จัดทำขั้นตอนการบริการผู้ป่วย ประชาสัมพันธ์ในการมารับบริการของผู้ป่วย

5. จัดมุมบริการน้ำดื่มแก่ผู้ป่วย

6. จัดตู้รับฟังความคิดเห็น/ข้อร้องเรียนต่างๆของผู้รับบริการ เพื่อนำข้อคิดเห็นมาพัฒนาบริการ

7. ส่งพยาบาล/เจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมปรับพฤติกรรมบริการ

8. ส่งบุคลากร/พยาบาลเข้ารับการอบรมวิชาการต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วย

9. มีการประเมินพฤติกรรมบริการ/ประชุมประจำเดือนเพื่อหารือข้อปัญหาที่พบ และนำมาแก้ไขพัฒนาต่อไป

10. ประสานงานส่งต่อข้อมูลการรักษาต่อเนื่องไปยัง รพ.สต. เพื่อการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ต้องมีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

11. จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ตามห้องต่างๆ เพื่อให้ผู้รับบริการเห็นได้ง่าย และเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย

12. จัดทำแนวทางปฏิบัติในการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยที่มารับบริการแก่พยาบาล และบุคลากร

13. ติดป้ายสิทธิผู้ป่วยประชาสัมพันธ์ ในแผนกผู้ป่วยนอก

14. จัดเวรพยาบาลในการประชาสัมพันธ์ความรู้และขั้นตอนบริการทุกวัน

15. คลินิกพิเศษต่างๆมีการให้สุขศึกษาก่อนผู้ป่วยเข้ารับการตรวจทุกวัน

**3 ผลของการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม**

**3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

**ผู้รับบริการที่มารับการบริการตรวจรักษาที่งานผู้ป่วยนอก** โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 227 คน ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 129ราย คิดเป็นร้อยละ 56.83 รองลงมา เป็นเพศชาย จำนวน 98 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.17 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวน 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.55 รองลงมา 41-50 ปี จำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.03 ผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ประกันสังคมสุขภาพถ้วนหน้า/บุคคลผู้พิการ จำนวน 155 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.28 รองลงมา สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.18 และประกันสังคมจำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.33 อาชีพส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 94 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.09 รองลงมา รับจ้างจำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.82 และค้าขายหรือทำธุรกิจ จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.22 ส่วนระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา จำนวน 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.12 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 50 ราย คิดเป็น ร้อยละ 22.03 และ มัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) จำนวน 38 ราย คิดเป็น ร้อยละ 16.74 เคยมาใช้บริการ ที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ส่วนใหญ่ เคย จำนวน 198 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.22 รองลงมา ไม่เคย จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.78 เหตุผลที่เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ เดินทางสะดวก จำนวน 194 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.46 รองลงมา เคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาล จำนวน 182 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.18 และ ค่ารักษาไม่แพง จำนวน 62 ราย คิดเป็น ร้อยละ 27.31 ระยะเวลารอคอยรับบริการ ส่วนใหญ่ ปานกลาง (2-3 ชั่วโมง) จำนวน 47.58 ราย คิดเป็นร้อยละ 108 รองลงมา รวดเร็ว (น้อยกว่า 2 ชั่วโมง) จำนวน 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.92 และนาน (มากกว่า 3 ชั่วโมง) จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.50 ระยะเวลารอรับยาส่วนใหญ่ นาน (10 นาที ขึ้นไป) จำนวน 185 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.50 รองลงมา ปานกลาง (5-10 นาที) จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.33 และ รวดเร็ว (น้อยกว่า 5 นาที) จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.17

**พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก** โรงพยาบาลนาแกและให้การพยาบาล ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่งาน ผู้ป่วยนอก จำนวน 11 คน ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้บริการพยาบาลวิชาชีพ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.91 รองลงมา เป็นเพศชาย จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.09 ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.73 รองลงมา 51-60 ปี จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.18 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.82 รองลงมา สูงกว่าปริญญาตรีตำแหน่ง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.18 ซึ่งเป็นตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.91 รองลงมา พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.09 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ มากกว่า 15 ปี จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.91 รองลงมา 11-15 ปี จำนวน 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 9.09 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยนอก

ส่วนใหญ่ 1-5 ปี จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.82 รองลงมา 6-10 ปี จำนวน 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 18.18

**3.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก** ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ต่อการพัฒนาระบบบริการ งานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยภาพรวม พบว่า ก่อนพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ ปานกลาง (X=2.00, SD=0.59) หลังพัฒนาระบบ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากที่สุด (X=3.83, SD=0.38) และเมื่อเปรียบเทียบ พบว่า หลังการพัฒนาระบบ มีค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ความคิดเห็นต่อการบริการของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 1) ถ้าท่านป่วยอีกครั้งและสามารถเลือกโรงพยาบาลอื่นได้ ท่านจะกลับมาใช้บริการ ที่นี่อีกหรือไม่ ตอบว่า มั่นใจว่าจะกลับมาอีก จำนวน 202 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.98 รองลงมาตอบว่า มั่นใจว่าจะไม่กลับมาอีก จำนวน 0 ราย คิดเป็นร้อยละ 0 และตอบว่า ไม่แน่ใจ จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.01 2) ถ้าญาติหรือเพื่อนของท่านป่วย ท่านจะแนะนำมาใช้บริการที่นี่หรือไม่ ตอบว่า แนะนำ จำนวน 207 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.19 ตอบว่า ไม่แนะนำ จำนวน 0 ราย คิดเป็นร้อยละ 0 และตอบว่า ไม่แน่ใจ จำนวน 20 ราย คิดเป็น ร้อยละ 8.81

**ความไม่พึงพอของท่านในการมารับบริการ** จากการสอบถามผู้รับบริการที่ แผนก ผู้ป่วยนอก จำนวน 227 ราย พบความ ไม่พึงพอใจต่อการรับบริการ จำนวน 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 0.88 อันเนื่องมาจากการ รอเข้าตรวจนาน จำนวน 1 ราย และรอรับยานาน จำนวน 1 ราย

**ความประทับใจของท่านในการมารับบริการ** จากการสอบถามผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกว่าจากการมารับบริการครั้งนี้ที่โรงพยาบาล มีความประทับใจของท่านในการมารับบริการ ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ตอบว่า คุณหมอคุณพยาบาลพูดจาดี ให้คำแนะนำดี สถานที่สะดวกสบายมากขึ้น

**ข้อเสนอแนะในการให้บริการ** พบว่า ข้อเสนอแนะส่วนใหญ่ อยากให้แพทย์ออกตรวจเร็วขึ้น เนื่องจากรอแพทย์ออกตรวจค่อนข้างนาน

**3.3 ความพึงพอใจของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก** ในภาพรวมค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ต่อการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยภาพรวม พบว่า ก่อนพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย (X=1.82, SD=0.40) หลังพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (X=3.82, SD=0.40) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้น กว่าหลังการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05

## อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์สภาพปัญหา และได้พบปัญหาที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ผู้รับบริการยังเกิดความไม่พึงพอใจ เกิดข้อร้องเรียนในหน่วยงาน จึงได้นำกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล นาแก จังหวัดนครพนม ตามมาตรฐานเชิงโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ ทำให้เกิดคุณภาพมาตรฐานและผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย สามารถนำมาใช้ได้จริง รวมทั้งผู้รับบริการเกิดความมั่นใจ ในการได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ที่เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่เริ่ม เข้ามาใช้บริการในหน่วยงานบริการจนออกจากหน่วยบริการ[6,10,11]

## ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยนอกเป็นเครื่องมือในการนิเทศ กำกับ และติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ ในงานผู้ป่วยนอกได้

2. มีการศึกษาพัฒนาการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอก

## เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2561).**แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล:Service Plan.**พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักพิมพ์ สื่อตะวัน จำกัด : ปทุมธานี.
2. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.(2560).**การขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2560-2564**.พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์สหกรณ์แห่งประเทศไทย:กรุงเทพ.
3. กิติศักดิ์ ด่านวิบูลย์, พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ, มณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์, เสาวลักษณ์ สัจจา. **ประสิทธิผลการพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอก และหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย โรงพยาบาลหนองคาย**.
4. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2556;30(1):56-70.
5. ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์. **คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี [วิทยานิพนธ์].** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
6. พัชนี สุมานิตย์(2565).**การพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี.**วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 (2023): กันยายน - ธันวาคม 2566.
7. นิตยา คล่องขยัน(2561).**การพัฒนารูปแบบบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ.**โรงพยาบาลพรเจริญ : บึงกาฬ.
8. นันท์ชญาน์ นฤนาทธนาเสฏฐ์. **การพัฒนา สร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนในห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม.** วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.2563;17(2):111-8.
9. มนรดา แข็งแรง, ธิดาพร อินทรักษา, ทิวาพร จูมแพง. **การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการในห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมุกดาหาร.** วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2561:2(2);25-43.
10. พิศมัย ศรีสุวรรณนพกุล. **การพัฒนากระบวนการจัดการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน[วิทยานิพนธ์].** เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2555.
11. มนัสดา คำรินทร์. **การประยุกต์ใช้ Lean Six Sigma ในการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของศูนย์สามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม.** วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(3): 109-115.
12. ยุพร ธรรมธรานุรักษ์(2561).**การพัฒนาระบบคิวผู้ป่วยนอกผลการศึกษาพบว่าระบบคิว บริการที่เหมาะสมผู้ป่วยนอก.** โรงพยาบาลนาโพธิ์:บุรีรัมย์.
13. โรงพยาบาลทหารผ่านศึก องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.(2566).**คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานและการให้บริการกองการพยาบาล**. กรุงเทพ.
14. ลัดดา อะโนศรี. **การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มงานผู้ป่วยนอก.** วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5(2):186-91.
15. วราพร ยั่งยืนนาน, วิลาสินี นิสีดา, ศิริพร หล้ามงคล. **การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน.** 15. วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา. 2561;1(2):26-32.

# ประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี
# Effectiveness of surveillance guidelines for preventing preterm birth Ban Phue Hospital Udon Thani Province

(Received: February 25,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**สายสวรรค์ แสงบุตร**[1]
**Sai Sawan Saengbut**[1]

**บทคัดย่อ**

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 28-36+6สัปดาห์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลบ้านผือ ในเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2566 ทุกราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า 1) หญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 34 ราย คิดเป็น 73.91 % โดยหญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยง 2 ข้อขึ้นไป 13 ราย ปัจจัยเสี่ยง ที่พบได้แก่ มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด ความผิดปกติของมดลูกหรือ ปากมดลูก เช่น เนื้องอก เคยผ่าตัดมดลูกรกเกาะต่ำ การติดเชื้อระบบสืบพันธุ์ และ ทางเดินปัสสาวะ ความเครียด ภาวะเลือดออกทางช่องคลอดหรือมีน้ำเดินปัจจัยส่งเสริม มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังเช่น DM, HT, Anemia, BMI มากหรือน้อยกว่าปกติ 2) ผลการประเมินกระบวนการการเฝ้าระวัง ป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีสัญญาณเตือน/อาการที่นำส่งโรงพยาบาล จำนวนทั้งหมด 10 ราย ได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด ร้อยละ 100 3) หญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ลดลง

**คำสำคัญ** หญิงตั้งครรภ์ ,เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ,การคลอดก่อนกำหนด ,ระบบการเฝ้าระวังป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด

**Abstract**

The research was action research aimed to studying the effectiveness of surveillance methods to prevent premature birth. Ban Phue Hospital Udon Thani Province sample group is a pregnant woman of gestational age 28-36+6 weeks Who receives prenatal care services at Ban Phue Hospital In October - November 2023, every person will collect data using a screening form. Data were analyzed using descriptive statistics. These include frequency, percentage, mean and standard deviation.

The results of the study found that 1) 34 pregnant women had risk factors for premature birth, accounting for 73.91%, with 13 pregnant women having 2 or more risk factors. The risk factors found included having a history of having given birth prematurely. Abnormalities of the uterus or cervix such as tumors, having had uterine surgery for low-lying placenta. Reproductive and urinary tract infections, stress, vaginal bleeding or watery discharge are contributing factors. Have chronic health problems such as DM, HT, Anemia, BMI more or less than normal. 2) Results of the surveillance process evaluation Preventing premature birth. It was found that 10 pregnant women had warning signs/symptoms and were taken to the hospital. They received care according to the guidelines. 100 percent. 3) Pregnant women gave birth prematurely at Ban Phue Hospital. Udon Thani Province decreased

**Keywords:** pregnant woman , premature labor pain , premature birth ,Surveillance system to prevent premature birth

[1] กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

**บทนำ**

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) คือ ทารกคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ เป็นความผิดปกติทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาทั้งในด้านร่างกายและด้านจิตใจ หากไม่สามารถยับยั้งการตั้งครรภ์ได้ จะทำให้มีการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทารก[1,2] อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกพบ ร้อยละ 5-18 [3] ขณะที่ประเทศไทยพบ ร้อยละ 12[4] ในขณะที่จังหวัดอุดรธานี พบการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 11.98 , 13.21และ13.24 ของการคลอดทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565[5] การคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เป็นแนวทางหนึ่งในการเฝ้าระวังป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแต่ปัจจุบันยังไม่สามารถคัดกรองความเสี่ยงบางประการที่พบบ่อยในทางปฏิบัติได้กล่าวคือ การสังเกตหรือการรายงานในทางปฏิบัติพบว่า สตรีที่คลอดบุตรก่อนกำหนดมักมีลักษณะพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันเกี่ยวกับการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวัน แต่พฤติกรรมบางอย่างไม่สามารถระบุหรือไม่ทราบแน่ชัดว่าต้องปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมดังกล่าวมากน้อยเพียงใด ในขณะที่แบบคัดกรองส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นปัจจัยที่มีหลักฐานบ่งชี้ชัดเจนว่าก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดสูงเท่านั้น เช่น ครรภ์แฝด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ รกเกาะต่ำ เคยคลอดก่อนกำหนด และปากมดลูกไม่แข็งแรง รวมถึงเคยคลอดก่อนกำหนด อายุมากกว่า 35 ปี และมีภาวะซีด เป็นต้น

โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี จากการศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่นอนในโรงพยาบาล ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 21 ราย โดยใช้แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแบบคัดกรองตามมาตรฐานของโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดได้แก่ การยืนและเดินต่อเนื่องกันมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน พบมากที่สุดถึงร้อยละ 52.38 รองลงมา คือการทำงานติดต่อกันเป็นเวลาตั้งแต่ 5 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ พบร้อยละ 47.62 การตั้งครรภ์ครั้งแรก พบร่อยละ 42.86 และมีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 18.5 kg/m2 พบร้อยละ 28.57 หรือมีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์มากกว่า 25 kg/m2 เป็นต้น จะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบในสตรีที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้และแบบคัดกรองที่ผ่านมายังไม่สามารถช่วยในการคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง และได้ผลการตรวจเป็นบวกได้จริงค่อนข้างต่ำหรือการตรวจคัดกรองแล้วพบว่าไม่มีความเสี่ยงทั้งที่ปัจจัยดังกล่าวมีส่วนเกี่ยวข้อง ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งขาดโอกาสในการเฝ้าระวังความเสี่ยงหรือได้รับการดูแลส่งต่อที่เหมาะสม[6,7]

จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด พบว่าประมาณร้อยละ 60-70 ของหญิงตั้งครรภ์ ยังไม่มีความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง[8] เป็นเหตุให้เข้ามารับการรักษาล่าช้า แพทย์จึงไม่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้สำเร็จ การเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขปัญหาการคลอดก่อนกำหนด ควรมีการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์เรื่องความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อน และค่ารักษาพยาบาลของทารกเกิดก่อนกำหนด เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดโดยครอบครัวจะต้องตระหนักและเตรียมความพร้อมก่อนที่จะตั้งครรภ์ คู่สมรสมีการตรวจสุขภาพก่อนการสมรสหรือก่อนตั้งครรภ์ ไปฝากครรภ์ทันทีเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ ในส่วนของภาคชุมชนมีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และร่วมดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลบ้านผือ จึงมุ่งหวังให้หญิงตั้งครรภ์ สามี ครอบครัว รวมถึงชุมชน ได้รับทราบหรือเข้าถึงข้อมูลในเรื่องการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ความสำคัญของปัญหาผลกระทบ ที่อาจเกิดขึ้น วิธีการสังเกตอาการของการคลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน

การคลอดก่อนกำหนด วิธีการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการของการคลอดก่อนกำหนด และบริการดังกล่าว นำไปสู่การวิเคราะห์ ตัดสินใจ ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ถูกต้อง จึงได้มีการศึกษาแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และนำมาพัฒนาระบบเฝ้าระวังการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด[9]

ดังนั้น ผู้นิพนธ์จึงสนใจศึกษาประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานีเพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและป้องกับภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อศึกษาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันการ คลอดก่อนกำหนด ของโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ของโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลบ้านผือ อายุครรภ์ 28 – 36 +6 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566-เดือนกันยายน 2567 ทุกราย ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

**เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง**

1.หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลบ้านผือ อายุครรภ์ 28 – 36 +6 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 -เดือนกันยายน 2567 ทุกราย

2.ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

3.สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี ไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยิน และการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคในการอ่านหนังสือ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือในการทำวิจัย ได้แก่ เอกสารคู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข แนวทางการเฝ้าระวังป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลบ้านผือ ชุดความรู้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ คือเตรียมความพร้อมผู้วิจัย ศึกษาข้อมูลพื้นฐานพื้นที่ ประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

1. การสร้างความสัมพันธ์กับหญิงตั้งครรภ์ ประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน พูดคุยแนะนำตนเองเพื่อให้ทุกฝ่ายทราบวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และความต้องการการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด

2. เตรียมข้อมูลสถานการณ์การคลอดก่อนกำหนด บริบทของชุมชน

3. สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ และยังเป็นพื้นที่ที่มีบริบท ใช้รูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

4. การเตรียมเครือข่ายการดำเนินงาน โดยการประชุมปรึกษาร่วมกับพื้นที่เพื่อชี้แจงรูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด คืนข้อมูลสถิติปัญหาการคลอดก่อนกำหนดและผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้ทราบและเข้าใจในรูปแบบ

ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการ โดยการวิเคราะห์สภาพปัญหา สถานการณ์ในพื้นที่นำร่อง วางแผน

พัฒนารูปแบบฯปฏิบัติตามรูปแบบ สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงรูปแบบ

1. ศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาการคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่นำร่อง นำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ร่วมกับเครือข่ายในชุมชน เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ เพื่อร่วมกันหาแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานป้องกนและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยมีเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ดังนี้ - แบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

- การจดบันทึกภาคสนาม (Field Note)
- การบันทึกเสียง และการถ่ายภาพ

2. การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังต่อไปนี้

- บุคลากรด้านสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ หัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์ จำนวน 2-3 คน
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน

3. เวทีการประชุมนำเสนอผลการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานและร่วมปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานในการนำไปขับเคลื่อนงานในชุมชนต่อ

ระยะที่ 3 ขั้นประเมินผลรูปแบบเก็บข้อมูลจากสถิติการคลอดก่อนกำหนดจากสาขาทารกแรกเกิด จากการประชุมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth Interview) และการสังเกตจดบันทึกภาคสนาม (Field Note) การบันทึกเสียง และการถ่ายภาพ และประชุมถอดบทเรียน

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ**

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าร้อยละการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการประชุม สนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเชิงคุณภาพตามหลักการวิเคราะห์เนื้อหา และค่าความแตกต่างของสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนด (Proportion test)

**ผลการศึกษา**

1. สถานการณ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

1.1. ข้อมูลส่วนบุคคล หญิงฝากครรภ์อายุต่ำสุด 17 ปี สูงสุด 40 ปี เฉลี่ยอายุ 27 ปี มีอายุครรภ์ต่ำสุด 28 สัปดาห์ สูงสุด 36+4 สัปดาห์ จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี 38 ราย ( 82.60 %) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 2 ราย ( 17.39 %) ประกอบอาชีพรับจ้าง 12 ราย ( 26.08 %) เกษตรกรรม 32 ราย ( 69.56 %) รับราชการ 2 ราย ( 4.34 %) นับถือศาสนาพุทธ 100 %

1.2 ผลการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

1.2.1 หญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 34 ราย คิดเป็น 73.91 % ได้แก่ เคยแท้งเองตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป จำนวน 1 ราย ( 2.94 % ) เคยขูดมดลูก จำนวน 2 ราย ( 5.88 %) ซีดขณะตั้งครรภ์ (ความเข้มข้นเลือด.) จำนวน 5 ราย (14.70%) เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์นี้ จำนวน 13 ราย ( 38.23 %) น้ำหนักน้อย (BMI < 18.5 kg/m2 ) จำนวน 2 ราย ( 5.88% ) น้ำหนักมาก (BMI > 25 kg/m2 ) จำนวน 5 ราย ( 14.70% )

1.2.2 หญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยง 2 ข้อขึ้นไป 13 รายดังนี้ เคยแท้งเองตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ร่วมกับ น้ำหนักมาก (BMI > 25 kg/m2 ) 33.6 จำนวน 1 ราย ( 2.94% ) ซีดขณะตั้งครรภ์ (ความเข้มข้นเลือด.) 27 , ,30.4 ร่วมกับ น้ำหนักน้อย (BMI < 18.5 kg/m2 ) 16.4 , 17.09 จำนวน 2 ราย (5.88 % ) ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ร่วมกับซีดขณะตั้งครรภ์ (ความเข้มข้นเลือด) 28.8 จำนวน 1 ราย ( 2.94% ) ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

,ซีดขณะตั้งครรภ์ (ความเข้มข้นเลือด.) 30.4, น้ำหนักน้อย (BMI < 18.5 kg/m2 ) 17.09 จำนวน 1 ราย ( 2.94% ) ซีดขณะตั้งครรภ์ (ความเข้มข้นเลือด.) 32.2 ,32.6 ,32.9,30, 32.5, ร่วมกับ เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์นี้ จำนวน 5 ราย ( 14.70% ) ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ร่วมกับ น้ำหนักมาก (BMI > 25 kg/m2 ) 32 จำนวน 1 ราย ( 2.94% ) เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์นี้ ร่วมกับน้ำหนักมาก (BMI > 25 kg/m2 ) 31.6 จำนวน 1 ราย ( 2.94% ) ไทรอยด์ รับยา PTU ร่วมกับน้ำหนักมาก (BMI > 25 kg/m2 ) 32 จำนวน 1 ราย (2.94 % )

2. รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โดยใช้พลังขับเคลื่อนเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน (2) การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงเรียนพ่อแม่กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว (3) การกำหนดวันที่ (ไม่คลอดก่อน) มีอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์เป็นรายบุคคล และลงนามรับทราบร่วมกัน (4) การสังเกตอาการเตือนล่วงหน้า ( Early Warning signs) (5) การทบทวนการเดินทางมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการผิดปกติ ทุกครั้งที่มารับบริการ (6) กำหนดทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือแม่นมในการดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ขับเคลื่อนโดยเครือข่ายในชุมชน

3. ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ของโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

3.1 ผลการประเมินกระบวนการการเฝ้าระวัง ป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีสัญญาณเตือน/อาการที่นำส่งโรงพยาบาล จำนวนทั้งหมด 10 ราย ดังนี้ BMI จำนวน 1 ราย , BMI+เครียด จำนวน 1 ราย , GDM จำนวน 1ราย , Anemia จำนวน 2 ราย , P/S จำนวน 1ราย , P/S+Elderly จำนวน 1ราย , เจ็บครรภ์ จำนวน 1 ราย , UTI จำนวน 1 ราย , PROM จำนวน 1 ราย มาโรงพยาบาลด้วยตนเองและได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด ทุกรายคิดเป็นร้อยละ 100

3.2 หญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานีลดลง เมื่อวิเคราะห์ค่าความแตกต่างของสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดพบว่า สาเหตุเกิดจาก หญิงตั้งครรภ์มาถึง โรงพยาบาลปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร หรือบางรายมาด้วยเจ็บครรภ์ทำการยับยั้งการคลอดไม่ได้ผล ภาวะเครียดมีผลต่อการยับยั้งได้เช่นกัน และร้อยละ 100 มาโรงพยาบาลด้วยตนเอง บางครั้งต้องรอญาติหรือคนขับรถ การใช้บริการด้านเครือข่ายยังคงมีไม่เด่นชัดที่หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้ใช้บริการ

**อภิปรายผล**

จากการศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 34 ราย คิดเป็น 73.91 % โดยหญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยง 2 ข้อขึ้นไป 13 ราย ปัจจัยเสี่ยง ที่พบได้แก่ มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด ความผิดปกติของมดลูกหรือปากมดลูก เช่น เนื้องอก เคยผ่าตัดมดลูกรกเกาะต่ำ การติดเชื้อระบบสืบพันธุ์ และ ทางเดินปัสสาวะ ความเครียด ภาวะเลือดออกทางช่องคลอดหรือมีน้ำเดินปัจจัยส่งเสริม มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังเช่น DM, HT, Anemia, BMI มากหรือน้อยกว่าปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของชลทิศ อุไรฤกษ์กุล (2560)[8] ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสมในการคัดกรองการคลอดก่อนกำหนด เพื่อศึกษาขนาดของปัญหา ปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้เพื่อการคัดกรองการคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่าในเขตสุขภาพที่ 5 ความชุกของการคลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 8.1 ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัว

น้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.1 ภาวะขาดออกซิเจนเมื่อแรกคลอด (birth asphyxia) เท่ากับ 21.3 ต่อพันการเกิดมีชีพกลุ่มที่คลอดก่อนกำหนด พบภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย เป็น 16.3 เท่า พบภาวะการณ์ขาดออกซิเจนเมื่อแรกคลอด เป็น 3.9 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่คลอดครบกำหนด (แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ มีประวัติการแท้งตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไปครรภ์แฝด อายุ ≥35 ปี อายุน้อยกว่า 15 ปี ภาวะโลหิตจาง (hematocrit < 33%) ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร pregnancy induced hypertension และเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โดยใช้พลังขับเคลื่อนเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน (2) การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงเรียนพ่อแม่ กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว (3) การกำหนดวันที่ (ไม่คลอดก่อน) มีอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ เป็นรายบุคคล และลงนามรับทราบร่วมกัน (4) การสังเกตอาการเตือนล่วงหน้า ( Early Warning signs) (5) การทบทวนการเดินทางมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการผิดปกติ ทุกครั้งที่มารับบริการ (6) กำหนดทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือแม่นมในการดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการในชุมชนจุดแรกของระบบบริการสุขภาพของรัฐ ในชุมชน หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก ใกล้บ้าน เข้าถึงบริการและให้บริการได้อย่างรวดเร็ว มีค่าใช้จ่ายที่สามารถจ่ายได้ไม่แพงจนเกินไป มีการพัฒนาศักยภาพของประชาชน ครอบครัว และชุมชนในการดูแลตนเอง ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน บุคลากรด้านสุขภาพสามารถเข้าถึงชุมชนในด้านจิตวิทยาสังคม เข้าใจจิตใจคนในชุมชน รู้ปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชนสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ สร้างความเชื่อมั่นศรัทธาแก่ประชาชนในชุมชน เป็นบริการใกล้บ้านใกล้ใจการพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้พลังขับเคลื่อนเครือข่ายพบว่าได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีของเครือข่ายในชุมชน ในการร่วมประสานความร่วมมือการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน มีความมุ่งมั่นตั้งใจ ร่วมแรง ร่วมใจ ร่วมคิดทุกภาคส่วนในชุมชน ซึ่งประกอบไปด้วยบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน รวมถึงกู้ภัยชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนกับการปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากเป็นโอกาสให้ประชาชนเครือข่ายในชุมชนเป็นเจ้าของชุมชน มีส่วนร่วมที่เกิดจากความเต็มใจและความตั้งใจที่จะร่วมจัดการปัญหาเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริพร พงษ์โภคา และสุดประนอม สมันตเวคิน. (2553)[10] ได้ทำการศึกษาผลการดำเนินโครงการเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้ยุทธวิธีสร้างเครือข่ายพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพและช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ให้ยอมรับและปรับตัวต่อการตั้งครรภ์ สร้างเสริมสุขภาพและแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยง จะช่วยลดอัตราการคลอดทารกก่อนกำหนด ตลอดจนสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของมารดาสอดคล้องกับการศึกษาของ โสพรรณ เรืองเจริญ (2557)[11] การสอนสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเครือข่ายโรงพยาบาลจังหวัดอุดรธานี เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวได้รับทราบถึงความสำคัญของภาวะคลอดก่อนกำหนดการสังเกตอาการเริ่มต้นของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การดูแลตนเอง

เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และวิธีปฏิบัติตนเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ขับเคลื่อนโดยเครือข่ายในชุมชน พบว่า หญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา มณีโชติ, นิจ์สากร นังคลา (2560)[12] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 1. พยาบาลเจ้าของไข้ซึ่งมีหน้าที่ 1) ประเมินปัญหา 2) ประสานกับสูติแพทย์วางแผนการรักษา 3) วางแผนการพยาบาลร่วมกับหญิงตั้งครรภ์และสามี/ญาติ 4) ให้การพยาบาลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง 5) วางแผนจำหน่าย และ 6) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/ไลน์ 2. แนวทางการมอบหมายงาน 3. แนวปฏิบัติดูแล 4. แนวทางการประสาน/ให้ข้อมูลแก่ 63 ทีมดูแล/ทีมสหสาขา และผู้ป่วยและญาติ ด้านผลลัพธ์การใช้รูปแบบฯพบว่า พยาบาลมีความคิดเห็นต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก พยาบาลมีการปฏิบัติตามรูปแบบฯโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อรูปแบบฯโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด การยืดอายุครรภ์และอายุครรภ์เมื่อคลอดแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อัตราการกลับมารักษาซ้ำพบว่าไม่แตกต่างกัน

**ข้อเสนอแนะ**

1. เน้นหญิงตั้งครรภ์ความสำคัญและเห็นประโยชน์ของการมาฝากครรภ์เร็วก่อน 12 สัปดาห์ และการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์

2. สร้างความรอบรู้และความตระหนักในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวผ่านโรงเรียนพ่อแม่คุณภาพ ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

3. สนับสนุนการพัฒนาสื่อ และเพิ่มช่องทางการนำเสนอสื่อที่มีความหลากหลาย และเหมาะสมกับผู้รับสื่อทุกระดับ

4. รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปพัฒนาและขยายใช้ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในการเฝ้าระวังป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

5. การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ควรมีการกำกับติดตาม อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมถึงมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานในพื้นที่เพื่อร่วมหาแนวทางพัฒนาให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ตามเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน

6. การดูแลหญิงตั้งครรภ์แบบรายกรณี จะทำให้การเข้าถึงปัญหาที่เด่นชัดและแก้ปัญหาได้เป็นเฉพาะในรายนั้นๆ

7.พื้นที่เขตอำเภอบ้านผือ เป็นเขตทำอาชีพเกษตรกรรม หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ยังคงทำงานจนถึงใกล้วันกำหนดคลอด

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป**

ควรมีการศึกษา ติดตามผลการดำเนินงานของพื้นที่โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีการนำรูปแบบไปใช้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และควรมีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปขยาย

**เอกสารอ้างอิง**

1.จรินทรทิพย สมประสิทธิ์. การเจ็บครรภคลอดก่อนกำหนด. ใน คมสันต์ สุวรรณฤกษ และ เดนศักดิ์พงศ์โรจน์เผา (บรรณาธิการ). ภาวะแทรกซ้อนทาง สูติศาสตร์ กรุงเทพฯ: พิมพดีสมุทรสาคร; 2554

2.พัญญ พันธ์บูรณะ. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน ถวัลยว์งค์ รัตนสิริ, ฐิติมา สุนทรสัจ, และ สมศักดิ์สุทัศน์วรวุฒิ (บก.). สูติศาสตร์ฉุกเฉิน (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 91-130). สมุทรสาคร: พิมพ์ดี; 2554

3. Lamont RF, Spontaneous preterm labour that leads to preterm birth: An update and personal reflection. J placenta. 2019; 79: 21-29
4. มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. ดวงหทัย ศรีสุจริต ปราชญาวตี ยมานันตกุล ปราณี แสดคง วัจมัย สุขวนวัฒน์.(บรรณาธิการ).การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์: ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์. โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด. (21); 2554 28.
5.ณัฐญา เนตรหิน. สธ.เผยสถิติหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด 6.4-8 หมื่นคน/ปีกว่า 1 หมื่นรายเด็กต้องอยู่ I.C.U.. สืบค้นได้จากhttp://www.thanonline.com/index.php?option=com_content&view=article&id =151171:64-8-1icu;2555
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2565). รายงานสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (เอกสารอัดสำเนา)
7. สายฝน ชวาลไพบูลย์ และสุจินต์ กนกพงศศักดิ์. ภาวะเจ็บครรภคลอดก่อนกำหนดและภาวะน้ำเดินในครรภ์ก่อนกำหนด. เวชบันทึกศิริราช 2554; (2): 25-39.
8. เทียรทอง นิ่มศิริ. ความสามารถในการทำนายปัจจัยคัดสรรต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553
9. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. ปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสมในการคัดกรองการคลอดก่อนกำหนด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;26 (1): S64-S69.
10.วรรณทนีย์ ลีฬหาพงศธร, พรทิพย์ จันทาทิพย์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในห้องคลอด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.วารสารกองการพยาบาล. 2559;43(3): 46-62.
11. ศิริพร พงษ์โภคา, สุดประนอม สมันตเวคิน. ผลการดำเนินโครงการเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2553;3(1): 84-105
12. โสพรรณ เรืองเจริญ. การสอนสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเครือข่ายโรงพยาบาลจังหวัดอุดรธานี ในโครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารก เพื่อครอบครัวของเด็กและเยาวชนไทย ในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศม์ พระวรชายาในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯสยามมกุฎราชกุมาร. 2557:59-61
13.กัลยา มณีโชติ, นิจ์สากร นังคลา. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารกองการพยาบาล. 2560;44(2): 7-25

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน
ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2567

# ผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

# Effect of empowerment and giving value on changing self-care behavior of patients with uncontrolled diabetes in the area of responsibility of Phusing Hospital, Sisaket Province.

(Received: February 25,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**กันทิมา ทาหอม**[1]
**Kanthima Thahom**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 49 คน รวม 98 คน คือ กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลปรางค์กู่ จังหวัด ศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามแนวทางปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ:** การเสริมพลัง การให้คุณค่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

**Abstract**

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of empowerment and giving value on changing self-care behavior of patients with uncontrolled diabetes in the area of responsibility of Phusing Hospital, Sisaket Province. The sample group was divided into two groups, with 49 people in each group, resulting in a total of 98 participants. The comparison group consisted of uncontrolled diabetes patients in the area of responsibility of Prangku Hospital. The experimental group received the program for a period of 12 weeks, while the comparison group received normal care. Data were collected using questionnaires administered before and after the experiment. Data analysis was conducted between 1 January 2023 and 31 March 2023, using descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, medians, and 25$^{th}$ and 75$^{th}$ percentiles. The difference in mean scores of variables within the group was compared using the paired t-test, while the difference in mean scores among the groups was analyzed using the independent t-test. The significance level was set at 0.05.

Result: After the experiment, the experimental group exhibited significantly higher levels of knowledge about diabetes, more positive attitudes toward diabetes, greater perceived risk and severity of diabetes, stronger beliefs in the benefits of diabetes prevention, fewer perceived barriers to diabetes prevention, as well as higher levels of social support and engagement in diabetes prevention behaviors compared to the comparison group, with statistical significance at the 0.05 level.

**Keywords:** empowerment, valuing, self-care behavior, uncontrolled diabetes

[1] โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

**บทนำ**

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ร่างกายมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ[1] เกิดจากความผิดปกติของทั้งการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน และการเกิดภาวะดื้ออินซูลินทำให้ร่างกายไม่สามารถควบคุมกลไกต่างๆ ของร่างกายในการเผาผลาญสารอาหารได้ตามปกติ[2] ระดับน้ำตาลที่สูงขึ้นส่งผลต่อการแข็งตัวของหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดมีความหนาขึ้น ตีบและตัน ส่งเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ไม่ทั่วถึง ปลายประสาทอักเสบ ผลที่ตามมาคือ การสูญเสียจอประสาทตา ไตวาย เส้นประสาทส่วนปลายที่มีความเสี่ยงเกิดแผลที่ เท้า เนื้อตาย มีอุบัติการณ์ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ชนิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (STEMI) เพิ่มขึ้น[3] สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยในปี 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานโรคเบาหวาน มีกลุ่มเป้าหมายประชากร 35 ปี ขึ้นไป จำนวน 22,678,756 คน ได้รับการคัดกรองเพื่อยืนยันวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทั้งสิ้น 19,378,229 คน (ร้อยละ 85.4 ) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย จำนวน 184,067คน (ร้อยละ 1.0) และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย จำนวน 130,142 คน คิดเป็นร้อยละ 70.7 ในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 3 คนที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษาทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน จากข้อมูล IDF Diabetes Atlas ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน ปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดจากการมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกินรอบเอวเกิน เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชอบรับประทานอาหารรสหวาน มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรคเบาหวาน ทำได้โดยการเลือกรับประทานอาหารให้หลากหลาย เน้นผัก ผลไม้ และธัญพืชต่างๆ ลดอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หากมีอาการปัสสาวะบ่อยและมาก กระหายน้ำ หิวน้ำบ่อย กินจุหิวบ่อย น้ำหนักลด เป็นแผลง่ายและหายยาก คันตามผิวหนัง ตามัว และชาตามปลายมือปลายเท้า ควรไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยต่อไป[4]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้หลายประการ เช่น การเพิ่มเติมความรู้เรื่องการดูแลตนเอว การปรับทัศคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนในการดูแลตนเอง ตลอดจนปัจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของนิยม ดีจันทร์ และคณะ (2567)[2] ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังดำเนินการเพิ่มขึ้น และค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับน้ำตาลของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังดำเนินการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทรายุทธ์ บุญเจริญ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่รับโปรแกรมฯ จะมีคะแนนเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและระดับ 0.05 กรวิชญ์ ศรีประเสริฐ และคณะ (2566)[6] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล

ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ (M=134.04, SD=10.70) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M=103.88, SD=8.25) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (M=104.96, SD=8.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และวรรณี ปทุมวิวัฒนา (2567) ศึกษาผลของการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โดยเภสัชกรศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ สาขา 1 จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมการใช้ยามากขึ้นหรือสูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมหลังการดำเนินกิจกรรมค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

จังหวัดศรีสะเกษปีงบประมาณ 2563-2565 พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน 465.35, 434.53 และ 447.46 ต่อประชากรแสนคน อำเภอภูสิงห์ปีงบประมาณ 2563-2565 พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน 309.24, 323.78 และ319.47 ต่อประชากรแสนคน[8] สำหรับสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลภูสิงห์จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ในช่วงปี 2563-2565 มียอดผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1,502, 1,587 และ 1,679 คน และยังมีผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้คิดเป็นร้อยละ 57.58, 60.11 และ 67.59 ตามลำดับ[9] ซึ่งพบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกตาลมียอดผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มากที่สุดคือร้อยละ 81.86[8] ผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในพื้นที่อำเภอภูสิงห์ในปี 2563–2565 พบผู้ป่วยเกิด โรคหลอดเลือดสมอง เป็นร้อยละ 0.40 ,0.37และ 0.95 ตามลำดับ โรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 0.33 , 0.31 และ 0.29 ตามลำดับ เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ร้อยละ 0.19 , 0.19 และ 0.12 ตามลำดับ เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 3.34 , 0.94 และ 3.39 ตามลำดับ เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 0.40 , 0.31 และ 0.29 ตามลำดับ อีกทั้งจากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานพบว่าผู้ป่วยเบาหวานยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารเหมาะสมเพียงร้อยละ 62 มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอร้อยละ 70 มีภาวะเครียดในระดับสูงและปานกลางร้อยละ 58 มีความรู้เรื่องการดูแลตนเองที่ถูกต้องร้อยละ 65 และมีทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเองไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนร้อยละ 69 ตามลำดับ[9] จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อดูผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นว่ามีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ และใช้เป็นโอกาสในการขยายผลการทดลองใช้โปรแกรมดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เกิดการดูแลตนเองและสามารถดำเนินชีวิตตามปกติสุขในสังคมต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

**วิธีการวิจัย**

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบ two group pretest – posttest design

**ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง**

ประชากร (Populations) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกำหนด

คุณลักษณะของประชากรเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566 2) สมัครใจร่วมโครงการ 3) สามารถร่วมกระบวนการจนครบกระบวนการ

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ตามสูตรของ Lemeshow (1990)[10] ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 49 คน ดังนี้ กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 49 คน กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 49 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล**

1 เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมนการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผ่านกิจกรรมการเล่าประสบการณ์เรื่องการป่วยด้วยโรคเบาหวานและแนวทางการดูแลตนเอง กิจกรรมเพิ่มสาระน่ารู้เรื่องโรคเบาหวาน กิจกรรมการมีส่วนร่วมในป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติ กิจกรรมเสริมพลังให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โดยการการให้คุณค่าและกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน ด้านละ 5 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 พฤติกรรมนการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ

การทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.90 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.84 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.82 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.86 การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.88 การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน เท่ากับ 080 และแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.92 ตามลำดับ

**สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร

ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

**ผลการวิจัย**

1. กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 67.3 มีอายุเฉลี่ย 65.38 ปี (**S.D.=**10.80 ปี) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.2 มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 65.3 มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 3,000 บาท (**P**25=2,000 บาท : **P**75=6,000 บาท) และมีมัธยฐานของระยะเวลาการป่วยโรคเบาหวาน 7 ปี (**P**25= 3 ปี:**P**75=10 ปี) ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิงร้อยละ 55.1 มีอายุเฉลี่ย 64.91 ปี (**S.D.=**10.56 ปี) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 51.0 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 73.5 มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 57.1 มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 3,000 บาท (**P**25=2,200 บาท : **P**75=6,000 บาท) และมีมัธยฐานของระยะเวลาการป่วยโรคความดันโลหิตสูง 7 ปี (**P**25=4 ปี : **P**75=14 ปี) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (**p-value<**0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.69 คะแนน (95% **CI** = 4.07-5.31)

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (**p-value<**0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.35 คะแนน (95% **CI** = 1.85-2.84)

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (**p-value<**0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.81 คะแนน (95% **CI** = 22.5-3.37)

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงของโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงของโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงของโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (**p-value<**0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงของโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.90 คะแนน (95% **CI** = 1.21-2.58)

7. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนน

เฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (**p-value<**0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.04 คะแนน (95% **CI**=1.28-2.79)

8. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (**p-value<**0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.34 คะแนน (95% **CI** = 2.39-4.30)

9. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (**p-value=**0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.06 คะแนน (95% **CI** = 1.19-4.92)

10. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมนการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมนการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมนการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (**p-value<**0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมนการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.93 คะแนน (95% **CI** = 2.81-7.06)

**อภิปรายผล**

ผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากกการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี ผู้ที่เข้าร่วมพัฒนาโปรแกรมประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้อย่างครอบคลุมที่หน่วยงานและทุกองค์กร ออกแบบกิจกรรมโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น กิจกรรมการเล่าประสบการณ์เพิ่มสาระน่ารู้เรื่องโรคเบาหวาน สร้างความรู้ความตระหนักผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติ กิจกรรมเสริมพลังให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน เน้นการให้คุณค่าและกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลัง จึงส่งผลให้โปรแกรมมีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของพลอย ทรัพย์ไพบูลย์กิจ และคณะ (2564)[11] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

ผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P=0.001 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P=0.331 และค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.005 และลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ p=0.010 โสภารัตน์ อารินทร์ และคณะ (2564)[12] ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันแผลที่เท้า และคะแนนการปฏิบัติการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ภายหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001 และ p=0.006 ตามลำดับ) คะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันแผลที่เท้า และคะแนนการปฏิบัติการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ภายหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001 และ p=0.005 ตามลำดับ) วรรณี ปทุมวิวัฒนา (2567)[7] ศึกษาผลของการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โดยเภสัชกรศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลบุรีรัมย์ สาขา 1 จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมการใช้ยามากขึ้นหรือสูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมหลังการดำเนินกิจกรรมค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) กรวิชญ์ ศรีประเสริฐ และคณะ (2566)[6] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ (M=134.04, SD=10.70) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M=103.88, SD=8.25) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (M=104.96, SD=8.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ทรายุทธ์ บุญเจริญ (2565)[5] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่รับโปรแกรมฯ จะมีคะแนนเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและระดับ 0.05 ณัฐภัสสร เดิมขุนทด และคณะ (2565) ศึกษาผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับ DSMES มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1C) และน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ (p-value<0.001) ความสามารถในการดูแลตนเอง (p-value<0.001) คุณภาพชีวิต (p-value<0.001) และความพึงพอใจ (p-value<0.001) เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการให้ความรู้ และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) อุบลรัตน์ รัตนอุไร และคณะ (2561)[14] ศึกษาผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีคะแนนเฉลี่ย 3.22 (S.D.=0.19) หลังเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีครบ12 สัปดาห์ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.35 (S.D.=0.15) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ส่วนระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดก่อนเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีค่าร้อยละ

8.97 หลังเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงเหลือร้อยละ 7.39 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ธนพร แก้วเนตร (2566) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้สูงกว่ากลุ่มควบคุมและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value<0.05 (95%CI= 3.16-7.84, 6.33-10.36, 1.69-6.56 ตามลำดับ) นิยม ดีจันทร์ และคณะ (2567)[2] ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังดำเนินการเพิ่มขึ้น และค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับน้ำตาลของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังดำเนินการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจุฬาลักษณ์ สินธุเขต (2566)[1] ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ผลการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนดำเนินการ มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 7 ร้อยละ 100 หลังดำเนินการ มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 7 ร้อยละ 75.00 และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ดีขึ้น

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัย**

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่อำเภอภูสิงห์ หรือขยายผลไปในพื้นที่อื่นในหลายอำเภอและจังหวัดศรีสะเกษ หรือ ประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดในชุมชน

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรทำการศึกษาเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นกับโปรแกรมอื่นเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. ควรศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้แบบมีส่วนร่วม ผสมผสานและให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วม พัฒนารูปแบบภายใต้บริบทของพื้นที่ ภายใต้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันเพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมสามารถแก้ไขปัญหาพื้นที่ได้จริง

3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อนำปัจจัยดังกล่าวไปใช้ในการแก้ไขปัญหาให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. จุฬาลักษณ์ สินธุเขต. (2566). ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA 1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566.
2. นิยม ดีจันทร์ พัฒน์ กองศรีมา นครินทร์ ประสิทธิ์ ณัฐพร นิจธรรมสกุล และ ภูวนาถ ศรีสุธรรม. (2567). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2567.
3. สำนักงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2564). ประเด็นรณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2564. กระทรวงสาธารณสุข.
4. กองควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (256). ประเด็นรณรงค์วันเบาหวานโลกปี 256. กระทรวงสาธารณสุข.
5. ทรายุทธ์ บุญเจริญ. (2565). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม.
6. กรวิชญ์ ศรีประเสริฐ ศิวพร อึ้งวัฒนา และ เดชา ทำดี. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีที่ 50 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2566.
7. วรรณี ปทุมวิวัฒนา. (2567). ผลของการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โดยเภสัชกรศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลบุรีรัมย์ สาขา 1 จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2567).
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565). สรุปผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ประจำปี 2565
9. โรงพยาบาลภูสิงห์. (2565). แฟ้มประวัติทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ.
10. Lemeshow, S.. Hosmer, D.W.. Jr., Klar, J.. & Lwanga, S. (1990). Adequacy of sample size in health studies. New York : John Wiley & Sons.
11. พลอย ทรัพย์ไพบูลย์กิจ ศิวพร อึ้งวัฒนา และ เดชา ทำดี. (2564). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลสาร ปีที่ 48 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2564.
12. โสภารัตน์ อารินทร์ เดชา ทำดี และ ศิวพร อึ้งวัฒนา. (2564). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน. พยาบาลสาร ปีที่ 48 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2564.
13. ณัฐภัสสร เดิมขุนทด สว่างจิต สุรอมรกูล รัชนีวรรณ ขวัญเจริญ และชาญวัฒน์ ชวนตันติกมล. (2565). ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. วชิรสารการพยาบาล ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2565.
14. อุบลรัตน์ รัตนอุไร และ ประภาส สงบุตร. (2561). ผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561.
15. ธนพร แก้วเนตร. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566.

# การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก
# Development of guidelines for screening stroke patients in the outpatient department.

(Received: February 25,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**กนกนุช พิลากุล**[1]
**Kanoknuch Pilakul** [1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก และศึกษาผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก

ผลการศึกษา: 1) มีแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 9 มาตรฐาน 2) ผลการการนำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก ไปใช้ พบว่า กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็น Ischemic Stroke ผลการให้การพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ ผู้ป่วยปลอดภัย จากโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะเลือดออกในสมอง และได้รับการประสานงานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่หอผู้ป่วยอายุรกรรม (Stroke conner) ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีความพึงพอใจในการให้บริการ อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีการนัดหมายดูแลอาการอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน และให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน

**คำสำคัญ:** คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง, มาตรฐานการคัดกรองและส่งต่อ, มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 9 มาตรฐาน

**Abatract**

This study was case study aimed to study nursing care for patients with cerebral aneurysms after undergoing surgery to clamp the cerebral aneurysm and having lung infections in the postoperative period. By study a Thai female patient, age 58 years old, was admitted to the hospital on 19 August 2023 with symptoms of lethargy 4 hours before coming to the hospital. CTA brain results showed acute SAH at both parietal-temporal, saccular type AcoA aneurysm.

Results: The patient was sent for Lt pterional craniotomy with aneurysm ciipping at Thammasat University Hospital. After surgery, the patient was sent back for nursing care on 25 August 2023. The patient followed and was put in a tracheal tube. There was a lot of mucus. A lung infection was found. The patient was depressed. And then was sent for CT brain and this found Rt hydrocephalus. The patient received Rt ventriculostomy surgery. Preoperative period, nurse prevented tissue oxygen depletion, reduced lung infections and prevented IICP in patient. The patient had an imbalance in sodium levels. Postoperative period, patients had a risk of IICP, a risk of infection entering the brain, depletion of water and nutrients and deprivation of daily routine. The nurse provided nursing care as planned. IICP did not occur, lung infections decreased. The patient's breathing tube was removed on 6 September 2023, and his condition gradually improved. The patient was discharged on 14 September 2023, total hospital stay for 17 days.

**Keywords: Cerebral aneurysm, screening and referral standards, 9 outpatient nursing standards**

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือCVD, Stroke)เป็นโรคอันตรายที่เป็นสาเหตุของการตายมากเป็นอันดับต้นของโลกโดยพบเป็นสาเหตุการตาย อันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของ

[1] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประชากรอายุมากกว่า15-59 ปี ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 6,000,000 คน จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2560 พบโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ในประชากรไทยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยข้อมูลในปี พ.ศ. 2560 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็น 3 คน ในทุก 2 ชั่วโมง[1-5]

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการของโรคที่ประกอบด้วยความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีหรือมีอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกทางสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่นที่ทำให้สมองอุดตันหรือแตก เช่น บาดเจ็บเนื้องอกและการติดเชื้อในสมอง ทั้งนี้ไม่รวมภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและความบกพร่องทางระบบประสาทที่อาการจะเกิดขึ้นและหายไปใน24 ชั่วโมงโดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะสมองขาดเลือด (ischemic stroke) มากที่สุดถึงร้อยละ80ขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke)พบได้น้อยประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด การป้องกันไม่ให้เป็นโรครวมถึงการให้การรักษาที่รวดเร็วทันท่วงทีเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทเป็นวิธีการจัดการกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะสมองขาดเลือดเพื่อให้เนื้อสมองได้รับเลือดกลับมาเลี้ยงอย่างทันท่วงทีซึ่งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตความรุนแรงของโรคและความพิการได้ ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบบริการโดยลดขั้นตอนต่างๆเพื่อให้การเข้าถึงบริการได้เร็วและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant tissue plasminogen activator : RTPA) ภายในเวลา 270 นาที (door to needle time) ภายหลังเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเรียกช่องทางด่วนนี้ว่า “Stroke fast track”หรือ“ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง”[2,5,6,7]

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มารับบริการบ่อย พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปีพ.ศ. 2564. พ.ศ.2565, r.L.2566 จำนวน 31,33,และ 36 รายตามลำดับ และมาแต่ละ ราย ส่วนมากจะพบปัญหาแตกต่างกันไป มีทั้งโรคหลอดเลือดสมองแบบเฉียบพลัน และไม่เฉียบพลันในการส่งต่อ ไปแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือส่งตรวจที่ คลินิกเฉพาะทางอายุรกรรมประสาทและสมอง ห้องตรวจอายุรกรรม[8]

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก

**วิธีการศึกษา**

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. ทบทวน กรอบแนวคิด จากหลักการ และทฤษฎี ศึกษางานวิจัยและผลงานที่เกี่ยวข้อง
2. เก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาข้อร้องเรียนปัญหาการส่งต่อไปแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. เลือก Case กรณีศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่เข้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ
4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้ง

ประเมินสภาพเมื่อแรกรับ จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก รวบรวมข้อมูลจากการสังเกต และสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

5. ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอกซเรย์ ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ข้อมูลจาก Chart ผู้ป่วยใน

6. ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน กับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

7. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัญหา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และหลักการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เศรษฐกิจ และมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

8. ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้าพยาบาล อายุรแพทย์ประสาทและสมอง

9. ปรับปรุง ตรวจทาน แก้ไข ตามข้อเสนอแนะ และจัดพิมพ์รูปเล่มเป็นเอกสารทางวิชาการ

**ผลการศึกษา**

**1. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก**

**มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา**

**1. การตรวจคัดกรอง (Screening)** พยาบาลตรวจคัดกรองผู้ป่วย ด้วยการประเมินสภาพอาการเบื้องต้น จัดลำดับความรุนแรง และความเร่งด่วนของการเข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและปลอดภัย

**แนวทางการปฏิบัติ**

1.รวบรวมข้อมูลและประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยทันทีเมื่อมาถึงหน่วยงานผู้ป่วยนอก โดยประเมินอาการเบื้องต้นอาการสำคัญ (Chief Complaint) และอาการแสดงแรกรับที่ได้จากเวชระเบียน/การส่งต่อการซักประวัติ/ การสัมภาษณ์ผู้ป่วย/ ครอบครัว/ ผู้ดูแล โดยศึกษาจากข้อมูลภาวะสุขภาพ ดังนี้

1.1 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

1.2 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

1.3 ประวัติการใช้ยา/ การแพ้ยา

1.4 การตรวจวัดสัญญาณชีพ

1.5 การตรวจร่างกายเบื้องต้นที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญ

1.6 ผลการตรวจต่างๆ

2.ประเมินและจำแนกระดับความรุนแรง และความเร่งด่วนของการเจ็บป่วย รวมทั้งวินิจฉัยปัญหาและความต้องการการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

3.ให้การช่วยเหลือ/รักษาพยาบาลเบื้องต้นที่เหมาะสม ตามแนวทางที่กำหนดของหน่วยงาน หรือส่งต่อหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามประเภทความเร่งด่วน ในกรณีต่อไปนี้

3.1 ผู้ป่วยอาการไม่คงที่ เสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง เฉียบพลัน และภาวะคุกคามต่อชีวิต

3.2 ผู้ป่วยอาการรุนแรงเฉียบพลัน กะทันหัน

4.บันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรอง ตามแบบฟอร์มการบันทึกที่กำหนดเป็นมาตรฐานของหน่วยงาน

5.รายงานให้ข้อมูลแพทย์ หรือทีมสุขภาพที่เกี่ยงข้อง ตามขั้นตอนในฐานะทีมสุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

**2. การประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยต่อเนื่อง (Ongoing Assessment)** ประเมินปัญหาเพิ่มเติม ประเมินซ้ำ และเฝ้าระวังเป็นระยะต่อเนื่องตามความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ใช้บริการในหน่วยงาน และวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแล ช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม

**แนวทางการปฏิบัติ**

1.ประเมินปัญหาและอาการอย่างต่อเนื่อง เช่น ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล อาการไม่สุขสบายอาการรบกวนต่างๆ

2.ประเมินปัญหาเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ความปลอดภัย เช่น การพลัดตกหกล้ม การฆ่าตัวตาย การถูกทารุณกรรม และทำร้ายร่างกาย การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรอตรวจ เป็นต้น

3.ศักยภาพในการดูแลตนเอง

4.ปัญหาและความต้องการ ความจำเป็นต่อการได้ความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพ

5.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามประเด็นสงสัย และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการพยาบาล

6.ปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลของหน่วยงานที่สอดคล้องตามปัญหาและตอบสนองต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

6.1 โดยมีแนวปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานที่สำคัญของหน่วยงาน โดยกำหนดกลุ่มผู้ป่วยให้ชัดเจน ทั้งกลุ่มที่ต้องการการดูแลเร่งด่วน ไม่เร่งด่วน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมอาการได้ ควบคุมอาการไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยบรรเทาอาการรบกวน อาการไม่สุขสบาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

6.2 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงหรือยุ่งยากซับซ้อน เช่น การจัดการอาการปวดของผู้ป่วยการลดความวิตกกังวล การทำหัตถการพิเศษ เป็นต้น

**มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษา**

**แนวทางการปฏิบัติ**

1.ดูแลให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจรักษาตามลำดับ ยกเว้นกรณีผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนและรุนแรง ให้ส่งไปที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทันที

2.ระบุความถูกต้องของตัวบุคคล (Patien Identification)

3.ตรวจสอบความถูกต้อง ได้แก่ เวชระเบียน ผลการตรวจต่างๆ

4.จัดเตรียมห้องตรวจ จัดสิ่งแวดล้อม เตรียมความพร้อมอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์พร้อมใช้ในการตรวจ
รักษา

**มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา**

**แนวทางการปฏิบัติ**

1.ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลผู้ใช้บริการ ให้ตรงกับเอกสาร ได้แก่คำสั่งการรักษา แบบฟอร์มการส่งตรวจต่างๆ เอกสารเกี่ยวกับการประสานงาน การส่งต่อการบริการสุขภาพขั้นต่อไป

2.อธิบายให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในขั้นตอนการรักษาต่อเนื่อง เช่น การจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล การนัดหมายติดตามอาการครั้งต่อไป

**มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง**

**แนวทางการปฏิบัติ**

ประเมินความต้องการ การดูแลแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำแนะนำ และข้อมูลความรู้ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองทุกมิติที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อ การเคลื่อนย้าย ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

**มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ**

**แนวทางการปฏิบัติ**

1.ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการป้องกันปัญหา สุขภาพที่อาจเกิดขึ้น (Potential Health Problem)

2.จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในขั้นตอนการบริการหลักของหน่วยงาน ทั้งบริการตรวจรักษา บริการ ก่อนกลับบ้าน บริการส่งต่อ โดยจัดกิจกรรมเครือข่ายสังคม ชมรม กิจกรรมออกกำลังกาย

**มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ**

**แนวทางการปฏิบัติ**

1.ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อการคุ้มครองภาวะสุขภาพ ด้วยเครื่องมือ และแนวทางที่กำหนด ประเมินความเสี่ยงด้านชีวภาพ ด้านเคมี ด้านกายภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมอย่าง ต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันอันตรายจากการตรวจ จากการทำหัตถการจากเครื่องมือพิเศษ จากยาการป้องกันอันตรายจาก

ความพิการ อันตรายจากหน้าที่การทำงานของอวัยวะ และการป้องกันอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต

2.ประเมิน และบันทึกกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อคุ้มครองภาวะสุขภาพตามมาตรฐานการบันทึก

**มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ**

**แนวทางการปฏิบัติ**

1.ให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม จัดกิจกรรมให้ข้อมูลความรู้ คู่มือ พัฒนาสื่อ เอกสาร โปสเตอร์ วีดีทัศน์ การให้ข้อมูลจัดกลุ่มกิจกรรมหรืออบรมให้ความรู้ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำกิจกรรมกลุ่ม

2.ประเมินผลการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว และบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มที่กำหนด

**มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยแนวทางการปฏิบัติ**

**แนวทางการปฏิบัติ**

1.ให้ข้อมูล บอกกล่าว การยินยอมการรักษา การให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย

2.การแจ้งชื่อ-สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ

3.การรักษาความลับของเวชระเบียน และการไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย การรักษาทรัพย์สิน การผูก ยึด การบริจาคอวัยวะ

4.ให้บริการด้วยความเสมอภาค ให้เกียรติและเท่าเทียมกัน และไม่ละเมิดสิทธิของผู้ป่วย

**มาตรฐานที่ 9 การบันทึกการพยาบาล**

**แนวทางการปฏิบัติ**

1.การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นการสื่อสารกับทีมงานและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

2. นำผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึก ไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล

**2. ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก**

**ตารางที่ 1 ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| **กรณีศึกษาที่ 1**<br>ผู้ป่วยชายไทยวัย 64 ปี อาการสำคัญ ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ได้รับการวินิจฉัย Ischemic Stroke<br>ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 เดือนก่อนมาหกล้ม ไหล่ขวากระแทก หลังจากนั้นมีอาการปวดไหล่ขวามาตลอด ด เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ล้มเอง ไม่มีส่วนไหนบาดเจ็บ ไม่สลบ แต่รู้สึกอ่อนเพลีย อ่อนแรงทั้งตัว มีอาการปวดตามตัวไม่มีตามัว ไม่มีปากเบี้ยว ไม่มีหน้าเบี้ยว ไม่มีไข้ ไม่มีแขนข้าอ่อนแรง ด วันก่อนมารู้สึกแขนและขาซ้ายอ่อนแรง ทันทีขณะยืนอยู่ ไม่ล้ม ไม่มีศีรษะกระแทก แต่มีอาการลิ้นแข็งพูดไม่ชัด ไม่ได้สังเกตปากเบี้ยว ไม่มีอาการชาไม่มีสำลัก ไม่ซึม ไม่มีอาการปัสสาวะหรืออุจจาระราด ไม่มีไข้ 2 ชั่วโมงก่อนมา ญาติสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีปาก ด้านซ้ายเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเท่าเดิม ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ห้องตรวจนอกเวลาเบอร์ 12 วันเสาร์ เวลา 11.55 น.<br>โรคประจำตัว เบาหวาน เป็นเบาหวานมา 20 ปี ใช้ยาฉีด Novomix 30/70% 8-0-6<br>ยากิน Simvastatin (bomg) 1 เม็ด ก่อนนอน | **กรณีศึกษาที่ 2**<br>ผู้ป่วยหญิงไทยวัย 36 ปี อาการสำคัญ วิงเวียนศีรษะ ชาแขนขาซีกซ้าย ชาใบหน้าข้างซ้าย 2 ชั่วโมงก่อนมา ได้รับการวินิจฉัย Ischemic stroke<br>ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะตุ๊บๆ ทั่วศีรษะ ไม่ร้าวไปที่ใด เป็นขึ้นมาทันที Pain score 10 มีอาการวิงเวียนศีรษะมาก ไม่มีตามัว ไม่มีใบหน้าเบี้ยว ไม่มีปากเบี้ยว ไม่มีไข้ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ทานใบรางจืดไป อาการไม่ดีขึ้น จึงไปพบแพทย์ที่คลินิก ได้ยากลับบ้าน วันนี้ 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการ วิงเวียนศีรษะ ปวดตึงและชาที่ใบหน้าซีกซ้าย ชาที่ที่แขนซ้ายขึ้นมาทันที ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีหน้าเบี้ยว ไม่มีปากเบี้ยว แขนและใบหน้าซีกซ้ายชาบวม จึงไปที่คลินิกเดิม คิดว่าตัวเองแพ้ยา แพทย์ที่คลินิก จึงแนะนำให้มาที่โรงพยาบาล โรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารมัน อาหารทอด ไม่ได้กินยาอะไรประจำ<br>มีประวัติแพ้ยาClavulanicacid<br>ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว และโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์ บิดาเป็นเบาหวาน<br>อาการแรกรับ รู้สึกตัวดี วิงเวียนศีรษะมาก ร่วมกับมีอาการชาใบหน้าซีกซ้าย ใบหน้าซีกซ้ายบวม |

**ตารางที่ 1 ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| ประวัติการเจ็บป่วยของกรรมพันธุ์ในครอบครัว มีมารดา พี่สาว และพี่ชายเป็นเบาหวาน<br>อาการแรกรับ รู้สึกตัวดี ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง นั่งรถเข็นมา<br>ประวัติการเจ็บป่วยของกรรมพันธุ์ในครอบครัว มีมารดา พี่สาว และพี่ชายเป็นเบาหวาน<br>อาการแรกรับ รู้สึกตัวดี ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง นั่งรถเข็นมา | ชาแขนซ้าย มีสีหน้าวิตกกังวล |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**<br>ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง(ICP)<br>ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลอันเนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น | **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**<br>ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) ไม่สุขสบายเนื่องจากวิงเวียนศีรษะ<br>ผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวเสียภาพลักษณ์<br>ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลอันเนื่องจากความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น |
| **การพยาบาล**<br>ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 131/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที่ เจาะ DTX 175 mg% จากการประเมินอาการผู้ป่วยเข้าข่ายอาการ Stroke fast tact ได้แจ้งศูนย์เปล ขอรถนอนไฟฟ้า เพื่อนำส่งต่อที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อาครา100 ปี พร้อมกับได้แจ้งผู้ป่วยและญาติให้ทราบและให้เข้าใจว่า ผู้ป่วยมีอาการสงสัย Stroke fast tract จะต้องไปรักษาต่อที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอาคาร100 ปี เพื่อการตรวจรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางให้ทันเวลา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยญาติและผู้ป่วยเข้าใจดีก่อนนำส่ง โดยมีศูนย์เปลและเจ้าหน้าที่นำส่ง จัดท่านอน45 องศา โทรรายงานแพทย์ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ก่อนนำส่ง<br>การวินิจฉัยโรค Ischemic Stroke<br>ส่งต่อรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอาคาร100 ปีเป็น Case Stroke fast tract<br>ส่งต่อในระบบช่องทางด่วน Stroke fast tract<br>Admit 3 วัน ที่ตึกอายุกรรมชาย3 (Stroke conner)<br>ผล CT Brain no gross ICH ,An old lacunar infarction<br>ข้อวินิจฉัยโรค Bell Palsy ,TIA ,DM<br>อาการดีขึ้น ก่อนจำหน่าย ไม่มีใบหน้าเบี้ยว พูดชัด ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้<br>ให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน และถ้ามีอาการผิดปกติให้รีบมาโรงพยาบาลทันที<br>Home medication<br>1. ASPIRIN (P) (G) moo mg TAB รับประทาน ครั้งละ1 เม็ด หลังอาหารเช้า<br>2. NOVOMIX MO PENFILL (เซ็นต์) 30/70% Vial ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง ก่อนอาหารเช้า 8 ยูนิต ก่อนอาหารเย็น 8 ยูนิต<br>3. VITAMIN B ComplexL) TAB รับประทาน ครั้งละ ด เม็ด หลังอาหารเช้า | **การพยาบาล**<br>ประเมินอาการและอาการแสดงแรกรับ ผู้ป่วยมาจากคลินิกเพื่อมาพบแพทย์โรงพยาบาล วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 125/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที เจาะDTX 92 mg% มีอาการวิเวียนศีรษะ ชาและบวมใบหน้าซีกซ้าย ผู้ป่วยได้เข้าตรวจกับแพทย์ในห้องตรวจเวรนอกเวลาทั่วไปเบอร์ด2 แพทย์ประเมินอาการชำแล้วแจ้งว่าผู้ป่วยสงสัยStroke ให้ส่งไปแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินแพทย์เวรนอกเวลาได้โทรรายงาแพทย์ Staff แผนกอุบัติและฉุกเฉิน พยาบาลได้ขอรถนอนจากศูนย์เปลเพื่อนำส่งผู้ป่วยไปแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พร้อมกับได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในการที่ต้องส่งต่อไปรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน<br>ส่งต่อผู้ป่วยไปแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในระบบ Stroke fast tract<br>Admit 3 วัน ที่Stroke conner (ตึกอายุรกรรมหญิง 1)<br>ผล CT Brain c ครั้ง ผลปกติ no Gross ICH<br>no evidence of cerebral aneurysm<br>ข้อวินิจฉัยก่อนจำหน่าย Stroke in the young ,TIA<br>อาการก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง Home Medication<br>1. GABApentin (R) moo mg CAP รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน<br>2. Atovastatin(เซ็น) o mg TAB รับประทาน ครั้งละ ด เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน<br>3. Aspirin (G) do mg TAB รับประทาน ครั้งละ1 เม็ด วันละ1 ครั้ง หลังอาหารเข้า<br>4. BETAHISTINE a mg TAB รับประทาน ครั้งละ1 เม็ด วันละ2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า เย็น<br>5. ASPIRIN (P) (G) moo mg TAB รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเข้า<br>นัด 2 สัปดาห์ ติดตามอาการที่ ห้องตรวจอายุรกรรมประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลภาพสินธุ์ |

**ตารางที่ 1 ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| 4. Aspirin(G) 60 mg TAB รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้านัด 2 สัปดาห์ ที่ห้องตรวจเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ | |
| **ปัญหาที่พบ**<br>ผู้ป่วยอายุมาก และมีโรคประจำตัว เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง จึงมีความเสี่ยงมาก รถนำส่งผู้ป่วยจากชุมชน ควรจะนำส่งผู้ป่วยที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอาคาร 100 ปี หรือเจ้าหน้าที่ศูนย์เปลหน้าตึกอำนวยการ เห็นผู้ป่วยแล้ว คัดกรองเบื้องต้นสามารถให้รถไปส่งผู้ป่วยที่อาคาร 100 ปี ได้เลยเพื่อความรวดเร็วทันเวลา และเพื่อลดการใช้บริการเจ้าหน้าที่ศูนย์เปลซ้ำซ้อน จากนั่งรถเข็นมา พอพยาบาลคัดกรองพบว่าผู้ป่วยสงสัย Stroke fast tract ต้องได้เปลี่ยนเป็นรถนอนจากศูนย์เปลให้ใหม่ ด้วย ข้อจำกัดของบริการศูนย์เปลที่เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ รถนอน รถนอนไฟฟ้าไม่เพียงพอขณะเรียกใช้ ไม่ได้ทันทีทำให้เสียเวลาผู้ป่วยที่ควรจะได้พบแพทย์โดยเร็วที่สุด<br>**แนวทางแก้ไข** จัดประชุมและอบรม ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่นำส่งประจำรถ EMS ของชุมชนต่างๆ และเครือข่ายให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดในสมองแก่ประชาชนในชุมชน และหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน ถ้าพบเห็นผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมองให้รีบมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด เพื่อลดภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต<br>จัดประชุมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ด่านหน้าที่เกี่ยวข้องกับจุดที่ผู้ป่วยลงรถหน้าศูนย์เปลตึกอำนวยการ และหน้าตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอาคาร100 ปี ให้เจ้าหน้าที่ด่านหน้า ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์เปลเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (รปภ.) พนักงานทำความสะอาด และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับจุดที่พบผู้ป่วยตั้งแต่แรกให้สามารถสอบถาม และคัดกรองอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยได้ ถ้าพบผู้ป่วย R/O stroke สามารถแนะให้รถนำส่งต่อผู้ป่วยไปลงที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ ถูกต้องตามอาการ และความเร่งด่วน | **ปัญหาที่พบ**<br>ผู้ป่วยอายุยังน้อย เป็น Case Stroke fast tract in the young พอมีอาการผิดปกติสงสัย R/O Stroke ควรจะมาโรงพยาบาลทันที ไม่ควรรอไปคลินิก<br>มีประวัติชอบกินอาหารทอด อาหารมันๆ<br>ไม่ชอบออกกำลังกาย<br>ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี |

**จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** ผู้ศึกษาได้ใช้องค์ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยนอก และทักษะเชิงวิชาชีพร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินสภาพผู้ป่วย คัดกรอง ส่งต่อ และตรวจรักษา ได้อย่างเหมาะสมปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

## อภิปรายผล

ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์การรักษาพยาบาลที่ดี คือการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพในทุกระยะตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาพยาบาล การคัดกรองที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่องระยะวางแผนจำหน่ายและระยะส่งเสริมฟื้นฟู ซึ่งขั้นตอนการดูแลรักษาพยาบาลเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยตนเองหรือญาตินำส่งหรือส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดและระยะดูแลต่อเนื่องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ในกระบวนการพัฒนาต้องพัฒนาให้มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันจากโรงพยาบาลจังหวัดถึงชุมชนในการไปดำเนินชีวิตต่อที่บ้านโดยการพัฒนาไปพร้อมกันทุกองค์ประกอบทั้งด้านการ

บริหารจัดการบุคลากรทางด้านการพยาบาล การบริการผู้ป่วยให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้[7,9,10]

ผลการการนำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก ไปใช้ พบว่า กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็น Ischemic Stroke ผลการให้การพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ ผู้ป่วยปลอดภัย จากโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะเลือดออกในสมอง และได้รับการประสานงานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่หอผู้ป่วยอายุรกรรม (Stroke conner) ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีความพึงพอใจในการให้บริการ อาการผู้ป่วยดีขึ้น ตามลำดับจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีการนัดหมายดูแลอาการอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน และให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน [9,10]

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรมีการรณรงค์ ใช้ระบบช่องทางด่วนของ 1669 แนวทาง "FAST" (Face, Arm, Speech, Time) ให้มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางมาเองไม่ผ่านช่องทาง 1669 ควรรณรงค์ให้ประชาชน ชุมชน ครอบครัว และเครือข่ายบริการ เจ้าหน้าที่ประจำรถ EMS ของชุมชนต่างๆ รับทราบและเข้าใจอย่างทั่ง ถึงและเข้าใจในอาการผิดปกติ ของระบบประสาท ประชาชนสามารถคัดกรองอาการเบื้องต้น สามารถรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน และสามารถคัดกรองและส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ และเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา

2. ควรรณรงค์ให้ความรู้ ในผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจเต้นผิดปกติ การสูบ บุหรี่ อ้วนลงพุง และกลุ่มไม่ออกกำลังกาย และเมื่อเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง ต้องรีบมาโรงพยาบาลเพื่อจะได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วทันท่วงทีปลอดภัยและได้มาตรฐาน เพื่อรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อลด ภาวะแทรกซ้อน อัมพฤกษ์ อัมพาต ความพิการและการเสียชีวิตที่อาจตามมา

3. การส่งเสริมให้มีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ครอบคลุม การเข้าถึงชุมชน การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน อัมพฤกษ์ อัมพาต

4. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง มีการจัดอบรม หรือส่งบุคลากรไปอบรมเพิ่มศักยภาพ

5. จัดทำสื่อความรู้โดยใช้เครื่องมือ Stroke screening tool Act Fast เพื่อให้ชุมชนหมั่นตรวจสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละครั้ง การจัดทำแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตัว ให้ชุมชนมีความรู้ในการสังเกตอาการของ โรคหลอดเลือดสมอง เช่น ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด เดินเซ แขนขาชา/อ่อนแรงครึ่งซีก ให้รีบมาโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงครึ่ง เนื่องจากต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างเร่งด่วน เพื่อลดอัตราการเกิดทุพพลภาพตลอดชีวิต

6. ควรเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน การให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA เป็นการพัฒนาเครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพิ่มการเข้าถึงบริการ การส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และช่องทางการเรียกใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน1669 เพื่อให้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการส่งต่อในระบบ Stroke fast track ได้อย่างรวดเร็ว

7. ควรมีการจัดระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ผู้ป่วยรับบริการในชุมชน ในการส่งต่อมา ผู้นำศาสนา เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง ได้เข้ารับบริการรักษาได้ทันท่วงที เพื่อประสิทธิภาพในการส่งต่อรักษาได้ทันท่วงที และ

เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชนก็ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

8. ควรมีการส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยลงสู่ชุมชน ผ่าระบบ Intermedia care ทุกรายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ได้รับบริการที่มีคุณภาพพร้อมทั้งป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากการเจ็บป่วย หรือเกิดภาวะโรคหลอดเลือดใสสมองซ้ำ พัฒนาเครื่องมือสื่อสารควรมีการส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยลงสู่ชุมชน ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรึกษาทางโทรศัพท์ ทางไลน์ เพื่อประเมินและจัดการอาการ สิ่งแวดล้อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

9. ควรมีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ด่านหน้า เจ้าหน้าที่ศูนย์เปล เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (รปภ) เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่จุดคัดกรอง ที่พบผู้ป่วยตั้งแรกรับ ให้มีสมรรถนะคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หรือผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลันได้อย่าง มั่นใจ และถูกต้องรวดเร็วทันเวลา สามารถแนะนำรถนำส่งผู้ป่วย เช่น รถ EMS จากชุมชนต่างๆ รถผู้ป่วยและญาติมาเอง ให้ไปที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้เลย

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ20ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2559.

2. 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.

3. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 15; 380:2095-128.

4. Ministry of Public Health. Department of Disease Control. Bureau of Non-CommunicableDiseases.Annual report 2017 [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Non-Communicable Diseases; 2018 [cited 2019 Jun 15]. Available from: http://www.thaincd.com/document/file/download/papermanual/NCDReport60.pdf

5.American Stroke Association. (2018) Guideline for the early Management of patient With Acute Ischemic Stroke. Retrieved january 10, 2018,fromhttps://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/ Protocols

6.กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุททธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ5ปี (พ.ศ.2560-2564). กรงุเทพฯ : อโมซั่นอาร์ตจำกัด; 2560

7. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา.

8. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ งานข้อมูลและสถิติ.: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2563-2565. (คัดสำเนา)

9.วรรณา ปัดทพัด (2564). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นูสภาพ : กรณีศึกษา. วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย; 14(2).

10. วิไล สุรสาคร. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3; 19(3): 221-226.

# การใช้ยา Meropenem ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

# The use of Meropenem in King Narai Maharat Hospital

(Received: February 25,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**นลินวรรณ วงษ์สวัสดิ์**[1]
**Nalinwan wongsawat**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้ยา Meropenem ความเหมาะสมการสั่งใช้ยา ผลการรักษาของยา Meropenem และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งใช้ยา Meropenem ที่ไม่เหมาะสมในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยศึกษา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 – 30 กันยายน พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่ได้รับยา meropenem จำนวน 350 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) และการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก (Multiple logistic regression)

ผลการวิจัย : จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 350 คน โดยได้รับยาในแผนกอายุรกรรมจำนวน 236 คน (ร้อยละ 67.43) แผนกศัลยกรรมจำนวน 114 คน (ร้อยละ 32.57) ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้น อายุของผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมที่อายุ 15-45 ปี การใส่ท่อช่วยหายใจ และการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับชุมชน มีสัดส่วนมากกว่าแผนกอายุรกรรม ผู้ที่ได้รับการสั่งใช้ยา Meropenem ไม่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้จำนวน 53 คน (ร้อยละ 15.15) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยร่วมทำนาย พบว่า การรับส่งตัวมารักษา (refer in), ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และรูปแบบการรักษาแบบ Empirical treatment มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยา Meropenem ที่ไม่เหมาะสมในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

**คำสำคัญ:** การสั่งใช้ยา, ยา meropenem, ความเหมาะสมการใช้ยา

**Abstract**

This research was retrospective study. The purpose of this research was to study the use of Meropenem, the appropriateness of prescribing, the treatment effects of Meropenem, and factors associated with inappropriate prescribing of Meropenem in King Narai Maharat Hospital. By study during 1 October 2018 - 30 September 2022. The sample group is 350 patients who were received inpatient treatment and received Meropenem in King Narai Maharat Hospital. The research instrument was a data recorder. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

Results: From a sample size of 350 people, 236 people (67.43%) were received medicine in the medical department and 114 people (32.57%) were received medicine in the surgery department. The characteristics of the two groups of patients were mostly not different. Exceptional, the age of patients in the surgery department were 15-45 years old, intubation and community-related infections in the surgery department had a greater proportion than the internal medicine department. There were 53 (15.15%) who were prescribed Meropenem for inappropriate indications. The co-predicting factors analysis, it was found that being referred for treatment (refer in), intubated patients and the empirical treatment model were statistically significant ($p<0.05$) associated with inappropriate prescribing of Meropenem in King Narai Maharat Hospital.

**Keywords:** prescribing, Meropenem, appropriateness of drug use

[1] พ.บ. กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

**บทนำ**

ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยประสบปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยากลุ่ม carbapenem ซึ่งเป็นยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์กว้าง และถูกสงวนไว้ใช้สำหรับเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรียแกรมลบดื้อยา เชื้อดื้อยากลุ่ม carbapenem เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์ เนื่องจากยาที่ใช้รักษามีอยู่จำกัด และอัตราเสียชีวิตของผู้ที่ติดเชื้อดื้อยา carbapenem สูงกว่าผู้ติดเชื้อที่ไวต่อยา ซึ่งนอกจากจะสร้างผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายทางด้านระบบสาธารณสุข โดยพบว่าการติดเชื้อที่เกิดจากแบคทีเรียที่ดื้อยาปฏิชีวนะจะทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่นานขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวสูงขึ้น รวมทั้งต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นด้วย ศูนย์ป้องกันและควบคุมเชื้อโรคของประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) พ.ศ. 2565 รายงานพบว่ามีการดื้อยาปฏิชีวนะจากการติดเชื้อมากกว่า 2.8 ล้านครั้งในแต่ละปีและมากกว่า 35,000 คนเสียชีวิต และกำหนดให้เชื้อที่ดื้อยากลุ่ม carbapenem ทั้ง Enterobacteriaceae และ Acinetobacter spp. เป็นเชื้อแบคทีเรียที่เป็นภัยคุกคามเร่งด่วน (urgent threat) ส่วน Pseudomonas aeruginosa ดื้อยาเป็นเชื้อที่เป็นภัยคุกคามที่รุนแรง (serious threat) เชื้อดื้อยา carbapenem เป็นเชื้อดื้อยาที่สำคัญ เป็นภัยคุกคามอย่างแรง คุกคามต่อชีวิตของประชากร จำเป็นต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน รวมทั้งควบคุมการใช้ยาอย่างเหมาะสม และควบคุมไม่ให้มีการแพร่กระจายของเชื้อ สำหรับประเทศไทยพบว่าคนไทยติดเชื้อดื้อยามากกว่า 100,000 คน/ปี ใช้เวลารักษาตัวนานขึ้นมากกว่า 1 ล้านวัน และทำให้เกิดการเสียชีวิตมากกว่าปีละ 30,000 ราย โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาในประเทศไทย คือ การใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินความจำเป็นและไม่เหมาะสม รวมทั้งขาดมาตรการควบคุม[1,2,3]

จากสถิติโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่า meropenem มีการสั่งใช้ยามากที่สุดและมีมูลค่าการใช้ยาสูงสุดเป็นอันอับ 1 ในกลุ่มยาที่ควบคุม โดยมีปริมาณการใช้ยาในปีงบประมาณ 2565 คิดเป็นมูลค่า 1,511,451 บาท โดยปี พ.ศ. 2563-2565 มีการสั่งใช้ยา meropenem จำนวน 1,176 คน, 1,480 และ 1,398 คน ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการใช้ยา Meropenem ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ซึ่งเป็นยาที่สั่งใช้บ่อยมากที่สุดในโรงพยาบาล รวมทั้งเพื่อประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลลดการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และนำผลวิจัยมาจัดทำเป็นแนวทางในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะให้มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาการใช้ยา Meropenem ในโรงพยาบาลพระนาคนณ์มหาราช
2. เพื่อประเมินความเหมาะสมการสั่งใช้ยาและผลการรักษาของยา Meropenem ในโรงพยาบาลพระนาคนณ์มหาราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งใช้ยา Meropenem ที่ไม่เหมาะสมในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

**รูปแบบการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Restrospective descriptive research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่ได้รับยา meropenem ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 – 30 กันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 5,880 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่

ได้รับยา meropenem ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 – 30 กันยายน พ.ศ. 2565

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Robert V. Krejcie and W.Morgan (ธานินทร์ ศิลป์จารุ , 2551)

$$n = \frac{X^2NP(1-P)}{e^2(N-1)+X^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n แทนขนาดตัวอย่าง

$X^2$ = 3.84 คือ ค่าไคสแควร์ (Chi-square Value) ที่ความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

N = 5,880 คือ ขนาดประชากร

P = 0.50 คือ สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจและไม่สนใจ อย่างละครึ่งจะทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ที่สุด

e = 0.05 คือ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่สามารถยอมรับได้

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 350 คน สุ่มแบบเป็นระบบจากฐานข้อมูล HosXp โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์กำหนดให้การสุ่มตัวอย่างตามจำนวน

**คุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา (inclusion criteria)** ได้แก่

1. เพศชายและเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการสั่งใช้ยา meropenem
4. มีการลงบันทึกข้อมูลครบสมบูรณ์

**เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)**

1. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคร่วมอื่น ซึ่งไม่ได้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ
2. ข้อมูลการสั่งใช้ยามีการลงบันทึกข้อมูลไม่ครบสมบูรณ์

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

แบบติดตามการใช้ยาที่ควบคุม (drug use evaluation; DUE) โดยในแบบติดตามการใช้ยานั้น ประกอบไปด้วย ข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ, อายุ, เพศ, HN ผู้ป่วย และตึกที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. การวินิจฉัย การเก็บสิ่งส่งตรวจ และเชื้อก่อโรค
3. ลักษณะการใช้ยา ข้อบ่งใช้ ชนิดยา ขนาดยา
4. ระยะเวลาในการใช้ยา

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) หรือการหาค่าสถิติขั้นพื้นฐานได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( Standard Deviation) ใช้สถิติ Chi square test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม กำหนดค่านัยสำคัญ (significance) ที่ $p \leq 0.05$

การวิเคราะห์ปัจจัย ใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบปัจจัยเดียว ด้วย logistic regression และคราวละหลายปัจจัยด้วย Multiple logistic regression ในการประเมิน odd ratio โดยค่า $p<0.05$

**ผลการวิจัย**

ลักษณะของผู้ป่วยที่มีการสั่งใช้ยา Meropenem จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลการประเมินการสั่งใช้ยา Meropenem ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนาคนณ์มหาราชและได้รับการสั่งใช้ยา Meropenem ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2561 – 30 กันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 350 คน โดยได้รับยาในแผนกอายุรกรรมจำนวน 236 คน (ร้อยละ 67.43) แผนกศัลยกรรมจำนวน 114 คน (ร้อยละ 32.57) (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยที่ได้รับยา Meropenem ในแผนกอายุรกรรม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 184 คน (ร้อยละ 52.57) อายุเฉลี่ย 62.59 ปี เป็น

ผู้ป่วยในเขตจำนวน 255 คน (ร้อยละ 72.86) และส่งตัวมารักษาจำนวน 95 คน (ร้อยละ 27.14) โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 50 คน (ร้อยละ 14.29) รองลงมามีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคจำนวน 40 คน (ร้อยละ 11.43) เป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 76 คน (ร้อยละ 32.20) มีภาวะ septic shock จำนวน 21 คน (ร้อยละ 8.90) เป็นการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับชุมชนจำนวน 37 คน (ร้อยละ 15.68) ตำแหน่งติดเชื้อที่พบบ่อย คือ การติดเชื้อบริเวณทางเดินหายใจจำนวน 107 คน (ร้อยละ 45.34) รองลงมาติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 44 คน (ร้อยละ 18.64) เชื้อก่อโรคส่วนใหญ่ คือ Enterobacteriaceae จำนวน 108 คน (ร้อยละ 45.76) รูปแบบการรักษาเป็นแบบ Empirical treatment มากที่สุดจำนวน 205 คน (ร้อยละ 86.86) (ตารางที่ 1)

ในแผนกศัลยกรรม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 59 คน (ร้อยละ 51.75) อายุเฉลี่ย 59.47 ปี เป็นผู้ป่วยในเขตจำนวน 81 คน (ร้อยละ 71.05) และส่งตัวมารักษาจำนวน 33 คน (ร้อยละ 28.95) โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 20 คน (ร้อยละ 17.54) รองลงมามีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคจำนวน 13 คน (ร้อยละ 11.40) เป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 49 คน (ร้อยละ 42.98) มีภาวะ septic shock จำนวน 11 คน (ร้อยละ 9.65) เป็นการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับชุมชนจำนวน 34 คน (ร้อยละ 29.82) ตำแหน่งติดเชื้อที่พบบ่อย คือ การติดเชื้อบริเวณทางเดินหายใจจำนวน 49 คน (ร้อยละ 42.98) รองลงมาติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 22 คน (ร้อยละ 19.30) เชื้อก่อโรคส่วนใหญ่ คือ Enterobacteriaceae จำนวน 38 คน (ร้อยละ 33.34) รูปแบบการรักษาเป็นแบบ Empirical treatment มากที่สุดจำนวน 97 คน (ร้อยละ 85.09) ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นอายุของผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมที่อายุ 15-45 ปี การใส่ท่อช่วยหายใจ และการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับชุมชน มีสัดส่วนมากกว่าแผนกอายุรกรรม (ตารางที่ 1)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของผู้ป่วยที่มีการสั่งใช้ยา Meropenem ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม พบว่า ผู้ที่ได้รับการสั่งใช้ยา Meropenem เหมาะสมตามข้อบ่งชี้จำนวน 297 คน (ร้อยละ 84.85) โดยแบ่งเป็นความเหมาะสมกรณีรักษาแบบ Empirical treatment จำนวน 252 คน (ร้อยละ 84.85) และ Specific treatment จำนวน 50 คน (ร้อยละ 94.34) ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้น การส่งตัวมารักษา การใส่ท่อช่วยหายใจ ตำแหน่งติดเชื้อ และรูปแบบการรักษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งใช้ยา Meropenem ที่ไม่เหมาะสมในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่อวิเคราะห์แบบปัจจัยเดียว (univariate) พบว่า รับส่งตัวมารักษา (refer in), ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ, การติดเชื้อ Hospital Acquired infection และรูปแบบการรักษาแบบ Empirical treatment มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยา Meropenem ที่ไม่เหมาะสมในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 3) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยร่วม พบว่า รับส่งตัวมารักษา (refer in), ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และรูปแบบการรักษาแบบ Empirical treatment มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยา Meropenem ที่ไม่เหมาะสมในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 1** แสดงลักษณะของผู้ป่วยที่มีการสั่งใช้ยา Meropenem (N=350)

| ลักษณะของผู้ป่วย | รวม (n=350) | อายุรกรรม (n=236) | ศัลยกรรม (n=114) | p-value |
|---|---|---|---|---|
| เพศ | | | | |
| -ชาย | 166 (47.43) | 111 (47.03) | 55 (48.25) | 0.460 |
| -หญิง | 184 (52.57) | 125 (52.97) | 59 (51.75) | |
| อายุ | | | | |
| -15- 45 ปี | 63 (18.00) | 34 (14.41) | 29 (18.00) | 0.027* |
| -46- 60 ปี | 90 (25.71) | 64 (27.12) | 26 (22.81) | |
| -มากกว่า 60 ปี | 197 (56.29) | 138 (58.47) | 59 (51.75) | |
| อายุเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 61.57 ± 17.95 | 62.59 ± 17.52 | 59.47 ± 18.72 | |
| ประเภทผู้ป่วย | | | | |
| - ในเขต | 255 (72.86) | 174 (73.73) | 81 (71.05) | 0.343 |
| - refer in | 95 (27.14) | 62 (26.27) | 33 (28.95) | |
| โรคร่วม | | | | |
| -โรคความดันโลหิตสูง | 50 (14.29) | 30 (12.71) | 20 (17.54) | 0.335 |
| -โรคหลอดเลือดสมอง | 8 (2.29) | 3 (1.27) | 5 (4.39) | |
| -โรคไขมันผิดปกติ | 20 (5.71) | 12 (5.08) | 8 (7.02) | 0.430 |
| -โรคเบาหวาน | 35 (10.00) | 23 (9.75) | 12 (10.53) | 0.112 |
| -โรคไตวายระยะสุดท้าย | 7 (2.00) | 5 (2.12) | 2 (1.75) | |
| -โรคตับแข็ง | 4 (1.14) | 3 (1.27) | 1 (0.88) | |
| -โรคมะเร็งชนิดก้อน | 3 (0.86) | 3 (1.27) | 0 | |
| -โรคเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกัน | 4 (1.14) | 4 (1.68) | 0 | |
| -โรคทางระบบหายใจ | 15 (4.29) | 13 (5.51) | 2 (1.75) | |
| - มากกว่า 1 โรค | 40 (11.43) | 27 (11.44) | 13 (11.40) | 0.349 |
| -ไม่มีโรคประจำตัว | 164 (46.86) | 113 (47.88) | 51 (44.74) | |
| หอผู้ป่วย | | | | |
| -หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม | 42 (12.00) | 42 (12.00) | - | |
| -หอผู้ป่วยอายุรกรรม | 194 (55.43) | 194 (55.43) | - | |
| -หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม | 40 (11.43) | - | 40 (11.43) | |
| -หอผู้ป่วยศัลยกรรม | 74 (21.14) | - | 74 (21.14) | |
| ใส่ท่อช่วยหายใจ | 125 (35.71) | 76 (32.20) | 49 (42.98) | 0.032* |
| มีภาวะ septic shock | 32 (9.14) | 21 (8.90) | 11 (9.65) | 0.480 |
| การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับชุมชน | 71 (20.29) | 37 (15.68) | 34 (29.82) | 0.002* |
| ตำแหน่งติดเชื้อ | | | | |
| -ติดเชื้อในกระแสเลือด | 66 (18.86) | 44 (18.64) | 22 (19.30) | 0.404 |
| -ติดเชื้อบริเวณทางเดินปัสสาวะ | 33 (9.43) | 20 (11.40) | 13 (8.47) | 0.039* |
| -ติดเชื้อบริเวณทางเดินหายใจ | 156 (44.57) | 107 (45.34) | 49 (42.98) | 0.008* |
| -ติดเชื้อบริเวณช่องท้อง | 44 (12.57) | 33 (13.98) | 11 (9.65) | 0.331 |
| -ติดเชื้อบริเวณทางเดินอาหาร | 3 (0.86) | 1 (0.42) | 2 (1.75) | |
| -ติดเชื้อบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน | 18 (5.14) | 13 (5.51) | 5 (4.39) | 0.427 |

**ตารางที่ 1** แสดงลักษณะของผู้ป่วยที่มีการสั่งใช้ยา Meropenem (N=350)

| ลักษณะของผู้ป่วย | รวม (n=350) | อายุรกรรม (n=236) | ศัลยกรรม (n=114) | p-value |
|---|---|---|---|---|
| -ติดเชื้อบริเวณกระดูก | 10 (2.86) | 7 (2.97) | 3 (2.63) | |
| -ติดเชื้อบริเวณเยื่อหุ้มสมอง | 20 (5.71) | 9 (4.66) | 11 (7.89) | 0.454 |
| เชื้อก่อโรค | | | | |
| -Enterobacteriaceae | 146 (41.71) | 108 (45.76) | 38 (33.34) | 0.257 |
| -Pseudomonas aeruginosa | 99 (28.28) | 62 (26.27) | 37 (32.45) | |
| -Acinetobacter baumannii | 60 (17.14) | 34 (14.01) | 26 (22.81) | |
| -Klebseilla | 40 (11.42) | 29 (11.33) | 11 (9.65) | |
| -ตรวจไม่พบเชื้อ | 5 (1.45) | 3 (2.63) | 2 (1.75) | |
| รูปแบบการรักษา | | | | |
| -Empirical treatment | 302 (86.29) | 205 (86.86) | 97 (85.09) | 0.382 |
| -Specific treatment | 48 (13.71) | 31 (13.14) | 17 (14.91) | |

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบการสั่งใช้ยา Meropenem ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม (n=350)

| ลักษณะของผู้ป่วย | เหมาะสม (n=297) | ไม่เหมาะสม (n=53) | p-value |
|---|---|---|---|
| เพศ | | | |
| -ชาย | 143 (48.15) | 23 (43.40) | 0.313 |
| -หญิง | 154 (51.85) | 30 (56.60) | |
| อายุ | | | |
| -15- 45 ปี | 49 (16.50) | 14 (26.42) | 0.133 |
| -46- 60 ปี | 79 (26.60) | 11 (20.75) | |
| -มากกว่า 60 ปี | 169 (56.90) | 28 (52.83) | |
| อายุเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | | | |
| ประเภทผู้ป่วย | | | |
| - ในเขต | 221(74.41) | 34 (64.15) | 0.036[a] |
| - refer in | 76 (25.59) | 19 (35.85) | |
| โรคร่วม | | | |
| -โรคความดันโลหิตสูง | 40 (13.47) | 10 (18.87) | 0.238 |
| -โรคหลอดเลือดสมอง | 7 (2.36) | 1 (1.89) | |
| -โรคไขมันผิดปกติ | 15 (5.05) | 5 (9.43) | |
| -โรคเบาหวาน | 30 (10.10) | 5 (9.43) | |
| -โรคไตวายระยะสุดท้าย | 6 (2.02) | 1 (1.89) | |
| -โรคตับแข็ง | 4 (1.35) | 0 | |
| -โรคมะเร็งชนิดก้อน | 2 (0.67) | 1 (1.89) | |
| -โรคเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกัน | 4 (1.35) | 0 | |
| -โรคทางระบบหายใจ | 14 (4.71) | 1 (1.89) | |
| - มากกว่า 1 โรค | 33 (11.11) | 7 (13.21) | |
| -ไม่มีโรคประจำตัว | 142 (47.81) | 22 (41.51) | |
| หอผู้ป่วย | | | |

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบการสั่งใช้ยา Meropenem ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม (n=350)

| ลักษณะของผู้ป่วย | เหมาะสม (n=297) | ไม่เหมาะสม (n=53) | p-value |
|---|---|---|---|
| -หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม | 35 (11.78) | 7 (13.21) | 0.296 |
| -หอผู้ป่วยอายุรกรรม | 167 (56.23) | 27 (50.94) | |
| -หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม | 35 (11.78) | 5 (9.43) | |
| -หอผู้ป่วยศัลยกรรม | 60 (20.20) | 14 (26.42) | |
| ใส่ท่อช่วยหายใจ | 112 (37.1) | 13 (24.53) | 0.043[a] |
| มีภาวะ septic shock | 26 (8.75) | 6 (11.32) | 0.351 |
| การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับชุมชน | 62 (20.88) | 9 (16.98) | 0.329 |
| แหล่งติดเชื้อ | | | |
| -ติดเชื้อในกระแสเลือด | 55 (18.52) | 11 (20.75) | 0.036[a] |
| -ติดเชื้อบริเวณทางเดินปัสสาวะ | 30 (10.10) | 3 (5.66) | |
| -ติดเชื้อบริเวณทางเดินหายใจ | 122 (41.08) | 34 (64.15) | |
| -ติดเชื้อบริเวณช่องท้อง | 43 (14.48) | 1 (1.89) | |
| -ติดเชื้อบริเวณทางเดินอาหาร | 3 (1.01) | 0 | |
| -ติดเชื้อบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน | 16 (5.39) | 2 (3.77) | |
| -ติดเชื้อบริเวณกระดูก | 8 (2.69) | 2 (3.77) | |
| -ติดเชื้อบริเวณเยื่อหุ้มสมอง | 20 (6.73) | 0 | |
| รูปแบบการรักษา | | | |
| -Empirical treatment | 252 (84.85) | 50 (94.34) | 0.043[a] |
| -Specific treatment | 45 (15.15) | 3 (5.66) | |

**ตารางที่ 3** แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งใช้ยา Meropenem ที่ไม่เหมาะสมในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช (univariate)

| ลักษณะ | เหมาะสม (n=297) | ไม่เหมาะสม (n=53) | OR(95% CI) | p-value |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| อายุ | | | | |
| -มากกว่า 60 ปี | 169 (56.90) | 28 (52.83) | 0.84 (0.47-1.52) | 0.582 |
| -น้อยกว่า 60 ปี | 128 (43.10) | 25 (47.17) | | |
| ประเภทผู้ป่วย | | | | |
| - refer in | 221(74.41) | 34 (64.15) | 1.62 (1.87-3.01) | 0.024* |
| - ในเขต | 76 (25.59) | 19 (35.85) | | |
| โรคร่วม | | | | |
| -มีโรคร่วม | 155 (52.19) | 31 (58.49) | 1.12 (0.941-3.78) | 0.243 |
| -ไม่มีโรคร่วม | 142 (47.81) | 22 (41.51) | | |
| ใส่ท่อช่วยหายใจ | 112 (37.1) | 13 (24.53) | 1.86 (1.95-3.63) | 0.038* |
| ใส่คาสายสวนปัสสาวะ | 117 (39.39) | 19 (35.85) | 1.16 (0.63-2.13) | 0.626 |
| ใส่ Central venous catheter | | | | |

**ตารางที่ 3** แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งใช้ยา Meropenem ที่ไม่เหมาะสมในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช (univariate)

| ลักษณะ | เหมาะสม (n=297) | ไม่เหมาะสม (n=53) | OR(95% CI) | p-value |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| History of hospital stay in 3 months | 70 (23.57) | 9 (16.98) | 1.50 (0.72-3.24) | 0.293 |
| Hospital Acquired infection | 62 (20.88) | 9 (16.98) | 1.29 (1.59-2.78) | 0.017* |
| รูปแบบการรักษา | | | | |
| -Empirical treatment | 205 (86.86) | 97 (85.09) | 0.33 (1.10-1.12) | 0.007* |
| -Specific treatment | 31 (13.14) | 17 (14.91) | | |

**ตารางที่ 4** แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งใช้ยา Meropenem ที่ไม่เหมาะสมในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช (multivariate)

| ปัจจัย | $OR_{adj}$ | 95% CI | p-value |
|---|---|---|---|
| รับส่งตัวมารักษา (refer in) | 1.57 | 1.09-7.09 | 0.001* |
| ใส่ท่อช่วยหายใจ | 1.87 | 1.95-3.68 | 0.002* |
| Empirical treatment | 0.70 | 1.83-2.93 | 0.000* |
| ค่าคงที่ | 0.11 | 1.64-2.19 | 0.000* |

* p-value < 0.05

**สรุปและอภิปรายผล**

โดยภาพรวมลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยในทั้งสองแผนกไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้น อายุของผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมที่อายุ 15-45 ปี การใส่ท่อช่วยหายใจ และการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับชุมชน มีสัดส่วนมากกว่าแผนกอายุรกรรม แต่พบตำแหน่งในการติดเชื้อมีความแตกต่างกัน โดยแผนกอายุรกรรมมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะมากกว่าแผนกศัลยกรรม ซึ่งสอดคล้องกับบริบทที่รับผู้ป่วย และสอดคล้องกับยาที่ใช้ในการรักษา โดยพบว่าแผนกอายุรกรรมมีการใช้ยา Meropenem มากที่สุดและมากกว่าแผนกศัลยกรรม อธิบายได้ว่ายา Meropenem เป็นยาที่ออกฤทธิ์กว้าง และครอบคลุมแบคทีเรียแกรมลบได้ดีที่สุดในยากลุ่มเมอโรพิเนียมซึ่งเชื้อแบคทีเรียแกรมลบมักเป็นเชื้อก่อโรคในระบบทางเดินหายใจ จึงมีการสั่งใช้ยาชนิดนี้ในการรักษาเป็นจำนวนมาก[7,10]

การใช้ยา Meropenem เป็น Empirical treatment มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบ Specific treatment โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบ Empirical treatment พบความไม่เหมาะสมในการสั่งใช้ยา ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาไม่เหมาะสมในการใช้ยา Meropenem เป็น Empirical treatment เกิดจากมีการใช้ยาในกรณีดังนี้ ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยา ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดไม่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะล่าช้าหลังการวินิจฉัย ผู้ป่วยถูกเปลี่ยนยาเป็นยาอื่นๆ ที่ไม่ครอบคลุมเชื้อก่อโรค หลังทราบผลเพาะเชื้อ ผู้ป่วยเปลี่ยนยาโดยไม่ทราบผลเพาะเชื้อ ผู้ป่วยไม่ได้รับการปรับยาหลังทราบผลเพาะเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ทำการศึกษาการประเมินการใช้ยากลุ่มคาร์บาพีเนม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และอีกหนึ่งสาเหตุที่พบมากคือใช้ยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม โดยส่วนใหญ่จะไม่ได้มีปรับขนาดยาตามการทำงานของไตผู้ป่วย[5,6]

และจากผลการศึกษา การรับส่งตัวมารักษา (refer in), ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และรูปแบบการรักษาแบบ Empirical treatment มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยา Meropenem ที่ไม่เหมาะสมในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรักษา แบบ empiracle ที่มีผลต่อการให้ยาเมอโรพิเนียมอย่างไม่เหมาะสม เนื่องจาก ผู้ให้การรักษาส่วนใหญ่น่าจะมีความกังวล และมีความเชื่อว่าการให้ยากลุ่ม carbapenem สามารถครอบคลุมเชื้อได้ อย่างดี เนื่องจากยังไม่ทราบเชื้อที่ติดตั้งแต่แรก ร่วมกับเมื่อทราบผลแล้วก็ไม่มีการติดตามและปรับยาอีกครั้งให้เหมาะสม (de-escalation)[8,9]

การรับ refer ทำให้มีผลต่อการใช้ยา Meropenem อย่างไม่เหมาะสม เนื่องจาก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ โรงพยาบาลชุมชน มักจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคสูง แพทย์จึงน่าจะมีความกังวลในเรื่องต้องการให้ยาเพื่อครอบคลุมเชื้อทั้งหมดเท่าที่จะให้ได้ และคิดว่ายาในกลุ่ม carbapenem น่าจะส่งผลต่อการรักษาที่ครอบคลุมให้กับผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากนี้ การใส่ ET-tube เป็นปัจจัยมีผลทำการใช้ยา meropenem อย่างไม่เหมาะสม เนื่องจาก ผู้ป่วยที่ใส่ ET-tube ส่วนมากเป็นผู้ป่วยหนัก เป็นผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่น่าจะมีความกังวล ในการพิจารณาใช้ยาที่ต้องการที่จะครอบคลุมเชื้อทั้งเชื้อกลุ่มดื้อยาจึงเลือกใช้ยาในกลุ่ม carbapenem เป็นส่วนใหญ่

**ข้อเสนอแนะ**

1. ผู้บริหาร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการทบทวนปัญหาที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนแก้ไข กำหนดมาตรการและแนวทางที่เหมาะสม

2. ควรมีการพัฒนา และปรับปรุงแนวทางการสั่งใช้ยา Meropenem โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

3. ควรมีการเก็บข้อมูลในส่วนอาการทางคลินิกที่เพิ่มขึ้น สามารถประเมินการใช้ยาและผลการรักษาในองค์รวมได้ เพื่อให้เกิดความแม่นยำในการประเมินผลมากยิ่งขึ้น

4. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา เพื่อเพิ่มจำนวนประชากรศึกษา อาจ
ทำให้เห็นผลการศึกษาที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้อย่างชัดเจน และสามารถนำแนวทางการควบคุมไปปรับใช้เป็นข้อปฏิบัติภายในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยมากที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

1. เกศรินทร์ ชัยศิริ. (2560). การประเมินการสั่งใช้ยาและผลการรักษาของ ยากลุ่มคาร์บาพีเนม ในแผนกศัลยกรรมและอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี. https://www.google.com/search?q.
2. ชลดา ผิวผ่อง. (2559). อุบัติการณ์การติดเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อยา Carbapenem โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์; 30:1-12.
3. นฤมล ธูปสมพงศ์ และชมพิศ ศิริวงศ์. (2558). การประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่ม Restricted Antibiotics แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11;29:621-32.
4. ธารทิพย์ มุกดาเพชรรัตน์. (2562). ความชุกของเชื้อ Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae (CRE) และมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อในผู้ป่วยในโรงพยาบาลตราด. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 15 : 51-61.
5. อนุวัฒน์ สุรินราช, อนุศักดิ์ เกิดสิน และ ประภัสสร สมศรี. (2562). ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาคาร์บาพีแนม ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร; 22:40-51.

6. Chotiprasitsakul D, Srichatrapimuk S, Kirdlarp S, Pyden AD, Santanirand P. (2019). Epidemiology of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae: a 5-year experience at a tertiary care hospital. Infection and drug resistance;12:461-8.
7. Gharbi M ML, Gilchrist M, Thomas CP, Bamford K, Brannigan ET, et al. (2015). Forecasting carbapenem resistance from antimicrobial consumption surveillance: Lessons learnt from an OXA-48- producing Klebsiella pneumoniae outbreak in a West London renal unit. International Journal of Antimicrobial Agents. 2015;46(2):150-6.
8. Guanghui Z, Jing L, Guojun Z, Hong L. (2019). Epidemiology and risk factors of neuro-surgical bacterial meningitis / encephalitis induced by carbapenem resistant Entero-bacteriaceae. J Infect Chemother Off J Jpn Soc Chemother; 21: 256-267.
9. Nordmann P, Poirel L. (2019). Epidemiology and Diagnostics of Carbapenem Resistance in Gram-negative Bacteria. Clinical Infectious Diseases. ;69(Supplement_7): 21-28.
10. Ruh E, Zakka J, Hoti K, Fekrat A, Guler E, Gazi U, et al. (2019). Extended-spectrum β-lactamase, plasmidmediated AmpC β-lactamase, fluoroquinolone resistance, and decreased susceptibility to carbapenems in Entero-bacteriaceae: fecal carriage rates and associated risk factors in the community of Northern Cyprus. Antimicrob Resist Infect Control; 8: 98.
11. Wang Q, Zhang Y, Yao X, Xian H, Liu Y, Li H, et al. (2016). Risk factors and clinical outcomes for carbapenem¬resistant Enterobacteriaceae nosocomial infections. Eur J Clin Microbiol Infect Dis Off Publ Eur Soc Clin Microbiol; 35(10): 1679–1689.
12. Zhang Y, Wang Q, Yin Y, Chen H, Jin L, Gu B, et al. (2018). Epidemiology of Carbapenem-Resistant Enterobac¬teriaceae Infections: Report from the China CRE Network. Antimicrob Agents Chemother; 62(2): 216-236.

# การพัฒนาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ภายใต้การจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

# Development of Health Care Services System for Caring for Pregnant Women at high risk under the Provision of Secondary Hospital network services,Mahasarakham Province.

(Received: February 25,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**บัณฑิต หวังสันติวงศา[1], กาญจนา จันทะนุย[1],บังอร ล้อมไธสง[2]**
**Bundit Wangsantiwongsa[1],Kanjana Chanthanuy[1],Bungon Lomthaisong[2]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายใต้การจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการพัฒนาระบบบริการร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ประกอบด้วย โรงพยาบาลแม่ข่ายคือ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย โรงพยาบาลลูกข่ายคือ โรงพยาบาลยางสีสุราชและโรงพยาบาลนาดูน โดยใช้แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ระยะเวลาวิจัย เดือน ตุลาคม 2563-กันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา การพัฒนาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ภายใต้การจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ส่งผลให้บุคลากรมีความรู้ การปฏิบัติตามแนวทางดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบบริการในระดับมาก ผลลัพธ์ด้านหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับการส่งต่อถูกต้องทันเวลา จากเดิม ร้อยละ 81.66 เป็น 98.37 การเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงลดลงจาก ร้อยละ 15.38 เป็น 9.23 การคลอดก่อนกำหนดจาก 4.02 เป็น 3.04 ทารกมีภาวะ Birth Asphyxia จากร้อยละ 19.80 เป็น 10.01 มารดาคลอด มีภาวะ PPH ร้อยละ1.69 เป็น 1.01 ไม่พบมารดาและทารกตาย

**คำสำคัญ** : จัดบริการเครือข่าย,ทุติยภูมิ,หญิงตั้งครรภ์

**Abstracts**

This action research aimed to develop and evaluate health care services system for pregnant women at high risk under the provision of secondary hospital network services,Mahasarakham Province. The adopted health care services system was developed by multidisciplinary team in the service network under the supervision of Phayakkhaphumphisai Hospital, consisting of the host hospital, Phayakkhaphum Phisai Hospital,Client hospitals are Yangsisurat Hospital and Nadun Hospital by application of the WHO's Six Building Blocks of A Health System principle. The research activities were implemented during October 2020-September 2022. Analyses of data using descriptive statistics; counts, percentage,mean,standard deviation and qualitative data applied content analysis.

Results of the study: Development of a care service system for pregnant women at high risk. Under the provision of secondary hospital network services Maha Sarakham Province As a result, personnel have knowledge Compliance with guidelines for caring for high-risk pregnant women has increased. The multidisciplinary team was highly satisfied with the service system. Results for pregnant women revealed that pregnant women received timely and accurate referrals from 81.66% to 98.37%. Complications in high-risk pregnant women decreased from 15.38%

[1] โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
[2] โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

to 9.23%, and premature births from 4.02. was 3.04. Infants had Birth Asphyxia from 19.80% to 10.01. Mothers had PPH from 1.69% to 1.01. No mothers or infants were found dead.

**Keywords :** Network services,Secondary Hospital,Pregnant Women

**บทนำ**

จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดามีทั้งสาเหตุทางตรงและทางอ้อม ในปัจจุบันพบว่า มารดาที่ตายมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากเหตุทางอ้อม เช่น การเจ็บป่วยที่เป็นมาก่อนตั้งครรภ์ หรือเหตุอื่นๆ โรคเอดส์ วัณโรค รวมไปถึง โรคหัวใจ โรคไตที่ทำให้มารดาเสียชีวิต ซึ่งจะนับเป็นอัตราการตายจากการคลอด ต้องพิจารณาว่าเป็นในช่วงตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้าเป็นโรคเหล่านี้มาก่อนแล้วควบคุมได้ดี แต่เมื่อตั้งครรภ์แล้วอาการแย่ลงก็ต้องถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ปัจจุบันแนวโน้มหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นและภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดที่สำคัญต่อการเสียชีวิตของมารดาและทารก ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากสถิติขององค์การอนามัยโลกปี 2556 พบอัตราการตายของมารดาระหว่างคลอด คิดเป็น 26 ต่อประชากรแสนคน และปี 2555 พบอัตราการเสียชีวิตของทารกระหว่างคลอด คิดเป็น 8 ต่อพันการเกิดมีชีพ ซึ่งในปี 2557 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายอัตรามารดาตายไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ อัตราตายทารกน้อยกว่า 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ[1,2]

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ภายใต้นโยบาย “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” เพื่อป้องกันการตายมารดาและทารก[3,4] คือ 1) มีการจัดทำแผน 5 ปี (2560-2564) จัดทำแผนงานโครงการรองรับแผนปฏิบัติการและมีผู้รับผิดชอบงาน โดยจัดทำโครงการ ตั้งครรภ์คุณภาพ เพื่อลูกน้อยในครรภ์เกิดรอดครบ 32 สมองดี 2) การถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานป้องกัน และลดการตายมารดาสู่ผู้ปฏิบัติ ผ่านศูนย์อนามัย ซึ่งได้รับนโยบายจากส่วนกลาง ถ่ายทอดนโยบายลงสู่เขตสุขภาพและจังหวัดในเขต รับผิดชอบ มีการจัดทำ แผนงานโครงการรองรับของระดับเขตและระดับจังหวัด และ 3) การขับเคลื่อนงาน อนามัยแม่และเด็กโดย MCH board ทุกระดับและ Service plan ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่จำเป็น

กระทรวงสาธารณสุขได้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยมุ่งเน้นให้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (S) และเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ (M,F) ให้มีศักยภาพในการดูแลรักษากลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมากขึ้นโดยสนับสนุนส่งเสริมให้ดำเนินการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการ โดยยึดแนวทางการพัฒนาช่วยเหลือซึ่งกันและกันในจังหวัด จังหวัดมหาสารคามจึงได้หาแนวทางในการลดการตายของมารดาเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีของมารดา โดยการพัฒนางานบริการสูติกรรมโดยเฉพาะการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนลูกข่ายมายังโรงพยาบาลระดับ Node หรือโรงพยาบาลจังหวัด ในการพัฒนาการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะมารถลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง (High risk pregnancy ) และลดอัตราตายมารดาและทารกได้[3]

โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย เป็นโรงพยาบาลระดับ M2 เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับทุติยภูมิที่ดูแลโรงพยาบาลลูกข่าย คือ โรงพยาบาลยางสีสุราชและโรงพยาบาลนาดูน โดยมีการพัฒนาระบบบริการเฉพาะทางด้านสูติกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม อายุรกรรม ซึ่งสาขาสูติกรรมเป็นสาขาหนึ่งที่ได้ดำเนินงานพัฒนาร่วมกันกับโรงพยาบาลลูกข่ายตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนกระทั่งคลอด โดยมีการกำหนดแนวทางการดูแลและการส่งต่อในภาวะต่างๆ ได้แก่ ภาวะไม่ฉุกเฉิน ภาวะฉุกเฉิน ภาวะวิกฤติ และมีการช่วยเหลือให้คำปรึกษาภายใน Node เดียวกัน จากข้อมูลสถิติของงานสูติกรรม โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ปี 2561-2563[5] พบหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 835,848,823 ราย เป็นหญิงตั้งครรภเสี่ยงสูง 254,278,289 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.41,32.78,35.11 ประมาณร้อยละ 40 เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลลูกข่าย คือ ยางสีสุราชและนาดูน ข้อมูลการคลอดมีผู้รับบริการทั้งหมด

770,751,824 ราย ให้บริการคลอดนอกเขตอำเภอ จำนวน 250, 249, 306 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.46, 33.15, 37.13 มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 71,96,92 คิดเป็นร้อยละ 9.22,12.78,11.16 ของการคลอด ทารกมีภาวะ Birth Asphyxia ร้อยละ 21.30,18.50, 19.80 ต่อพันการเกิดมีชีพ การส่งต่อมารดาคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 18.30,18.75,13.04 สาเหตุจากภาวะคลอดก่อนกำหนด ตกเลือดหลังคลอด การส่งต่อทารกจากสาเหตุภาวะทารกขาดออกซิเจน ซึ่งจากอุบัติการณ์ดังกล่าวหากมีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะส่งผลให้การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆลดลง จากการดำเนินงานที่ผ่านมายังพบว่า การดำเนินเนินงานระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายใต้การจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยการปฏิบัติงานยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน รูปแบบการดำเนินงานด้านการดูแล ให้คำปรึกษา การส่งต่อยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์หรือภาวะวิกฤติจากการคลอด ผู้วิจัยในบทบาทของสูติแพทย์และประธานการดำเนินงาน Service Plan สาขาสูติกรรม โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยจึงสนใจที่จะพัฒนาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายใต้การจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิร่วมกับโรงพยาบาลลูกข่าย ภายใต้กำกับเครือข่ายบริการโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายใต้การจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายใต้การจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายใต้การจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

**วิธีดำเนินการวิจัย**

**วิธีการศึกษา** ใช้รูปแบบการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart[6,7,8] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพของ WHO : หรือ “6 เสาหลักของระบบสุขภาพ”[9] โดยศึกษาในพื้นที่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานตลอดระยะเวลาทำการวิจัยจึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดี ระยะเวลาดำเนินการศึกษา เดือน เดือน ตุลาคม 2563 - กันยายน 2565

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ในการศึกษาที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายใต้การจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย บุคลากรทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย โรงพยาบาลยางสีสุราชและโรงพยาบาลนาดูน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รวม 3 คน (1) สูติแพทย์ แพทย์ประธานทีมนำดูแลผู้ป่วยและแพทย์ประจำการ รวม 7 คน (PCT) (2) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล,หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิ, หัวหน้างานห้องคลอด,พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดและงานบริการฝากครรภ์,พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบระบบรับ-ส่งต่อ ที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 1 ปี รวม 23 คน (3) ตัวแทนหน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม รวม 5 คน (3) ตัวแทนหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว รวม 32 คน รวมทั้งสิ้น 70 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ย้าย ลาออก ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

**ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้**

**ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัยและศึกษาสถานการณ์ปัญหา** โดยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) แนวคิด Six Building Blocks of A Health System[9] 2) แนวทางการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 7[10] 3) มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก[4] 4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสู่การออกแบบวิจัย

2. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา โดย 1) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถิติการดูแล เช่น ข้อมูลความเสี่ยง การรับ Refer in การ Refer out และการวิเคราะห์มาตรฐานการจัดบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มร่วมกับบุคลากรทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย โรงพยาบาลยางสีสุราชและโรงพยาบาลนาดูน เพื่อหาโอกาส ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเดิม 3) การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบ หลังจากนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในระยะที่ 2 ต่อไป

**ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง**

นำข้อมูลที่สรุปได้จากระยะที่ 1 คืนข้อมูลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมอง ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย โรงพยาบาลยางสีสุราชและโรงพยาบาลนาดูน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เภสัชกร ร่วมคิด ร่วมวางแผน หาข้อยุติในแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติจากความคิดเห็นส่วนใหญ่ เกณฑ์การตัดสินอาศัยข้อมูลจากการปฏิบัติ โดยขั้นตอนนี้ได้นำแนวคิด องค์ประกอบของระบบสุขภาพ ของ WHO : หรือ “6 เสาหลักของระบบสุขภาพ”[9] มาเป็นแนวทางการพัฒนา ยกร่างระบบบริการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงในเครือข่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยต่อคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) จังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำข้อเสนอแนะสู่การปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้น ดำเนินการวางแผน โดยจัดทำแผนปฏิบัติการ (action plan) ลงมือปฏิบัติ ติดตามสังเกตพัฒนาปรับปรุงขณะนำระบบไปใช้จริง และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัยพร้อมทั้งพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแต่ละวงจร

**ระยะที่ 3** ระยะประเมินผล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินผลระหว่างดำเนินการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขในแต่ละวงจรปฏิบัติการ 2) การประเมินผลโดยรวมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เป็นการสังเคราะห์การพัฒนาจากผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายใต้การจัดบริการเครือข่าย โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย**

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ ระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายใต้การจัดบริการเครือข่าย โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายใต้การจัดบริการเครือข่าย โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิสนับสนุนด้านต่างๆและปัญหาอุปสรรคในการดูแล จำนวน 6 ข้อคำถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสำรวจทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 2) แบบประเมินความรู้การดูแลตั้งครรภ์เสี่ยงสูง 5 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 3) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ 4) แบบประเมินความพึงพอใจระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง 5 ด้าน จำนวน 20 ข้อ แบบประเมินทั้ง 3 ชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC= 0.6-1 ค่าความเชื่อมั่นแบบ Alpha

Coefficient ของ Cronbach เท่ากับ 0.86,0.80,0.85 ตามลำดับ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

**การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 9/2563 ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563

**ผลการศึกษา**

1. สถานการณ์ปัญหาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

ตารางที่ 1 สถานการณ์ปัญหาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์

| ระบบสุขภาพ | ปัญหาและอุปสรรค |
|---|---|
| 1. ระบบบริการ (Service delivery) | ขาดการเชื่อมโยงการดำเนินงานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย คุณภาพบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กยังได้รับการประเมิน มาตรฐานยังไม่ครอบคลุม มีระบบการส่งต่อ แต่ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ระบบการ Consult สูติแพทยังขาดการเชื่อมโยงประสานงานที่ชัดเจน |
| 2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) | บุคลากรมีความรู้และทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ไม่เพียงพอกับสถานการณ์ปัจจุบัน การส่งเสริมความรู้ทักษะในการดูแลที่เชื่อมโยงลักษณะเครือข่ายยังมีน้อย |
| 3. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing) | งบประมาณในการสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรไม่เพียงพอ มีเฉพาะการพัฒนาในภาพรวมจังหวัดร่วมกับ MCH Board เท่านั้น |
| 4. การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีการแพทย์ (Access to essential medicines | อุปกรณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงยังไม่เพียงพอในบางพื้นที่ เช่น เครื่อง U/S, Doptone, NST ระบบคลังเลือดยังไม่ครอบคลุมมาตรฐานเท่าที่ควร, ระบบสำรองยาไม่เพียงพอ |
| 5. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health information systems) | ระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลลูกข่าย, โรงพยาบาลแม่ข่าย ยังมีความทันเวลาน้อย การคืนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงยังไม่ครอบคลุม |
| 6. ภาวะผู้นำและธรรมภิบาล (Leadership/Governance) | - ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ประสานงานเชิงนโยบายระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลลูกข่ายยังมีน้อย |

2. การพัฒนาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายใต้การจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย

1. การจัดระบบสนับสนุนการดำเนินงานโดยเครือข่ายระบบบริหารจัดการ MCH Board ได้แก่ 1) การใช้กลไกการขับเคลื่อนบูรณาการร่วมกันระหว่าง MCH Board เครือข่ายทุติยภูมิ 2) การพัฒนามาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กร่วมกันทั้งเครือข่ายตั้งแต่มาตรฐานบริการฝากครรภ์และห้องคลอดคุณภาพ 3) จัดระบบสนับสนุนสูติแพทย์เพื่อให้คำปรึกษา 4) จัดทำข้อตกลงระบบ Refer ผ่านเวที Specialist Road Show (สาขาสูตินรีเวชกรรม) 5) จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอทั้ง 3 แห่ง เช่น Ultrasound,Doptone โดยงบประมาณจากเงินบำรุงและเงินบริจาค 6) การนิเทศเสริมพลัง และ Maternal Near miss Conference

2. การจัดระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ประกอบด้วย 1) คู่มือการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงเครือข่ายทุติยภูมิ 2) พัฒนา CPG /CNPG ตามระดับความเสี่ยงตั้งแต่การฝากครรภ์จนกระทั่งคลอด เช่น การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะตกเลือด 3) มีระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงตั้งแต่การฝากครรภ์ การคลอดและการส่งต่อ 4) พัฒนาระบบ Consult และส่งต่อแบบ Fast track ทั้งเครือข่าย 5) ระบบการสำรองยาและเลือดร่วมกันที่เพียงพอ

3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่สอดคล้องกับบริบทปัญหาตาม training need ได้แก่ 1) การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง 2) โครงการพัฒนาสมรรถนะการดูแลภาวะคลอดฉุกเฉินแบบพี่สอนน้อง 3) การพัฒนาทักษะการรับ-ส่งต่อ ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังภาพที่ 1




ภาพที่ 1 ระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายใต้การจัดบริการเครือข่าย โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

3. การประเมินผลระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายใต้การจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ความรู้การดูแลตั้งครรภ์เสี่ยงสูงของบุคลากร พบว่า ผลการประเมินการดูแลความรู้ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงของทีมสหวิชาชีพ ก่อนการอบรม สวนใหญ่ปานกลางอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.34 รองลงมาคือ ระดับต่ำร้อยละ 33.33 หลังจากการอบรม ความรู้ในการดูแลตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนสูง ร้อยละ 83.33 รองลงมาคือปานกลาง ร้อยละ 16.67 โดยไม่พบผู้ที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

3.2 การปฏิบัติตามแนวทางดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง พบว่า โรงพยาบาลลูกข่ายและโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยมีการปฏิบัติตามแนวทางดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นทุกด้าน ตามรายละเอียด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การประเมินการปฏิบัติตามแนวทางดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง

| ประเด็น | เป้าหมาย | ก่อนดำเนินการ(ร้อยละ) | หลังดำเนินการ (ร้อยละ) | |
|---|---|---|---|---|
| | | ปี2563 | ปี2564 | ปี2565 |
| การคัดกรองภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ | 95% | 86.50 | 97.61 | 98.78 |
| การดูแลตามระดับความรุนแรงของหญิงตั้งครรภ์ | 95% | 83.40 | 95.56 | 98.37 |
| การขอรับคำปรึกษา | 90% | 81.66 | 95.56 | 98.37 |
| การส่งต่อ | 90% | 81.66 | 93.85 | 96.74 |
| การดูแลต่อเนื่อง | 90% | 76.12 | 95.56 | 97.56 |

3.3 ความพึงพอใจระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง พบว่า ทีมสหวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อระบบบริการในระดับมากทุกด้านอยู่ในระดับมากและภาพรวมอยู่ในระดับมากก็อยู่ในระดับมาก

3.4 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง พบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการส่งต่อถูกต้องทันเวลา จากเดิม ร้อยละ 81.66 เป็น 98.37 การเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงลดลงจาก ร้อยละ 15.38 เป็น 9.23 การคลอดก่อนกำหนดจาก ร้อยละ 4.02 เป็น 3.04 ทารกมีภาวะ Birth Asphyxia จากร้อยละ 19.80 เป็น 10.01 มารดาคลอดมีภาวะ PPH ร้อยละ1.69 เป็น 1.01 ไม่พบมารดาและทารกตาย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ก่อนการพัฒนา (ร้อยละ) | หลังการพัฒนา(ร้อยละ) | |
|---|---|---|---|---|
| | | ปี2563 | ปี2564 | ปี2565 |
| ร้อยละหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการส่งต่อเหมาะสมทันเวลาไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย | 90% | 81.66 | 95.56 | 98.37 |
| ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูง | <10% | 11.16 | 10.40 | 9.23 |
| ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด | ลดลงร้อยละ 10จากปีที่ผ่านมา | 4.02 | 3.25 | 3.04 |
| อัตราทารกมีภาวะ Birth Asphyxia | ไม่เกิน 21 ต่อพันการเกิดมีชีพ | 19.80 | 10.80 | 10.01 |
| ร้อยละมารดาคลอดมีภาวะ PPH | <3% | 1.69 | 1.52 | 1.01 |

**สรุปและอภิปรายผล**

จะเห็นได้ว่าการพัฒนาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายใต้การจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ได้มีการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง[4] โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการพัฒนา เริ่มตั้งแต่การนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย[8] ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา ในการพัฒนาได้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรลงถึงระดับปฏิบัติการในการปฏิบัติตามแผน โดยมีทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ประสานความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผน ในกรณียังไม่บรรลุเป้าหมายหรือพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ก็จะทำหน้าที่เป็นผู้สะท้อนข้อมูลกลับและประสานความร่วมมือในการแก้ไข/ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแนวทางพัฒนาปรับปรุงในวงจรต่อไป

ระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายใต้การจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้นได้นำไปใช้ในการจัดบริการในโรงพยาบาลแม่ข่ายคือโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย โรงพยาบาลลูกข่ายคือ โรงพยาบาลยางสีสุราช และโรงพยาบาลนาดูน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจัดระบบสนับสนุนการดำเนินงานโดยเครือข่ายระบบบริหารจัดการ MCH Board ทำให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนบูรณาการร่วมกันระหว่าง MCH Board เครือข่ายทุติยภูมิ มีการพัฒนามาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กร่วมกันทั้งเครือข่าย สนับสนุนสูติแพทย์เพื่อให้คำปรึกษา จัดทำข้อตกลงระบบ Refer ผ่านเวที Specialist Road Show (สาขาสูตินรีเวชกรรม) รวมถึงการนิเทศเสริมพลัง และ Maternal Near miss Conference 2) การจัดระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก โดยมีการจัดทำคู่มือ,CPG,CNPG,ระบบการดูแล,หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงเครือข่ายทุติยภูมิตามระดับความเสี่ยงตั้งแต่การฝากครรภ์จนกระทั่งคลอด พัฒนาระบบ Consult และส่งต่อแบบ Fast track ทั้งเครือข่าย รวมถึงระบบการสำรองยาและเลือดร่วมกันที่เพียงพอ 3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่สอดคล้องกับบริบทปัญหาตาม training need ได้แก่ ความรู้และทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง การพัฒนาสมรรถนะการดูแลภาวะคลอดฉุกเฉินแบบพี่สอนน้อง การรับ-ส่งต่อ จากการพัฒนาส่งผลให้บุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการปฏิบัติตามแนวทางดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นที่สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ เย็นเสมอ[11] ที่ได้ศึกษา การพัฒนาระบบบริการเครือข่ายแบบห้องคลอดเดียวกัน เพื่อหลีกเลี่ยงการตายของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ จังหวัดสุรินทร์ ผลการประเมินการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายแบบห้องคลอด เดียวกัน มีดังนี้ 1) ด้านการบริหารจัดการมีการแต่งตั้ง MCH board มีการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา 2) ด้านกระบวนการ มีการจัดทำแผนงานการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายแบบห้องคลอดเดียวกัน มีการบริหารจัดการแบบโรงพยาบาลแม่ข่าย/ลูกข่ายที่ชัดเจน มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลรักษาสตรีที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ ปฏิบัติการใช้ระบบ Tele-Line Consulting System

(TCS) พัฒนาคุณภาพบริการจากการประชุมร่วมกัน พัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนรู้ร่วมกัน พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้คลอดแบบไร้รอยต่อ มีการจัดทำคู่มือการประสานการส่งต่อในโซนบริการ คู่มือแนวทางปฏิบัติเพื่อลดอัตรามารดาตายให้เป็นศูนย์ 3) ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ มีการประชุม MCH Board มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง (Coaching) มีระบบ TCS เป็นสื่อกลางการติดต่อสื่อสาร จัดระบบ Fast-track เมื่อรายงานแพทย์เวร การประเมินห้องคลอดคุณภาพในโรงพยาบาลระดับ Node ผ่านเกณฑ์การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีความรู้ระดับมาก กลุ่มเป้าหมายมีความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากและความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบบริการสูติกรรมของหน่วยบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก 4) ด้านผลกระทบ อัตราส่วนการตายของมารดา ปี 2560-2563 เท่ากับ 0, 9.04, 28.73 และ 19.82 ตามลำดับ[5] พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ คือ ผู้บริหารเห็นความสำคัญกำหนดนโยบายชัดเจน สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานการดำเนินการ แก้ไขปัญหาร่วมกันแบบสหวิชาชีพเป็นระบบเครือข่าย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกัน การพัฒนาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายใต้การจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ที่ได้ดำเนินงานตั้งแต่ เดือน กุมภาพันธ์ 2564- เมษายน 2565 ที่พัฒนาขึ้นจากการจากการมีส่วนร่วมและนำ“6 เสาหลักของระบบสุขภาพ”(Six Building Blocks of A Health System)[9] มาเป็นแนวทางดำเนินงานสามารถทำให้เกิดการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพตอบสนองต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์และเกิดประสิทธิผลตามที่ได้มีการกำหนดไว้ ซึ่งผลการวิจัยในเรื่องระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงภายใต้การจัดบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลของโรงพยาบาลทุติยภูมิแม่ข่าย (Secondary care cluster) เป็นต้นแบบของโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรง ทั้งนี้ประสิทธิผลในการรักษาสามารถสื่อสารเพื่อให้เกิดความมั่นใจในระบบการดูแลได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัยภายใต้การกำกับของโรงพยาบาลชุมชน

## เอกสารอ้างอิง

1. จันทิยา เนติวิภัชธรรม และคณะ. (2561). รายงานการศึกษาสถานการณ์มารดาตาย เขตสุขภาพที่ 7. ขอนแก่น: เขตสุขภาพที่ 7; 2561.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2559). รายงานผลการตายของมารดาในประเทศไทยปี พ.ศ. 2559. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). คู่มือการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและนิเทศงานกรม อนามัยประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 แผนงานกรมอนามัย. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
4. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2562). มาตรฐานงานอนามยแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.
5. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย. (2565). รายงานสถิติการบริการโรงพยาบาลวาปีปทุม ประจำปี 2561-2566 [ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาสารคาม: โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย.
6. บุญชม ศรีสะอาด. (2553). การวิจัยเบื้องต้น.กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น.
7. ทวีศักดิ์ นพเกสร. (2549). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: โรงพิมพ์โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง.
8. เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
9. World Health Organization. (2000) Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Servicves.
10. กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. (2563). คู่มือ แนวทางการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 7. ขอนแก่น; หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.
11. จารุวรรณ เย็นเสมอ. (2564). การพัฒนาระบบบริการเครือข่ายแบบห้องคลอดเดียวกัน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 15(36),143-159.

# การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

# Nursing System Management in Filed Hospital King Narai Hospital, Lop-buri Province.

(Received: February 25,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**มารยาท รัตนประทีป[1]วันดี ยิ้มย่อง[1]**
**Marayat Ratanapateep[1] Wandee Yimyong[1]**

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช(โรงพยาบาลสนาม กองพันเสนารักษ์ที่ 1 และโรงพยาบาลพระบาทน้ำพุ) โดยศึกษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชจึงจัดตั้งโรงพยาบาลสนามแห่งแรกที่กองพันเสนารักษ์ที่ 1 ในโรงพยาบาลอานันทมหิดล (เดือนมิถุนายน – พฤศจิกายน 2564) จำนวน 120 เตียง ต่อมาพบว่าไม่เพียงพอต่อการให้บริการ จึงจัดตั้งโรงพยาบาลสนามวัดพระบาทน้ำพุแห่งที่ 2 (เดือนตุลาคม 2564-มีนาคม 2565) จำนวน 250 เตียง เก็บข้อมูลโดยการถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า การจัดบริการพยาบาล ประกอบด้วยสาระสำคัญ 2 องค์ประกอบ คือ 1. การบริหารการพยาบาล 2. การปฏิบัติการพยาบาล โดยองค์ประกอบที่ 1 การบริหารการพยาบาล ได้แก่ ผู้นำทางการพยาบาล, บุคลากร, ความรู้ความสามารถปริมาณ, โครงสร้างและกลไก การกำกับดูแลมาตรฐาน/จริยธรรม การนิเทศ/กำกับดูแล ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล ส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิก จัดการความรู้และวิจัย, ประสานความร่วมมือระดับองค์กร, การบริหารความเสี่ยง องค์ประกอบที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การใช้กระบวนการพยาบาล เคารพสิทธิ์ผู้ป่วยจริยธรรมวิชาชีพ, มาตรฐาน/ข้อมูลวิชาการ, สภาวะสุขภาพของผู้ป่วย มีทักษะทางการพยาบาล, การปรับปรุง ส่งผลให้1) จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาครบตามแนวทางที่กำหนดและได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน = 3046 คน (ร้อยละ 99.54) 2) จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช = 14 คน (ร้อยละ 0.45) 3) อัตราติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ 2 คน (จาก 28 คน) คิดเป็นร้อยละ 7.14

**คำสำคัญ :** การบริหารจัดการ ระบบบริการพยาบาล โรงพยาบาลสนาม

**Abstract**

This study with the objective of studying the management of the nursing service system in a field hospital. (Field Hospital 1st Staff Battalion and Wat Phra Bat Nam Phu Hospital) by studying at King Narai Hospital, then established the first field hospital at the 1st Staff Battalion in Ananda Mahidol Hospital. (June - November 2021) number of 120 beds, later found to be insufficient to provide services. Therefore, the second Wat Phra Bat Nam Phu field hospital was established (October 2021-March 2022), with 250 beds, to collect data by extracting lessons learned. Data were analyzed by content analysis (Content Analysis).

The results of the study found that the provision of nursing services Consists of 2 important components: 1. Nursing administration 2. Nursing practice The first component, nursing administration, includes nursing leaders, personnel, knowledge and ability, quantity, structure and mechanisms. Governance of standards/ethics Supervision/supervision Promote quality development Promote the use of the nursing process Promote clinical decision making Manage knowledge and research, coordinate organization level cooperation, risk management Component 2: Nursing practice includes using the nursing process. Respect patients' rights, professional ethics, academic standards/information, patient health conditions. nursing skills, improvement resulting in 1) Number of people infected with coronavirus 2019 who were completely treated according to the guidelines and were discharged = 3046 people (99.54 percent) 2) Number of people infected with Coronavirus 2019 who were referred

[1] โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

for treatment at King Nari Hospital = 14 people (0.45 percent) 3) The 2019 coronavirus infection rate of 2 personnel on duty (out of 28 people) is 7.14 percent.

**Keywords:** Management nursing, service system, field hospital

**บทนำ**

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่เกิดจากระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ส่งผลกระทบต่อประชากรทั้งโลกและทำให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า3.8ล้านคนทั่วโลก เป็นปัญหาวิกฤตทางสุขภาพร้ายแรง[1] โดยในครั้งแรกโลกได้รู้จักไวรัส โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยเกิดการระบาดขึ้นที่ตลาดค้าสัตว์ป่าเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย ประเทศจีน ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome) องค์การอนามัยโลกจึงตั้งชื่อโรคติดต่อชนิดนี้อย่างเป็นทางการว่า COVID-19 ทั้งนี้ไวรัสโคโรนาเป็นไวรัสในวงศ์ใหญ่ที่เป็นสาเหตุของโรคทั้งในสัตว์และคน สำหรับในคนนั้นไวรัสโคโรนาหลายสายพันธุ์ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่โรคหวัดธรรมดาจนถึงโรคที่มีอาการรุนแรง เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MARS) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (SARS) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อรายแรกเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2563 ซึ่งผู้ป่วยมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่เดินทางมาจากประเทศจีน จากนั้นมีการระบาดเป็นวงกว้างในประเทศไทย เมื่อวันที่6 มีนาคม 2563 จากการจัดการแข่งขันชกมวยรายการใหญ่ หลังจากนั้นมีการระบาดระลอกใหม่เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2563 ที่จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งช่วงเวลาขณะนั้นก็พบว่าผู้ติดเชื้อเป็นชาวไทยที่เดินทางจากต่างประเทศ จนเกิดการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานในการป้องกันการแพร่ระบาด กำหนดมาตรการรักษาความสะอาด โดยการล้างมือเว้นระยะห่าง ใส่หน้ากากอนามัยอย่างเคร่งครัด ต่อมาในเดือนเมษายน 2564 มีการแพร่ระบาดในกลุ่มสถานบันเทิงต่างๆ ทำให้การแพร่ระบาดรุนแรง ประกอบกับมีการกลายพันธุ์ของสายพันธุ์เดลต้า (delta) ซึ่งทำให้เกิดปอดติดเชื้อรุนแรง กลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์เดลต้าพลัส(delta plus) ที่สามารถหลบภูมิคุ้มกันได้ ทำให้สถานการณ์แพร่ระบาดเป็นอย่างรวดเร็ว[1,2]

ประเทศไทยกำหนดมาตรการต่างๆเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ตั้งแต่การให้บุคคลที่เดินทางจากประเทศเสี่ยงสูงกักตนเอง คำสั่งปิดพื้นที่เสี่ยง ได้แก่ สถานศึกษา ห้างร้าน ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน ห้ามออกนอกเคหะสถานยามวิกาล ห้ามเดินทางข้ามจังหวัด รวมถึงแผนการกระจายวัคซีนในประเทศ แต่จากความรุนแรงของเชื้อทำให้ยอดผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบผู้ติดเชื้อสะสม 42,352 ราย พบผู้เสียชีวิตสะสม 101 ราย มียอดผู้ป่วยติดเชื้อรายวันสูงสุด 1,767 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 18 เมษายน 2564)[1] จากยอดผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้จำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่รักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนมาก ประกอบด้วยผู้ที่มีอาการเล็กน้อย (ผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์สีเขียว) ผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง (ผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์สีเหลือง) และผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (ผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์สีแดง) ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้จากจำนวนเตียงไม่พอ กระทรวงสาธารณสุขจึงแก้ไขปัญหาการขาดแคลนเตียงรักษาผู้ป่วย โดยการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามขึ้นทั่วประเทศ เพื่อให้บริการกลุ่มผู้ติดเชื้อ ผู้มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง ได้มีโอกาสเข้าถึงการรักษา เพื่อลดการแพร่กระจายขึ้นและลดความรุนแรงของโรค[3,4]

โรงพยาบาลสนาม เป็นสถานที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการหรือมีอาการน้อย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดตั้งระบบบริการการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่เข้าข่าย PUI (Patient Under Investigation : ผู้ป่วยที่ต้องสอบสวนโรค) ในกรณีที่เกินความสามารถของโรงพยาบาล ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การให้การดูแลรักษาแบบ One Stop Service โดยรับผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 ไว้ดูแลรักษา

แบบผู้ป่วยใน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤตแล้ว[3,4]

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดลพบุรี พบการแพร่ระบาดในเดือนกรกฎาคม 2564 โดยพบในสถานประกอบการประเภทโรงงาน ส่งผลให้มีการติดเชื้อในคนกลุ่มใหญ่ และแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชนตามบ้านเรือน ที่พักอาศัย มีจำนวนติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดลพบุรี ได้กำหนดมาตรการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุขในหลายๆด้าน รวมถึงการเปิดโรงพยาบาลสนาม ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับผู้ป่วยติดเชื้อที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นโรงพยาบาลที่รับผิดชอบในการดำเนินการ จึงจัดตั้งโรงพยาบาลสนามแห่งแรกที่กองพันเสนารักษ์ที่1 (อยู่ในบริเวณโรงพยาบาลอานันทมหิดล) ซึ่งให้ความอนุเคราะห์สถานที่ปรับเป็นโรงพยาบาลสนามจำนวน 50 เตียง ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2564-พฤศจิกายน 2564 และต่อมามีการขยายจำนวนเตียงเพิ่มเป็น 120 เตียง แต่ก็ยังไม่เพียงพอในการรองรับผู้ป่วย จึงมีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามวัดพระบาทน้ำพุ เป็นแห่งที่สอง จำนวน 250 เตียง ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2564-มีนาคม 2565 โรงพยาบาลสนามทั้งสองแห่งนี้ให้บริการผู้ป่วยสีเขียวและสีเหลืองที่เจ็บป่วยเล็กน้อยถึงปานกลาง ในเขตจังหวัดลพบุรีและพื้นที่ใกล้เคียง ในการบริหารจัดการโรงพยาบาลสนามทั้งสองแห่ง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเป็นผู้วางระบบการดูแลทั้งหมด ในระยะแรกได้รับการสนับสนุนด้านอัตรากำลังพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลท่าวุ้ง โรงพยาบาลสระโบสถ์ โรงพยาบาลพัฒนานิคม โรงพยาบาลโคกสำโรง โรงพยาบาลโคกเจริญ เป็นต้น ในระยะต่อมา เมื่อมีการแพร่ระบาดมากขึ้น แต่ละโรงพยาบาลต้องจัดตั้งหอผู้ป่วยแยกโรค จึงถอนอัตรากำลังกลับ คงไว้แต่อัตรากำลังของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลหลักในการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นหน่วยงานหลักที่ได้รับมอบหมายให้วางระบบการบริหารจัดการในโรงพยาบาลสนาม ทั้งนี้ นางมารยาท รัตนประทีป พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลสนามทั้งสองแห่ง จึงได้วางระบบการบริหารจัดการทางการพยาบาล โดยนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการชุมชน (Hospital and Healthcare Standards) ฉบับที่4 ข้อ 2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing) มาเป็นกรอบในการจัดบริการให้จัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยโควิดปลอดภัย รวมถึงนำกรอบแนวปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการโรงพยาบาลเฉพาะกิจ COVID-19 โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มาประยุกต์ใช้ในหมวดกระบวนการดูแลซึ่งมี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การเข้าถึงและเข้ารับบริการ,การประเมินผู้ป่วย,การดูแลรักษา และการดูแลต่อเนื่อง ภายใต้การนำกระบวนการพยาบาลมาพัฒนาระบบบริการ จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยและต่างประเทศ ในเรื่องการจัดบริการในโรงพยาบาลสนาม พบว่ามีปัจจัยที่สำคัญ เช่น การบริหารบุคคล การบริหารทรัพยากรสิ่งของ การบริหารความเสี่ยง เป็นต้น เพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการให้ผู้ป่วยไม่มีอาการทรุดลง หายจากโรค ไม่กลับไปแพร่กระจายเชื้อให้บุคคลอื่น โดยกลุ่มการพยาบาลยึดตามกรอบแนวคิด การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing) เพื่อความครอบคลุมในกระบวนการดูแล[7-10]

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช(โรงพยาบาลสนาม กองพันเสนารักษ์ที่ 1 และโรงพยาบาลสนามพระบาทน้ำพุ)

**ขอบเขตการดำเนินการ**

โรงพยาบาลสนาม กองพันเสนารักษ์ที่ 1 ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง พฤศจิกายน 2564

โรงพยาบาลสนามวัดพระบาทน้ำพุ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2564 ถึง มีนาคม 2565

**วิธีดำเนินการ**

**โรงพยาบาลสนาม กองพันเสนารักษ์ที่ 1**

**1. ขั้นเตรียมการ**

1.1 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช รับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มการพยาบาล รับนโยบายจากโรงพยาบาลกำหนดบุคคลเพื่อปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสนามเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการ ให้เกิดระบบการดูแลที่มีคุณภาพ

1.2 ร่วมกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ พยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล สำรวจพื้นที่ ณ กองพันเสนารักษ์ที่ 1 ในโรงพยาบาลอานันทมหิดล ซึ่งจังหวัดลพบุรีมอบให้โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ

1.3 ทีมการพยาบาล วางแผนจัดอัตรากำลัง โดย ยึดตามประเภทผู้ป่วย ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญของพยาบาล และ สัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์การแบ่งประเภทผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่อาการรุนแรงน้อย หรือไม่มีอาการ (mild) และผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงปานกลาง (moderate) ควรใช้พยาบาลอายุรกรรมร่วมกับพยาบาลสาขาอื่นๆ ในสัดส่วน 1:4 ช่วงเวลานั้นจัดสรรพยาบาลได้จำนวน 3 คน จึงต้องใช้แผนการจัดอัตรากำลังเสริม แผนที่ 2 โดยใช้พยาบาลอาสาสมัคร ภายในจังหวัดลพบุรี จึงประสานขอความร่วมมือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี จัดสรรพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย อำเภอละ 1 คน รวม 3 อำเภอ สลับหมุนเวียนมาช่วยปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 3 คน รวมเป็น 6 คน และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน และพนักงานแม่บ้าน 1 คน

1.4 ทีมการพยาบาลร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง จัดเตรียมสถานที่ เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เตรียมความพร้อมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การเชื่อมต่อข้อมูลโปรแกรม Hosxp การเตรียมข้อมูลเพื่อเรียกเก็บ จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 และจัดทำแนวทางการบริหารความเสี่ยงตามหลัก 2P safety

1.5 เตรียมบุคลากร โดย ปฐมนิเทศพยาบาลและผู้ปฏิบัติการพยาบาลทุกระดับ ชี้แจงแนวทางที่จัดทำขึ้น ร่วมกับฝึกทักษะการใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง

1.6 ประสานงานกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดในการสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ, ประสานโรงพยาบาลอานันทมหิดลในการทำลายขยะติดเชื้อและระบบสาธารณูปโภค, เตรียมการในเรื่องการดำรงชีวิตประจำวัน อาหารและน้ำดื่ม

1.7 ร่วมกับอายุรแพทย์โรคติดเชื้อวางระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ที่จะเข้ารับบริการในโรงพยาบาลสนาม ตั้งแต่การดูแล การส่งต่อ การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย การเตรียมเวชระเบียน การดูแลระหว่างส่งต่อ การป้องกันตนเองของทีมส่งต่อ เพื่อลดการสัมผัส การขอคำปรึกษา (consult) เป็นต้น

ภายหลังเตรียมความพร้อมทุกด้าน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชจึงเปิดโรงพยาบาลสนาม และเริ่มรับคนไข้เมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2564 จำนวนเตียงเริ่มแรก 50 เตียง

**2. ขั้นดำเนินการ** (มิถุนายน ถึง พฤศจิกายน 2564)

ในระยะเริ่มแรกมีผู้ป่วยในทุกอำเภอของจังหวัดลพบุรีที่เข้ารับบริการเฉลี่ย 15-20 คนต่อวัน ต่อมาภายหลังมีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์เดลต้า (เดือนสิงหาคม 2564) ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จึงปรับระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีความคล่องตัว และผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น โดย

2.1 ขยายจำนวนเตียงจาก 50 เตียง เป็น 120 เตียง

2.2 รับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ผู้พิการที่มีผู้ดูแล หญิงตั้งครรภ์ เด็กเล็ก

2.3 วางระบบการช่วยเหลือกันภายในอาคาร กำหนดให้มีหัวหน้าโซน หัวหน้าห้องแยก เพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สามารถสื่อสารกับทีมพยาบาลได้ทาง

Application line เช่น ผู้ป่วยต่างด้าว ผู้ป่วยมีความพิการ (เป็นใบ้ หูหนวก) ผู้ป่วยเด็กที่ไม่มีผู้ปกครอง เป็นต้น

2.4 ปรับระบบการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน โดย ร่วมกับอายุรแพทย์โรคติดเชื้อทำแผนการดูแลรักษาในแต่ละกลุ่ม (Standing order) ประสานเภสัชกรและพนักงานขับรถในการจัดยา และส่งมอบยาต้านไวรัสให้พยาบาลได้รับยา และบริหารยาให้ผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น ประสานรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ของทีมโรงพยาบาลอานันทมหิดล เพิ่มจำนวนวันเอกซเรย์จาก 2 วันต่อสัปดาห์ เป็น 3 วันต่อสัปดาห์ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของภาวะปอดอักเสบ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการรักษารวดเร็วขึ้น ปรับกระบวนการดูแล โดยประเมินอาการนำ (early warning signs) ของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะปอดติดเชื้อ มีการประเมินที่รวดเร็วขึ้นจากทุก 4 ชั่วโมง เป็นทุก 2 ชั่วโมง ประสานหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ในการบริจาคเครื่องผลิตออกซิเจนให้เพียงพอสำหรับผู้ป่วย โดยจัดหาเพิ่มเติมจาก 4 เครื่อง เป็น 22 เครื่อง

**3. ขั้นประเมินผล** โดยประเมินผล ดังนี้

3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาครบตามเวลาที่กำหนดและได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

3.2 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

3.3 อัตราการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่

**โรงพยาบาลสนามวัดพระบาทน้ำพุ** จากสถานการณ์ที่จำนวนผู้ติดเชื้อยังไม่ลดลง จำนวนเตียงในโรงพยาบาลสนามกองทัพเสนารักษ์ที่ 1 ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ทั้งหมด มีผู้ป่วยจำนวนมากที่รอเข้ารักษาในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชจึงขยายบริการ โดย หาสถานที่เพื่อปรับเป็นโรงพยาบาลสนาม (แห่งที่ 2) ทั้งนี้ได้รับความเมตตาจากพระราชวิสุทธิประชานาถ เจ้าอาวาสวัดพระบาทน้ำพุ ให้สถานที่ในการตั้งโรงพยาบาลสนาม สนับสนุนเครื่องอุปโภค บริโภค รวมทั้งวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ก่อสร้างสำนักงานพยาบาล และจัดหาอาสาสมัครร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทีมพยาบาลจึงวางแผนดำเนินการเพื่อตั้งโรงพยาบาลสนามแห่งใหม่ ดังนี้

**1. ขั้นเตรียมการ (กันยายน-ตุลาคม 2564)**

1. วางแผนจัดระบบดูแลผู้ป่วยภายในอาคาร ระบบบริหารความเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากอาคารผู้ป่วยเป็นอาคารแนวยาว พื้นที่โดยรอบเป็นที่โล่ง มีบริเวณกว้างขวางมาก ในเวลากลางวันแสงแดดส่องถึงทั่วทั้งบริเวณ ประกอบกับพื้นที่ห้องน้ำอยู่ห่างไกลจากอาคารผู้ป่วย ผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการหกล้ม และขาดความปลอดภัยในยามวิกาล จึงปรับปรุงให้มีการติดไฟฟ้าส่องสว่างบริเวณโดยรอบ และเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น walker เพิ่มอุปกรณ์พ่นน้ำชนิดฝอย springer บนหลังคา เพื่อระบายความร้อนของบรรยากาศ

2. เตรียมบุคลากรให้มีทักษะในการใช้นวัตกรรม ในการสื่อสารกับผู้ป่วยทาง telemed ทำให้ทีมพยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยได้ง่ายชัดเจน และสามารถสื่อสารแบบ 2 ทาง

3. บริหารจัดการการทำงานของอาสาสมัคร จำนวน 18 คน โดยแบ่งทีมตามบทบาทหน้าที่ ประกอบด้วย ทีมประกอบอาหาร ทีมส่งอาหาร ทีมซื้อยา ทีมทำความสะอาด ทีมยานพาหนะ และทีมช่าง พร้อมทั้งอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยไวรัสโคโรนา 2019 และฝึกทักษะการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง และสุ่มนิเทศให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง

4. บริหารอัตรากำลังเพิ่มอีก 1 ทีม โดยพิจารณาจากภาระงานของโรงพยาบาลสนามทั้ง 2 แห่ง แบ่งอัตรากำลังที่เป็นพยาบาลอายุรกรรมมาปฏิบัติงานยังโรงพยาบาลสนามแห่งที่ 2 และแบ่งอัตรากำลังจากโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้แก่ ทีมพยาบาลห้องคลอด พยาบาลกุมารเวชกรรม พยาบาลศัลยกรรมกระดูก พยาบาลห้องผ่าตัด รวมจำนวนพยาบาลในทีม 6 คน คิดเป็นสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย 1: 15

**2. ขั้นดำเนินการ (ตุลาคม 2564-มีนาคม 2565)**

1. ให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวทางเน้นการป้องกันความเสี่ยงตามหลัก 2P safety

2. ในระหว่างดูแล พบปัญหาด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม คือ ระบบบำบัดน้ำเสียที่ดำเนินการก่อสร้างไว้ไม่สามารถรองรับน้ำเสียจากผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น จึงร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 4 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในการตรวจสอบและวางแนวทางแก้ไขปัญหา ด้านกายภาพ (เดือนธันวาคม 2564)

3. ในระยะแรก (เดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2564) มีเครื่องเอกซเรย์แล้ว แต่ยังไม่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลกับจอภาพ และระบบ จึงเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 1 ภายใต้มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคลากรและสู่ชุมชน

**3. ขั้นประเมินผล**โดยประเมินผล ดังนี้

3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาครบตามแนวทางกำหนดและได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

3.2 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

3.3 อัตราการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่

**ผลการดำเนินการ**

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้บริหารจัดการระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสนามทั้ง 2 แห่ง โดยยึดมาตรฐานหมวด 2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing) ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

**1. การบริหารการพยาบาล**

1.1 ผู้นำทีมการพยาบาลเป็นผู้ที่มีภาวะผู้นำและมีวุฒิภาวะ (Qualified leadership) โดยแบ่งผู้นำทีมการพยาบาลเป็น 2 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสนาม และผู้นำระดับที่ 2 คือ หัวหน้าทีมการพยาบาล (Incharge)

หัวหน้าพยาบาลต้องมีทักษะในการประสานความร่วมมือ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ภายในองค์กร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและทีมนำ ในการร่วมวางนโยบายในภาพรวมของการจัดบริการ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อในการวางระบบการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่าย แพทย์ที่ตรวจผู้ป่วยในโรงพยาบาลสนามที่หมุนเวียนกันมาจากทุกกลุ่มงาน จำนวนประมาณ 50 คน เภสัชกรในการวางระบบการบริหารยาให้ผู้ป่วย โดยเฉพาะยาต้านไวรัส เช่น Favipiravia รวมถึงวางระบบการบริหารยาของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนตามเวลา ไม่ให้เกิด Medication error พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประสานความร่วมมือในการวางระบบป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงนักรังสีเทคนิค นักเทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ นักเวชสถิติ นักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์เรียกเก็บ เป็นต้น การประสานความร่วมภายนอกองค์กร ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี องค์การบริหารส่วนจังหวัด โรงพยาบาลอานันทมหิดล วัดพระบาทน้ำพุ ในการขอรับการสนับสนุน ด้านอุปกรณ์การแพทย์ เครื่องนอน เครื่องมือในการสื่อสารภายในโรงพยาบาลสนาม เช่น Telemed, Intercom, กล้องวงจรปิด

1.2 นิเทศ กำกับดูแล โดยติดตามกำกับการปฏิบัติงานตามหลัก 2P safety ยึดความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยทำแผนการตรวจเยี่ยมประจำวันในเรื่อง การปฏิบัติตามแนวทางด้านความปลอดภัย ความถูกต้องของการใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันตนเอง ความครอบคลุมของการประเมินผู้ป่วยแรกรับ ความคลาดเคลื่อนของการบริหารยาต้านไวรัส ความครอบคลุมของการบันทึกทางการพยาบาล และการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม

1.3 โครงสร้างและกลไกต่างๆ ได้วางแนวทางการ กำกับดูแลมาตรฐาน จริยธรรม โดย กำกับให้ทำงานตามมาตรฐานวิชาชีพ ควบคุม กำกับบุคลากรปฏิบัติหน้าที่ โดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่

แสดงกิริยาวาจาที่เป็นการดูหมิ่นผู้ป่วย อนุญาตให้ผู้ป่วยมีอิสระเป็นตัวของตัวเอง เปิดโอกาสให้มีสันทนาการร่วมกัน

ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพ ส่งเสริมให้มีการแก้ไขปัญหาด้วย CQI ได้แก่ การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาโดยระบบ Alert ในระหว่างส่งเวร การป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูล โดยกำหนดชุดข้อมูลที่จำเป็น

ส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย และสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงความเสี่ยงและโอกาสเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อแก้ไขปัญหาได้เหมาะสม โดยในระยะแรก กำหนดให้รับ ส่งเวร และรายงานอาการโดยใช้ Focus list ร่วมกับเขียนบันทึกทางการพยาบาลแบบบรรยาย ภายหลังการแพร่ระบาด มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นจึงจัดทำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเป็นชุด และแนวทางการแก้ไขปัญหาตามกลุ่มผู้ป่วย เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มและผู้ปฏิบัติงาน

ส่งเสริมให้พยาบาลมีการตัดสินใจทางคลินิก โดย มีการตัดสินใจในการหยุดการใช้ยาฟ้าทลายโจรเมื่อครบ 5 วัน การพิจารณาให้ยาต้านไวรัสกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่รับใหม่ในยามวิกาล การพิจารณาขอคำปรึกษาจากจิตแพทย์เร่งด่วนในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ขาดยา

การจัดการความรู้และการวิจัย พยาบาลต้องนำนวัตกรรมมาใช้เพื่อตอบสนองต่อการให้บริการ โดยนำนวัตกรรมการวัดสัญญาณชีพดิจิตอลมาใช้ โดยผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ภายใต้ให้การแนะนำ

1.4 ประสานความร่วมมือระดับองค์กร ได้แก่ ประสานองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเพื่อปรับบริเวณด้านหน้าโรงพยาบาลสนาม และกางเต็นท์บริเวณที่รับใหม่ และบริเวณที่ผู้ป่วยรอเอกซเรย์ ประสานงานกับมณฑลทหารบกที่ 13 ในการจัดอัตรากำลังทหาร เพื่อรักษาความปลอดภัยแก่บุคลากรและผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง

1.5 การบริหารความเสี่ยง นอกเหนือจากความเสี่ยงทางคลินิกที่ผู้ป่วยมีโอกาสอาการทรุดลงในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลสนามแล้ว ยังมีความเสี่ยงที่สำคัญด้านอื่นที่ได้วางแนวทางการป้องกันไว้แล้ว ได้แก่ การป้องกันการให้ยาผิดคน การป้องกันผู้ป่วยสูญหาย การป้องกันผู้ป่วยเด็กตกจากที่สูง การป้องกันผู้ป่วยหญิงถูกล่วงละเมิดทางวาจา การป้องกันการทะเลาะวิวาท/มั่วสุม เป็นต้น

**2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** ประกอบด้วย

2.1 การใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล มีการปรับรูปแบบการบันทึกเวชระเบียนในการรับใหม่ผู้ป่วย และปรับแบบฟอร์มทางการพยาบาลรายวัน ปรับแบบฟอร์มวางแผนการจำหน่าย เพื่อลดความซ้ำซ้อน โดยปรับร่วมกับทีมพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม เพื่อให้สะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ

2.2 เคารพสิทธิผู้ป่วย และจริยธรรม ให้การดูแลผู้ป่วยภายใต้การพิทักสิทธิ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยเพศทางเลือก จะจัดให้อยู่ในโซนพิเศษที่แยกเฉพาะ เพื่อป้องกันการก้าวล่วงสิทธิ์ส่วนตัว

2.3 มาตรการ/ข้อมูลวิชาการ ให้การดูแลผู้ป่วยภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาฟ้าทลายโจรมากกว่า 5 วัน แนะนำให้หยุดยาเพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากประสิทธิภาพการทำงานของตับลดลง และประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย เบื่ออาหารอย่างใกล้ชิด

2.4 ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย มีการให้ข้อมูลการดูแลตนเองและมีช่องทางให้ผู้ป่วยขอรับคำปรึกษาสุขภาพของทีมพยาบาลทาง line ทั้งในช่วงเวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลสนามและช่วงเวลาหลังการจำหน่าย

2.5 การประเมินและปรับปรุง ในระหว่างปฏิบัติงานมีความคลาดเคลื่อนในส่งเวร และดูแลผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุม จากจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น จึงจัดแยกทีมพยาบาลในการดูแลออกเป็น 2 ทีม เพื่อลดระยะเวลาการส่งเวร และดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึง ร่วมกับ

กำหนดโซนในการรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม เพื่อง่ายต่อการประเมินอาการผิดปกติทางกล้องวงจรปิดได้อย่างชัดเจน

กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ยึดกระบวนการดูแลผู้ป่วย 4 ขั้นตอนตามกรอบแนวปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการ โรงพยาบาลเฉพาะกิจ COVID 19 โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลสนาม ซึ่งแบ่งระยะการดูแลออกเป็น 4 ระยะ คือ

1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ โรงพยาบาลสนามกองพันเสนารักษ์ ที่ 1 เป็นสถานที่นโยบายกำหนดให้ดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งจังหวัด ในการรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลจึงต้องผ่านอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ ทำหน้าที่ gate keeper เป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในระหว่างนั้นมีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 20-22 รายต่อวัน ภายหลังมีการแพร่ระบาดมากขึ้น โรงพยาบาลสนามได้ขยายเตียงจาก 50 เตียง เป็น 120 เตียง เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ามารักษามากขึ้น ผู้ป่วยทุกคนได้ลงนามยินยอมเข้ารักษาในโรงพยาบาลสนาม ตั้งแต่ก่อนส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน และจากโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช (ตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย และตามแบบฟอร์มการลงนามยินยอมที่จัดทำขึ้น ) โดยกำหนดวิธีการส่งเอกสารโดยวิธีสแกน เพื่อลดการปนเปื้อน ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2564 โรงพยาบาลสนามวัดพระบาทน้ำพุ เปิดให้บริการเป็นแห่งที่ 2 ช่วยให้บริการรับผู้ป่วยกลุ่มไม่มีอาการ และกลุ่มมีอาการเล็กน้อย รวมถึงกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคร่วม ผู้พิการที่มีคนดูแล โดยรับผู้ป่วยในเขตอำเภอเมือง เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนมีสถานที่กักตัวผู้ติดเชื้อในทุกอำเภอ ในผู้ป่วยที่ประเมินพบความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ปอดขั้นรุนแรงที่เข้าตามเกณฑ์ทางคลินิก จะส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยผ่านระบบการรับ-ส่งผู้ป่วยติดเชื้อ

2. การประเมินผู้ป่วย ในระยะแรกรับจะมีการซักประวัติตามแนวทางการซักประวัติผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ที่กำหนดขึ้น ประเมินสัญญาณชีพ และ $O_2$ saturation โดยผู้ป่วย พยาบาลประเมิน early warning signs จำแนกประเภทว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มใด แนะนำให้ผู้ป่วยประเมินอาการผิดปกติด้วยตนเอง (Self monitoring) วางระบบปรึกษาแพทย์ในรายที่มีแนวโน้มว่าจะมีภาวะปอดติดเชื้อที่รุนแรงขึ้น วางแนวทางการรายงานผลการตรวจยืนยันโควิดกับห้องปฏิบัติการ

3. การดูแลรักษา กำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะแรก ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ 1 ท่าน ต่อมาจะมีแพทย์ทุกสาขาหมุนเวียนมาตรวจ จึงได้จัดทำแนวทางการดูแลรักษา โดยกำหนดให้มี standing order พยาบาลจะร่วมพิจารณาความเสี่ยงและพิจารณาความสอดคล้องของแผนการรักษากับอาการทางคลินิกของคนไข้ ในรายที่อาการทางคลินิกเปลี่ยนแปลง เช่น สัญญาณชีพ และ $O_2$ saturation ผิดปกติ ผลเอกซเรย์ปอดที่ผิดปกติ มีความเสี่ยงอื่นจากโรคร่วม พบปัญหาอื่นร่วม เช่น ปัญหาด้านจิตใจ พยาบาลมีหน้าที่ประสานให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง นอกเหนือจากบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม เช่น อาหารเฉพาะโรค น้ำดื่ม สิ่งอำนวยความสะดวกและมีความเป็นอยู่อย่างถูกสุขอนามัย

4. การดูแลต่อเนื่อง ในระยะแรกผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในโรงพยาบาลสนามรวม 14 วัน ต่อมาปรับเหลือ 10 วัน ในกลุ่มที่ไม่มีอาการ ในกลุ่มที่มีอาการหรือกลุ่มเสี่ยง จะรักษาในโรงพยาบาลสนามจนกว่าจะได้รับยาต้านไวรัสครบ พยาบาลได้ร่วมกำหนดเกณฑ์ข้อบ่งชี้ในการจำหน่าย ให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย กำหนดแนวทางการประสานชุมชนและท้องถิ่นในการรับ ส่งผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ความรู้ในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติของตนเอง และมีช่องทางให้คำปรึกษาภายหลังการจำหน่าย

**ขั้นประเมินผล**

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

| ชื่อโรงพยาบาลสนาม | ระยะเวลา | ผู้ป่วยทั้งหมด (ราย) | เพศ | | กลุ่มอายุ | | | | ประเภทการรับ | | ผู้ป่วยอาการทรุดลงที่ส่งต่อเข้า รพ. (ราย) | วันนอนเฉลี่ยต่อราย (วัน) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ชาย | หญิง | <5ปี | 5-12 ปี | 12-60ปี | >60ปี | รับใหม่ | รับย้าย | | |
| กองพันเสนารักษ์ที่ 1 | มิ.ย. 64-พ.ย. 64 | 1,343 | 642 | 701 | 35 | 79 | 1100 | 129 | 1,311 | 32 | 11 | 7 |
| วัดพระบาทน้ำพุ | ต.ค. 64-มี.ค. 65 | 1,717 | 794 | 923 | 44 | 105 | 1,452 | 116 | 1,714 | 3 | 3 | 9 |

1. จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาครบตามแนวทางที่กำหนดและได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน = 3046 คน (ร้อยละ 99.54)

2. จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช = 14 คน (ร้อยละ 0.45)

3. อัตราติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ 2 คน (จาก 28 คน) คิดเป็นร้อยละ 7.14

สิ่งที่มีความสำคัญ นอกเหนือการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับบริการที่มีมาตรฐาน เกิดคุณภาพสูงสุด คือ การดูแลบุคลากรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่จะสามารถปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์เสี่ยงสูง กลุ่มการพยาบาลกำหนดแนวทางการดูแลบุคลากร ดังต่อไปนี้ กำหนดให้เป็นกลุ่มเร่งด่วนที่ต้องได้รับวัคซีน จัดอัตรากำลังให้ใกล้เคียงตามเกณฑ์ จัดชั่วโมงและจำนวนวันในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปรับชั่วโมงการทำงานให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น มอบหมายงานตามสมรรถนะของบุคคล วางระบบการเตรียมบุคลากรก่อนการปฏิบัติงาน จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันให้เพียงพอต่อความปลอดภัย รวมถึงสนับสนุนอาหารและที่พัก เป็นต้น

**อภิปรายผล**

จากการศึกษา พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาครบตามแนวทางที่กำหนดและได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน = 3046 คน (ร้อยละ 99.54) จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช = 14 คน (ร้อยละ 0.45) และอัตราติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ 2 คน (จาก 28 คน) คิดเป็นร้อยละ 7.14 ซึ่งเกิดจากการการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรีที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาปลอดภัย สามารถกลับไปดำรงชีวิตที่บ้านได้ ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหลายๆ ส่วน สิ่งที่มีความสำคัญมาก คือ ผู้นำทางการพยาบาล ถือว่าเป็นบุคคลที่ต้องขับเคลื่อนให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการดูแลบุคลากรให้ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ผู้นำทางการพยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะ ดังนี้ มีความเป็นผู้นำ (leadership) มีการประสานความร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ (Collaboration) มีการกำกับดูแลทางการพยาบาล (Nursing administration function) มีความสามารถในการบริหารอัตรากำลัง (Adequate and Competent Nursing staff) และมีความสามารถในการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)[6, 11-15] ร่วมกับ การจัดบริการพยาบาลประกอบด้วยสาระสำคัญ 2 องค์ประกอบ คือ 1. การบริหารการพยาบาล 2. การปฏิบัติการพยาบาล โดยองค์ประกอบที่ 1 การบริหารการพยาบาล ได้แก่ ผู้นำทางการพยาบาล, บุคลากร, ความรู้ความสามารถปริมาณ, โครงสร้างและกลไก การกำกับดูแล

มาตรฐาน/จริยธรรม การนิเทศ/กำกับดูแล ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล ส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิก จัดการความรู้และวิจัย, ประสานความร่วมมือระดับองค์กร, การบริหารความเสี่ยง องค์ประกอบที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การใช้กระบวนการพยาบาล เคารพสิทธิ์ผู้ป่วยจริยธรรมวิชาชีพ, มาตรฐาน/ข้อมูลวิชาการ, สภาวะสุขภาพของผู้ป่วย มีทักษะทางการพยาบาล, การปรับปรุง [6,15-18]

**ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย**

1. ระดับโรงพยาบาล

1.1 ควรมีความต่อเนื่องในการวางแผนและทบทวนแผนการ ตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน เพื่อเตรียมรับสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

1.2 คงไว้ซึ่งมาตรฐาน การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ รวมถึงการพัฒนาบุคลากรรุ่นหลังการแพร่ระบาดของโควิด ให้มีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ และสมรรถนะในการรับมือกับสถานการณ์

2. ระดับจังหวัด

2.1 สร้างความร่วมมือให้ภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น มีส่วนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อมีสถานการณ์อื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และคุณภาพชีวิต

2.2 สนับสนุนให้ส่วนท้องถิ่น เสริมสร้างทีมบุคลากรด่านหน้า เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เข็มแข็ง โดยการให้องค์ความรู้ที่หลากหลาย ครอบคลุมปัญหาสุขภาพของประชาชนในจังหวัด

3. ระดับประเทศ ควรถอดบทเรียนจากการดำเนินงานในสถานการณ์โควิด นำสู่การวางระบบการดำเนินงานเพื่อยุติสถานการณ์ ภายใต้ความร่วมมือและบูรณาการของภาครัฐ ที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน

**เอกสารอ้างอิง**

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานผลการทบทวนสถานการณ์โรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมป้องกันในระดับโลก และในประเทศไทย. https://thaincd.com/document/file/ download/knowledge/COVID19.65.pdf
2. Nikeghbal, K., Kouhnavard, B., Shabani, A., & Zamanian, Z. (2021). Covid-19 effects on the mental workload and quality of work life in Iranian nurses. Annals of Global Health, 87(1), 79.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (กรณีมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในวงกว้าง). https://covid19.dms.go.th/ Content/Select_Landding_page?contentId=107.
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม กรณีการระบาดโรคติดเชื้อ โคโรนา 2019 หรือโรคโควิด19. https://dmsic. moph.go.th/index/detail/8611
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. (2564) สถานการณ์การแพร่ระบาดของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดลพบุรี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. (เอกสารอัดสำเนา)
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.(2560). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2560 ออนไลน์ สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2564 URL: https://www.ha.or.th/TH/Contents/มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ%20(HA)
7. จินต์จุฑา รอดพาล. (2563). ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด19 ในห้องแรงดันลบ. สืบค้น 20 ธันวาคม 2564 จาก http://www.ayhosp.go.th/ AYH/ index.php/ha-home/ha-vision/156-ha/quality-day-2563/5555-icu1-negative-qd63
8. มณฑนรรห์ ดิษฐสุวรรณ. (2564). ประสบการณ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลในการบริหารจัดการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
9. วีรนุช ไตรรัตโนภาส, ฐิติมา หมอทรัพย์,และสมพร ประพฤติกฤต. (2564). แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 27(4), 132-144.

10. Ahmadidarrehsima, S., Salari, N., Dastyar, N., & Rafat, F (2022). Exploring the experiences of nurses caring for patients with COVID-19: a qualitative study in Iran. BMC Nursing, 21, 16. https://doi.org/10.1186/s12912-022-00805-5
11. ณัฏฐ์ณพัชร์ อ่อนตาม. (2562). เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle). วารสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย, 1(3), 39-46.
12. พิมพ์วิมล ยงใจยุทธ. (2564). ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
13. นราจันทร์ ปัญญาวุทโส, ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยาและประภาพร ชูกำเนิด. (2565). ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัยในภาวะวิกฤตของการแพร่ระบาดโรค โควิด 19 โรงพยาบาลหาดใหญ่ ประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 28(1), 59-72.
14. วราภรณ์ ศรีจันทร์พาล, สมศรี ทาทาน, กาญจนา สาใจและชลธิมา ปิ่นสกุล. (2565). ประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19. วารสารพยาบาลทหารบก, 23(1), 111-120.
15. อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ, กุลวดี อภิชาติบุตร, ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์, ชญาภาแสนหลวง, เกศราภรณ์ อุดกันทา. ระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลสนามในสถานการณ์โควิด-19: กรณีศึกษาโรงพยาบาลบุษราคัม. (2566). วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข; 17(2):342-63.
16. ศิริวัฒน์ บุปผาเจริญ. (2563). หลักการบริหารทรัพยากรมนุษย์และการวางแผนอัตรากำลัง. https://phaisarn.go.th/oldweb/phaisarn.go.th/ Xinha/plugins/ExtendedFileManager/demo_images/upload/a11.pdf
17. Chen et al. (2020). Initiation of a new infection control system for the COVID-19 outbreak. The Lancet Infectious Diseases, 20(4), 397–398.
18. Department of Medical Services Ministry of Public Health. (2021). Guidelines for establishing a field hospital. Retrieved 2021 Jan 14. from: https://covid19. dms.go.th/

# อัตราการเสียชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

# Mortality rate and factors associated with death in patients with type 2 diabetes In Kap Choeng District, Surin Province

(Received: February 22,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

**วิชญนนท์ เหล่าอุดม**[1]
**Witchayanon Laoudom**[1]

**บทคัดย่อ**

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทุพพลภาพ และเสียชีวิต จึงทำการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ Retrospective Cohort study เพื่อประมาณค่าอัตราการเสียชีวิตและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ขึ้นทะเบียนรับการรักษาของโรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง กันยายน ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 456 คน รวบรวมข้อมูลจากโปรแกรมเวชระเบียนของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติพรรณนา และสถิติอนุมานเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยแบบ Cox regression analysis ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 456 คน รวมเป็นหน่วยศึกษา 3759 คน-ปี มีผู้ป่วยตาย 82 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์การเสียชีวิต 2.18 ต่อ 100 คน-ปี (95%CI: 1.73-2.70) และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 1.78 เท่าของเพศชาย (95%CI :1.37-3.44) กลุ่มอายุ 60-80 ปี ($HR_{adj}$ =1.29, 95%CI: 1.001-3.19) และกลุ่มมากกว่า 80 ปี ($HR_{adj}$ =3.16 95%CI: 1.63-6.15) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลวมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 4.93 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคหัวใจล้มเหลว (95%CI:2.55-9.53) ส่วนระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี เป็นปัจจัยที่ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตได้ร้อยละ 94 (($HR_{adj}$ =0.036, 95%CI: 1.63-6.15) ดังนั้น แพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุข จำเป็นต้องมีมาตรการในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุและมีโรคร่วมที่เข้มข้น เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยเบาหวาน

**คำสำคัญ;** เบาหวานชนิดที่ 2, ปัจจัยเสี่ยง, อัตราการเสียชีวิต

**Abstract**

Diabetes is a major public health problem in Thailand and around the world. This causes complications, disability, and death. Therefore, analytical research is conducted a retrospective cohort study to estimate the death rate and study factors associated with death in patients with type 2 diabetes. The sample group was patients with type 2 diabetes registered to receive treatment at Kap Choeng Hospital, Surin Province between October 2012 and September 2022, a total of 456 diabetic patients were included. Data were collected from the hospital's medical records program and were analyzed using a packaged program with descriptive statistics and inferential statistics to analyze the relationship using Cox regression analysis. The results found that ; the total sample group was 456 diabetic patients, totaling 3759 person-years as a study unit. There were 82 patient deaths, calculated as an incidence of death of 2.18 per 100 person-years (95%CI: 1.73-2.70) and the results of the relationship analysis found that gender females have a risk of death 1.78 times that of males (95%CI :1.37-3.44), age group 60-80 years ($HR_{adj}$ =1.29, 95%CI: 1.001-3.19) and group more than 80 years old ($HR_{adj}$ =3.16 95%CI: 1.63-6.15) there is a significantly higher risk of death than those younger than 60 years. Patients with congestive heart failure have a 4.93 times greater risk of death compared to diabetic patients who do not suffer from congestive heart failure. (95%CI:2.55-9.53). As for duration of having diabetes for more than 10 years, it is a factor that reduces the risk of death by 94 percent (($HR_{adj}$ =0.036, 95%CI: 1.63-6.15). Therefore, doctors or public health personnel must be strict measures are needed for

[1] พ.บ.,อว.เวชศาสตร์ครอบครัว, วว.เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา โรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

the care of diabetic patients in the elderly and those with comorbidities. To reduce the death rate of diabetic patients.

**Keywords**; Type 2 diabetes, risk factors, death rate

**บทนำ**

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจความชุกของโรคเบาหวานในคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พบว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ.2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ.2563 ซึ่งคิดเป็นผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 5.12 ล้านคน และยังมีกลุ่มผู้เป็นเบาหวานที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมากถึงร้อยละ 30.6 ส่วนผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานแต่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 13.9 และพบว่าผู้เป็นเบาหวานได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ 23.7[1] โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย พบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด มีสาเหตุมาจากภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับความบกพร่องของตับอ่อนในการสร้างอินซูลินที่เหมาะสม การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้มีการทำลายเสื่อมสภาพและการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะที่สำคัญทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง[2] นอกจากนี้เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง จึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะการเสียชีวิตในผู้มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ซึ่งในช่วง 30 ปีที่ผ่านมานี้มีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า ประชากรผู้ใหญ่ราว 382 ล้านคน (ร้อยละ 8) เป็นเบาหวาน และคาดว่าก่อนที่จะถึงปี พ.ศ. 2578 จะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นมากกว่า 592 ล้านคน[3] ในปี พ.ศ. 2560 มีรายงานพบผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเบาหวานประมาณ 4 ล้านคน หรือเทียบเท่ากับมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ทุก ๆ 8 วินาที ในประเทศไทย พ.ศ. 2559 พบว่า มีการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานประมาณ 76,000 ราย หรือ มากกว่า 200 ราย ในแต่ละวัน นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ[4] ดังนั้น จึงเป็นเรื่องท้าทายทางการแพทย์ที่สำคัญที่สุดเรื่องหนึ่งของทุกประเทศที่จะต้องวางแผนการจัดการปัญหาก่อนที่จะเกิดโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานตามมา จนเกิดการเสียชีวิต

ผู้ป่วยเบาหวานจะมีอายุขัยเฉลี่ยสั้นกว่าผู้ไม่ได้เป็นเบาหวานประมาณ 6-7 ปี ในเพศและวัยเดียวกัน และอายุขัยที่ลดลงนี้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระยะเวลาการเป็นเบาหวาน อายุที่เริ่มเป็นเบาหวาน การควบคุมเบาหวานรวมทั้งการควบคุมโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ น้ำหนักตัวเกิน เป็นต้น ผู้ที่เป็นเบาหวานมานาน เริ่มเป็นเบาหวานตั้งแต่อายุน้อย และ/หรือ ควบคุมเบาหวานและโรคร่วม/ปัจจัยเสี่ยงได้ไม่ดี จะมีอายุขัยสั้นกว่าผู้เป็นเบาหวานที่เพิ่งเป็น หรือ ผู้ที่ควบคุมเบาหวานและโรคร่วม/ปัจจัยเสี่ยงได้ตามเป้าหมาย มีหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายที่แสดงให้เห็นว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวด รวมทั้งการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับไขมันคอเลสเทอรอล โดยเฉพาะ แอล ดี แอล คอเลสเทอรอล สามารถลดอัตราการเสียชีวิตรวม (all-cause mortality) และการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกได้อย่างมีนัยสำคัญ[5] ในด้านสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เป็นเบาหวานในประเทศไทยยังมีข้อมูลค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการรอดชีวิตและปัจจัยเสี่ยงการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีรายงานอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วง 4 ปีคือ 92.7% การมีอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นโรคไตจากเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ ส่วนเพศหญิง โรคไตจากเบาหวาน และเบาหวานขึ้นจอประสาทตามีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ[6] การติดเชื้อและโรคหลอดเลือดหัวใจยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตคิดเป็นประมาณร้อยละ

50 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของประเทศไทย[7] นอกจากนี้ยังพบการมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเสียชีวิตแปรผันตรงตามอายุ การดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มที่ด้อยการศึกษา การใช้อินซูลิน การสูบบุหรี่ ประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ครีเอตินีนในซีรั่ม และ มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) สูง การได้รับยาลดไขมันและเมตฟอร์มินช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต โรคหัวใจและหลอดเลือด การติดเชื้อ และมะเร็ง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อย[8]ถึงแม้ว่าการศึกษาดังกล่าวไม่ได้ครอบคลุมประชากรไทยทั่วประเทศ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ทั้งสามการศึกษาซึ่งทำการศึกษาในช่วงเวลาและพื้นที่ที่แตกต่างกัน แต่ให้ผลการศึกษาใกล้เคียงกัน สาเหตุการเสียชีวิตในผู้เป็นเบาหวานในประเทศไทยมีความแตกต่างจากต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศในแถบยุโรปและอเมริกาที่พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุดในผู้เป็นเบาหวาน โดยพบสูงถึงร้อยละ 50-70 ในขณะที่ประเทศไทยพบในสัดส่วนที่น้อยกว่ามาก และพบว่าโรคติดเชื้อยังเป็นสาเหตุที่สำคัญอันหนึ่งที่ทำให้ผู้เป็นเบาหวานไทยเสียชีวิต สาเหตุการเสียชีวิตที่แตกต่างกันของผู้เป็นเบาหวานในประเทศไทยและประเทศทางตะวันตกอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความแตกต่างในการควบคุมเบาหวานและปัจจัยเสี่ยงได้ตามเป้าหมาย ความแตกต่างของระบบสาธารณสุข ความรอบรู้ทางสุขภาพ ความแตกต่างทางพันธุกรรม เป็นต้น[5]

จากการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ร้อยละความชุกของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอกาบเชิง ตั้งแต่ปี 2560 ถึง 2563 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 3.89 , 4.23 , 4.21 และ 4.55 ตามลำดับ ซึ่งแปรผันตรงกับอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 0.69 , 1.75 , 1.48 และ 1.59 ตามลำดับ และพบว่ายังไม่มีการศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอกาบเชิงมาก่อน ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานนะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน จึงสนใจที่จะการศึกษาเกี่ยวสาเหตุและปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อที่จะได้กำหนดมาตรการและเป็นแนวทางในการป้องกันการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ หรือในพื้นที่ข้างเคียงต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อประมาณค่าอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

**ระเบียบวิธีการวิจัย**

1.รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ Retrospective Cohort study โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากโปรแกรมเวชระเบียนระหว่าง เดือนตุลาคมปี 2555 ถึง กันยายน 2562 และ เก็บข้อมูลต่อเนื่องไปข้างหน้าจากเดือนตุลาคม ปี 2562 ถึง กันยายน 2565 ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ขึ้นทะเบียนรับการรักษาของโรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง กันยายน ปี พ.ศ. 2565

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ขึ้นทะเบียนรับการรักษาของโรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง กันยายน ปี พ.ศ. 2565 โดยต้องมีคุณสมบัติตรงตาม เกณฑ์รับเข้า คือเป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ทั้งเพศชายและหญิง มีอายุระหว่า 18-80 ปี หากผู้ป่วยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทุกชนิดจะคัดออกจากการวิจัย

3) คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Cohort study ผ่านโปรแกรมออนไลน์ OpenEpi โดยแทนค่าพารามิเตอร์

จากงานวิจัยที่ผ่านมา คือปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตในช่วง 5 ปี ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ดัชนีมวลกาย (BMI) (Underweight, OR 3.8, 95%CI 2.9-5.1)[9]ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 228 คน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากผลกระทบรูปแบบการวิจัย (Design effect) จึงเพิ่มขนาดตัวอย่าง 2 เท่า รวมขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 456 คน

4) การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างสำหรับศึกษาความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานย้อนหลัง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายและต้องมีมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า โดยสุ่มผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายชื่อประชากรทั้งหมดและมีการให้เลขกำกับ ส่วนการศึกษาไปข้างหน้า จะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เสียชีวิตและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์คัดเข้า จนได้ขนาดตัวอย่างครบตามจำนวน

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์เนื้อหา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มากำหนดขอบเขตและโครงสร้างของแบบบันทึกข้อมูล (Clinical record form; CFR) ให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล (4ข้อ) คือ เพศ , อายุ, ดัชนีมวลการ (BMI) ,การสูบบุหรี่ (2) ข้อมูลด้านการรักษา (2ข้อ) คือ การได้ยา Metformin, Lipid-lowering drugs (3) ข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัว (6ข้อ) คือ ความดันโลหิต, โรคหัวใจล้มเหลว, เคยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง ,เคยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ, ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ,โรคหัวใจสั่นพลิ้ว และ (4) ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ (6 ข้อ) คือ ระดับ HbA1C, cholesterol, HDL, LDL ,GER, serum creatinine ทั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาที่ใช้ในการวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมและเวชกรรม จำนวน 3 ท่าน

**ขั้นตอนการดำเนินการ**

1) ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยจากเอกสารต่าง ๆ โดยศึกษาจากหนังสือ วารสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์ และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2)พัฒนาโครงร่างวิจัยและยื่นเรื่องขอรับการพิจารณาจากจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3)ขออนุญาตดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาบเชิง และติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่เวชระเบียน เพื่อขอเก็บรวมรวบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

4)ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ โดยต้องมีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และกำหนดคุณสมบัติให้กลุ่มตัวอย่างกับกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะคล้ายกัน

5)วิเคราะห์ นำเสนอผลการวิจัย และเผยแพร่ผลงาน

**การวิเคราะห์ข้อมูล** เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มที่ตัวอย่างและประมาณค่าอัตราการเสียชีวิตด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยสถิติ Survival analysis วิธีของ Cox regression analysis นำเสนอความสัมพันธ์ด้วยค่า Hazard Ratio (HR) และช่วงเชื่อมั่นที่ 95% (95%CI) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

**ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม** ผู้วิจัยพร้อมที่จะดำเนินการวิจัยภายใต้หลักจริยธรรมพื้นฐาน 3 ข้อของ The Belmont Report โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA 004/2562

**ผลการวิจัย**

1.คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 53.07 มีอายุระหว่าง 60-80 ปี ร้อยละ 54.39 มีระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 63.38 การมีโรคร่วมที่สำคัญ คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 63.82) โรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 8.99) และ โรคเส้นเลือดในสมอง (ร้อย

ละ 5.26) จากผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด 456 คน รวมเป็นหน่วยศึกษา 3759 คน-ปี (Person-years) มีผู้ป่วยตาย 82 ราย คิดเป็นอุบัติการการเสียชีวิต 2.18 ต่อ 100 คน-ปี (95%CI: 1.73-2.70) โดยสาเหตุการเสียชีวิตมีหลายสาเหตุ ที่พบได้มากที่สุด คือ เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง (ร้อยละ 16.13) หัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 11.83) ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (ร้อยละ10.75) และการติดเชื้อ ร้อยละ (8.60) เป็นต้น รายละเอียดดังตารางที่ 1

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

1) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตคราวละตัวแปร พบว่า เพศหญิง กลุ่มอายุ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน การมีโรคร่วมคือโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** คุณสมบัติทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์คราวละตัวแปรกับการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

| ปัจจัย | เสียชีวิต | | มีชีวิตอยู่ | | HR crude (95%CI) | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| เพศ | | | | | | 0.0097 |
| ชาย | 48 | 58.54 | 166 | 44.39 | 1 | |
| หญิง | 34 | 41.46 | 208 | 55.61 | 1.78 (1.14-2.76) | |
| อายุ (ปี) | | | | | | 0.0345 |
| <60 | 16 | 19.51 | 137 | 36.63 | 1 | |
| 60-80 | 45 | 54.88 | 203 | 54.28 | 1.29 (0.73 - 2.29) | |
| >80 | 21 | 25.61 | 34 | 9.09 | 2.31 (1.20 - 4.44) | |
| ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน (ปี) | | | | | | <0.001 |
| < 10 | 46 | 56.10 | 243 | 64.97 | 1 | |
| ≥10 | 36 | 43.90 | 131 | 35.03 | 0.04 (0.02-0.096) | |
| ดัชนีมวลกาย (BMI) | | | | | | 0.0820 |
| น้ำหนักน้อย/ผอม | 13 | 15.85 | 34 | 9.09 | 1 | |
| ปกติ | 38 | 46.34 | 214 | 57.22 | 0.53 (0.28-1.00) | |
| ท้วม | 27 | 32.93 | 92 | 24.60 | 0.85 (0.44-1.65) | |
| อ้วน | 4 | 4.88 | 34 | 9.09 | 0.39 (0.12-1.21) | |
| ประวัติสูบบุหรี่ | | | | | | 0.0544 |
| ไม่สูบ | 65 | 79.27 | 271 | 72.46 | 1 | |
| สูบ | 17 | 20.73 | 103 | 27.54 | 0.60 (0.35- 1.03) | |
| โรคความดันโลหิตสูง | | | | | | 0.7153 |
| ไม่เป็น | 20 | 24.39 | 145 | 38.77 | 1 | |
| เป็น | 62 | 75.61 | 229 | 61.23 | 1.09 (0.66-1.82) | |
| โรคหลอดเลือดหัวใจ | | | | | | 0.0462 |
| ไม่เป็น | 67 | 81.71 | 348 | 93.05 | 1 | |
| เป็น | 15 | 18.29 | 26 | 6.95 | 1.84 (1.05-3.23) | |
| โรคหัวใจล้มเหลว | | | | | | 0.0019 |
| ไม่เป็น | 71 | 86.59 | 367 | 98.13 | 1 | |
| เป็น | 11 | 13.41 | 7 | 1.87 | 3.20 (1.69-6.05) | |
| โรคเส้นเลือดในสมอง | | | | | | 0.6262 |
| ไม่เป็น | 76 | 92.68 | 356 | 95.19 | 1 | |
| เป็น | 6 | 7.32 | 18 | 4.81 | 1.23 (0.54-2.84) | |

**ตารางที่ 1** คุณสมบัติทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์คราวละตัวแปรกับการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

| ปัจจัย | เสียชีวิต | | มีชีวิตอยู่ | | HR crude | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | จำนวน | (95%CI) | |
| โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ | | | | | | 0.9792 |
| ไม่เป็น | 81 | 98.78 | 369 | 98.66 | 1 | |
| เป็น | 1 | 1.22 | 5 | 1.34 | 0.97 (0.13-7.02) | |
| HbA1C (mg%) | | | | | | 0.1823 |
| < 7 | 20 | 24.39 | 80 | 21.39 | 1 | |
| 7 - 10 | 50 | 60.98 | 240 | 64.17 | 0.67 (0.39-1.12) | |
| > 10 | 12 | 14.63 | 54 | 14.44 | 0.52 (0.25-1.08) | |
| Cholesterol (mg/dl) | | | | | | 0.6265 |
| <200 | 63 | 76.83 | 286 | 76.47 | 1 | |
| ≥200 | 19 | 23.17 | 88 | 23.53 | 1.13 (0.67-1.90) | |
| HDL (mg/dl) | | | | | | 0.9981 |
| < 40 | 44 | 53.66 | 189 | 50.53 | 1 | |
| ≥40 | 38 | 46.34 | 185 | 49.47 | 0.99 (0.64-1.54) | |
| LDL (mg/dl) | | | | | | 0.9887 |
| < 100 | 36 | 43.90 | 166 | 44.39 | | |
| ≥100 | 46 | 56.10 | 208 | 55.61 | 0.99 (0.64-1.54) | |
| GFR (ml/min) | | | | | | 0.6560 |
| 90 - 120 | 9 | 10.98 | 88 | 23.53 | | |
| 89 - 60 | 29 | 35.37 | 153 | 40.91 | 1.28 (0.60-2.72) | |
| 59 - 30 | 30 | 36.59 | 106 | 28.34 | 1.35 (0.64-2.87) | |
| 29 - 15 | 13 | 15.85 | 22 | 5.88 | 1.83 (0.78-4.32) | |
| <15 | 1 | 1.22 | 5 | 1.34 | 0.75 (0.09- 5.95) | |
| Creatinine (mg/dl) | | | | | | 0.1175 |
| < 0.7 | 3 | 3.66 | 34 | 9.09 | 1 | |
| 0.7 – 1.0 | 28 | 34.15 | 178 | 47.59 | 0.97 (0.29-3.22) | |
| 1.01 - 1.3 | 16 | 19.51 | 92 | 24.60 | 0.81 (0.23-2.79) | |
| > 1.3 | 35 | 42.68 | 70 | 18.72 | 1.56 (0.47-5.13) | |
| การใช้ยา metformin | | | | | | 0.6648 |
| ไม่ใช้ | 68 | 82.93 | 331 | 88.50 | 1 | |
| ใช้ | 14 | 17.07 | 43 | 11.50 | 1.14 (0.64-2.02) | |
| การใช้ยา simvastatin | | | | | | 0.4867 |
| ไม่ใช้ | 70 | 85.37 | 316 | 84.49 | 1 | |
| ใช้ | 12 | 14.63 | 58 | 15.51 | 1.25 (0.67-2.31) | |

2) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต้น แบบ Cox regression analysis พบว่า เพศ กลุ่มอายุ และการป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลว เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 1.78 เท่าของเพศชาย (95%CI :1.37-3.44) กลุ่มอายุ 60-80 ปี ($HR_{adj}$ =1.29, 95%CI: 1.001-3.19) และกลุ่มมากว่า 80 ปี ($HR_{adj}$ =3.16 95%CI: 1.63-6.15) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลวมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 4.93 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคหัวใจล้มเหลว (95%CI:2.55-9.53) ส่วนระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี เป็นปัจจัยที่ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตได้ร้อยละ 94 (($HR_{adj}$ =0.036, 95%CI: 1.63-6.15) รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ผลผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบ Cox regression analysis

| ปัจจัย | เสียชีวิต (%) | $HR_{crude}$(95%CI) | $HR_{adj}$(95%CI) | p-value |
|---|---|---|---|---|
| เพศ | | | | |
| ชาย | 48 (58.54) | 1 | 1 | |
| หญิง | 34 (41.46) | 1.78 (1.14-2.76) | 2.17 (1.37-3.44) | 0.001 |
| กลุ่มอายุ (ปี) | | | | |
| <60 | 16 (19.51) | 1 | 1 | |
| 60-80 | 45 (54.88) | 1.29 (0.73 - 2.29) | 1.78 (1.001-3.19) | 0.049 |
| >80 | 21 (25.61) | 2.31 (1.20 - 4.44) | 3.16 (1.63-6.15) | 0.001 |
| ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน (ปี) | | | | |
| < 10 | 46(56.10) | 1 | 1 | |
| ≥10 | 36 (43.90) | 0.04 (0.02-0.096) | 0.036 (0.015-0.086) | <0.001 |
| โรคหัวใจล้มเหลว | | | | |
| ไม่เป็น | 71(86.59) | 1 | | |
| เป็น | 11(13.41) | 3.20 (1.69-6.05) | 4.93 (2.55-9.53) | <0.001 |

**อภิปรายผลการวิจัย**

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ยังคงเป็นปัญหาด้านสุขภาพมาเป็นระยะเวลายาวนาน ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผู้ป่วยและหน่วยบริการด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลกระทบรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ระบุว่า การเสียชีวิตจากโรคเบาหวานจัดอยู่ในอันดับที่ 4 ของการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ รองจากโรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด โรคหลอดเลือดในสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และในช่วง 10 ปีที่ผ่านมานี้ อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงกว่าร้อยละ 10 ต่อปี ถือเป็นอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นรองจากโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้น ซึ่งในปี 2562 ประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานมากถึงวันละ 200 คน[10] ผลการวิจัยนี้พบว่าในพื้นที่อำเภอกาบเชิงจังหวัดสุรินทร์ผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราการเสียชีวิต 2.18 ต่อ 100 คน-ปี (95%CI: 1.73-2.70) ซึ่งถือเป็นอัตราที่สูงเมื่อพิจารณาในพื้นที่ระดับอำเภอ โดยสาเหตุการเสียชีวิตที่พบได้มากที่สุด คือ เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง (ร้อยละ 16.13) หัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 11.83) ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (ร้อยละ 10.75) และการติดเชื้อ ร้อยละ (8.60) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา [6-8] อย่างไรก็ตามอันดับสาเหตุการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา และประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ในประเทศญี่ปุ่นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้ป่วยเบาหวาน คือ เนื้องอก มะเร็งและตามมาด้วยโรคหลอดเลือดและการติดเชื้อ[9] ในการศึกษาครั้งนี้สาเหตุหลักของการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอกาบเชิง คือโรคมะเร็ง โรคของระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และการติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในหลายพื้นที่[11-13] ในส่วนระบบทางเดินหายใจล้มเหลวและการติดเชื้อ เริ่มมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นในปี 2564-2565 เนื่องการสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 จึงส่งผลให้ผู้เบาหวานที่ติดเชื้อโควิด-19 เสียชีวิตเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่า แม้เทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้ามากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือตลอดจนเวชภัณฑ์ต่างๆ แต่จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในแต่ละพื้นที่กลับไม่ได้ลดลง อีกทั้งมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นด้วย

ในส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า เพศหญิงเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตมากกว่าเพศชาย 1.78 เท่า (95%CI;1.14-2.76) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่

ผ่านมาของ Krairittichai, U.และคณะ[6] และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตต้า ของ Nwaneri, C. และคณะ [14] ทั้งนี้ประเด็นหนึ่งที่ผู้หญิงที่เป็นโรคเบาหวานเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนอาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น น้ำหนักเพิ่ม และมีปัญหาการนอนหลับได้ สิ่งนี้สามารถนำไปสู่การพัฒนาของภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง และทำให้ปัญหาสุขภาพรุนแรงขึ้นอีก ปัจจัยด้านกลุ่มอายุพบว่าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มอายุ 60-80 ปี ($HR_{adj}$ =1.29, 95%CI: 1.001-3.19) และกลุ่มมากกว่า 80 ปี ($HR_{adj}$ =3.16 95%CI: 1.63-6.15) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมโทรม อวัยวะต่างๆทำงานได้ลดน้อยลง มีโรคแทรกซ้อนได้ง่ายและรุนแรง ที่สำคัญคือ มีอัตราการตัดแขนขาออกที่ กล้ามเนื้อหัวใจตาย ความบกพร่องทางการมองเห็น โรคไตวายระยะสุดท้ายและวิกฤตน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งล้วนเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อีกทั้งยังขาดคนดูแล จึงส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตได้สูงขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาโรคที่เกี่ยวกับระบบหัวใจ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิด มีสาเหตุจากผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็นความดันโลหิตสูง จนเกิดผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด และนำไปสู่สาเหตุการเสียชีวิต อย่างไรก็ตามศักยภาพและการเข้าถึงการรักษากลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่สำคัญ หากโรงพยาบาลชุมชนสามารถพัฒนายกระดับการป้องกันและรักษาได้ด้วยการเข้าถึงการรักษาพยาบาลทันที สามารถป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหัวใจล้มเหลว หรือโรคหลอดเลือดหัวใจได้ [9, 11] ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี เป็นปัจจัยที่ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตได้ร้อยละ 94 (($HR_{adj}$ =0.036, 95%CI: 1.63-6.15) ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานจะได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากแพทย์และสหวิชาชีพ จนผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี มีวิธีจัดการตนเองเมื่อเผชิญเหตุวิกฤติ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและผ่านประสบการณ์ในการใช้ชีวิต มานาน จึงมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลง

ดังนั้นสาเหตุหลักและความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ อีกทั้งศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละอำเภอมีความแตกต่างกัน จึงต้องเร่งผลักดันการพัฒนาด้านการรักษาผู้ป่วยเบาหวานทั้งในระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ เพื่อลดของภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ที่นำไปสู่การเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพักตร์วิมล ศุภลักษณศึกษาการ อาจารย์นายแพทย์จเด็ด ดียิ่ง และอาจารย์แพทย์หญิงสิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษาตลอดจนชี้ถึงข้อปัญหา และให้แนวทางในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นในงานวิจัยด้วยความเมตตาและ ขอขอบพระคุณนายแพทย์อภิสรรค์ บุญประดับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาบเชิง เจ้าหน้าที่แผนกเวชกรรมสังคม และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลกาบเชิง ทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลต่างๆ

## เอกสารอ้างอิง

1.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี ร่มเย็นมีเดีย; 2560.
2.World Health Organization. Global actionplan for the prevention and control of noncommunicable disease 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
3.สุภาวรรณ เศรษฐบรรจง. การวินิจฉัยการเสียชีวิตจากเบาหวานภายหลังเสียชีวิต. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2559;60 (1):65-78.
4.ชัชลิต รัตรสาร. สถานการณ์ปัจจุบัน และความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2560.
5.ชัชลิต รัตรสาร. สาเหตุการเสียชีวิตในผู้เป็นเบาหวาน กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ; 2566 [อินเตอร์เน็ต: 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dailynews.co.th/articles/3066868/.
6.Krairittichai U, Potisat S. Survival Rates and Mortality Risk Factors of Thai Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. J Med Assoc Thai. 2017;100 Suppl 1:S8-15.
7.Leelawattana R, Rattarasarn C, Lim A, Soonthornpun S, Setasuban W. Causes of death, incidence and risk factors of cardiovascular diseases in Thai type 2 diabetic patients: a 5 year follow-up study. Diabetes Res Clin Pract. 2003;60(3):183-9.
8.Pratipanawatr T, Rawdaree P, Chetthakul T, Bunnag P, Ngarmukos C, Benjasuratwong Y, et al. Thailand Diabetic Registry cohort: predicting death in Thai diabetic patients and causes of death. J Med Assoc Thai. 2010;93 Suppl 3:S12-20.
9.Bujang MA, Kuan PX, Tiong XT, Saperi FE, Ismail M, Mustafa FI, et al. The All-Cause Mortality and a Screening Tool to Determine High-Risk Patients among Prevalent Type 2 Diabetes Mellitus Patients. Journal of diabetes research. 2018;2018:4638327.
10.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถานการณ์เบาหวานในประเทศไทย กรุงเทพฯ: สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย; 2563 [เข้าถึงได้จาก: https://www.facebook.com/ThaiReKnowledgeCenter/photos/a.161991098537931/478544840215887/?type=3.
11.Barr ELM, Cunningham J, Tatipata S, Dunbar T, Kangaharan N, Guthridge S, et al. Associations of mortality and cardiovascular disease risks with diabetes and albuminuria in urban Indigenous Australians: the DRUID follow-up study. Diabet Med. 2017;34(7):946-57.
12.Kawada T. Cardiovascular and all-cause mortality in patients with type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease. J Diabetes Complications. 2017;31(3):646.
13.Rawshani A, Rawshani A, Franzen S, Eliasson B, Svensson AM, Miftaraj M, et al. Mortality and Cardiovascular Disease in Type 1 and Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2017;376(15):1407-18.
14.Nwaneri C, Cooper H, Bowen-Jones D. Mortality in type 2 diabetes mellitus: magnitude of the evidence from a systematic review and meta-analysis. 2013;13(4):192-207.

# การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด ตำบลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

# The development of Health Literacy for Pregnancy Prevention in Early Adolescence in the Municipality of Yang Talat Sub-district, Yang Talat District, Kalasin Province.

(Received: January 13,2024 ; Revised: February 21,2024 ; Accepted: February 25,2024)

**เกศสุดา สุริยะบุตร[1] ชนะพล ศรีฤๅชา[2] วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา[3]**
**Katsuda Suriyaboot[1] Chanaphol Sriruecha[2] Veena Israngura na Ayudhya[3]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มทดลอง จำนวน 82คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Paired Sample t-test ค่าความเชื่อมั่น 95%

การศึกษาวิจัย พบว่า ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นหลังได้รับการพัฒนาความรอบรู้ 15.09 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.07 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p-value < 0.001) ค่าคะแนนเฉลี่ยความความพึงพอใจ หลังได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นหลังได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.92 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

**คำสำคัญ :** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น

**ABSTRACT**

This is a Quasi-Experimental Research. Aimed to study health literacy Compare health knowledge Satisfaction before and after the development of health literacy in preventing early teenage pregnancy in Yang Talat Subdistrict Municipality, Yang Talat District, Kalasin Province, an experimental group of 82 people using selection criteria. Data were collected using a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics. and inferential statistics, Paired Sample t-test, confidence value 95%

Research found that the In the experimental group, after receiving health literacy development Has an average health literacy score Increased after receiving knowledge development of 15.09 points, standard deviation equal to 7.07, with statistical significance at the level (p-value < 0.001). Average satisfaction score After developing health literacy, it was found that the experimental group had an average score of health literacy. increased after developing health literacy The mean score increased by 3.92 points, standard deviation was 0.55, with statistical significance (p-value < 0.001).

**Keyword :** Health literacy, Preventing pregnancy in early teens

[1] ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
[2] รองศาสตราจารย์ ดร.
[3] รองศาสตราจารย์

**บทนำ**

ในปี 2543 จำนวนประชากรทั่วโลกมีมากกว่า 6 พันล้านคนและเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งในปี 2566 จำนวนประชากรทั่วโลกมีกว่า 8 พันล้านคน ถึงแม้จะดูเพิ่มจำนวนถึง 1 ใน 3 ของการเติบโตในรอบ 26 ปี อย่างไรก็ตาม หากคิดตามอัตราร้อยละในแต่ละปีพบว่าในปี 2543 อัตราร้อยละจำนวนประชากรโลกอยู่ที่ 1.34 เมื่อเทียบกับปี 2562 จะพบว่าอัตราร้อยละจำนวนประชากรลดลงอย่างต่อเนื่องอยู่ที่ 1.06 ถึงกระนั้นช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรน่า (Coronavirus) จึงส่งผลต่อจำนวนประชากรโลกในช่วงระหว่างปี 2563 – 2566 ลดจำนวนลงมากกว่าสถิติเดิมอยู่ในอัตราร้อยละ 0.98 0.87 0.83 และ0.88 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าแม้จำนวนประชากรโลกจะยังคงเพิ่มขึ้นทุกปี แต่อัตราการเกิดของประชากรโลกกลับลดลงเล็กน้อยและต่อเนื่องทุกปีเช่นเดียวกัน สาเหตุในการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรโลก แต่อัตราการเกิดของประชากรโลกกลับสวนทางกันนั้นมาจากจำนวนประชากรโลกเสียชีวิตมีจำนวนน้อยกว่าอัตราการเกิด โดยอัตราการเกิดของประชากรโลกในปี 2543 อยู่ที่อัตราร้อยละ -1.09 หรือจำนวน 21.73 คนต่อจำนวนหนึ่งพันคน และอัตราการเสียชีวิตของประชากรโลกอยู่ที่อัตราร้อยละ -0.75 หรือจำนวน 8.64 คนต่อจำนวนหนึ่งพันคน ขณะที่ปี 2562 อัตราการเสียชีวิตของประชากรโลกอยู่กลับเริ่มลดลงอยู่ที่อัตราร้อยละ 0.44 หรือจำนวน 7.57 คนต่อจำนวนหนึ่งพันคน และอัตราการเกิดของประชากรโลกยังลงลดลงอย่างต่อเนื่องอยู่ที่อัตราร้อยละ -1.10 หรือจำนวน 18.28 คนต่อจำนวนหนึ่งพันคน ถึงแม้จะผ่านช่วงวิกฤตการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด -19 มาแล้ว จำนวนประชากรโลกมียังคงเติบโตอย่างเรื่อย ๆ เป็นผลมาจากอัตราการเกิดมากขึ้นซึ่งส่วนทางการอัตราการตายลดลง เป็นผลพวงมาจากวิวัฒนาการด้านการแพทย์ วิทยาศาสตร์และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทุกปีจะมีเด็กผู้หญิงอายุระหว่าง 15 ถึง 19 ปี ประมาณ 16 ล้านคน และเด็กผู้หญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี 2 ล้านคน ให้กำเนิดบุตรทั่วโลกมากกว่า 1 ใน 5 ของจำนวนเด็กผู้หญิงให้กำเนิดบุตรเมื่ออายุ 18 ปี ในภูมิภาคที่ยากจนที่สุดของโลก การคลอดบุตรของวัยรุ่นเกือบทั้งหมดประมาณอัตราร้อยละ 95 โดยเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง การให้กำเนิดบุตรของวัยรุ่นมักเกิดขึ้นในกลุ่มประชากรที่ยากจน การศึกษาน้อยและประชากรในชนบท การตายระหว่างคลอดและการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดในทารกของมารดาวัยรุ่นสูงกว่าทารกหญิงอายุ 20 - 29 ปี ถึงอัตราร้อยละ 50[1]

การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นตอนต้นตามคำนิยามขององค์กรอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) หมายถึง การตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี โดยองค์การระหว่างประเทศ เช่น องค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก ใช้อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี (Adolescent Birth Rate) ในการติดตามสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งปัจจุบันสถานการณ์ภาพรวมทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้น จากข้อมูลทางสถิติพบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของการตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา วัยรุ่นเป็นช่วงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่เป็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยส่งผลให้เกิดปัญหาภายหลัง ทวีปที่กำลังเพิ่มจำนวนของวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอายุระหว่าง 15 -19 ปีต่อประชากร 1,000 คน ได้แก่ ทวีปแอฟริกามีอัตราเฉลี่ย 99.1 ทวีปยุโรปมีค่าเฉลี่ย 16.6 และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีอัตราที่ 37.2 ขณะที่ประเทศไทยอัตราคลอดในวัยรุ่นเฉลี่ยที่ 51.0 ตามลำดับซึ่งยังคงสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่าต้องไม่เกินร้อยละ 10 [1]

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สำคัญมากเป็นจุดเริ่มต้นต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การมีความพร้อมในการเรียนรู้ เข้าใจ เข้าถึง ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถพัฒนาไปสู่วัยผู้ใหญ่ได้อย่างเหมาะสม การวางรากฐานที่ดีทั้งด้านสุขภาพ สติปัญญา และจิตสังคมที่ดี เป็นช่วงเวลาแห่งการ

เรียนรู้ความเสี่ยงและทดลองเปิดโอกาสในการพัฒนาทักษะชีวิตและความต้องการของตน (องค์การอนามัยโลก, 2018) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกันทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดควรสังเกตและสนับสนุนการลงมือทำอยู่ห่าง ๆ เป็นช่วงวัยแห่งการต่อต้านและต้องการอิสระทั้งทางความคิดและสังคมสูงกว่าวัยอื่น การทำความเข้าใจและส่งเสริมพัฒนาการให้ดีตลอดช่วงวัยจะส่งผลดีทั้งต่อวัยรุ่นและครอบครัว หากตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรจะส่งผลเสียต่อวัยรุ่นเผชิญปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น การติดโรคจากการมีเพศสัมพันธ์ เอดส์ ซิฟิลิส หนองในแท้ หนองในเทียม เริม เอชพีวี ความดันโลหิตสูงและภาวะโลหิตจาง เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะตกเลือดหลังคลอด เยื่อบุมดลูกอักเสบ ตลอดจนการเสียชีวิตจากการคลอดบุตร อาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น ส่วนปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความกดดันจากการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมซึ่งจะเป็นปัญหาที่สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ต้องเผชิญมากกว่าสตรีตั้งครรภ์โดยทั่วไป และปัญหาทางด้านสังคม เช่น การถูกออกกลางคันจากสถานศึกษา สืบเนื่องจากมีระดับการศึกษาต่ำ ส่งผลให้ไม่สามารถหางานที่มีรายได้เพียงพอให้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัวอย่างมีคุณภาพและมักไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือร่วมรับผิดชอบจากฝ่ายชาย ตลอดจนครอบครัวและเครือญาติอันเนื่องมาจากการตีตราทางสังคมกลายเป็นแม่วัยใสหรือการกลายเป็นแม่เลี้ยงลูกเดี่ยว เป็นต้น[2]

เพศศึกษาจึงไม่ใช่เรื่องที่เกี่ยวข้องกับแค่เพียงเรื่องเพศสัมพันธ์เท่านั้น หากหมายถึงการศึกษาและบทบาทของตนเองถึงลักษณะความแตกต่างด้านกายภาพของเพศชายและหญิงมีความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงตนเองมากน้อยเพียงใด อาทิเช่น ด้านการดูแลรักษาความสะอาด การระมัดระวังตนเอง การป้องกันตนเองการเปลี่ยนแปลงร่ายกาย เช่น ส่วนสูง/น้ำหนัก เพศชาย การขยายของอวัยวะเพศ เสียง กลิ่น ส่วนในเพศหญิง การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศ การขยายของสะโพกและฐานเต้านม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายส่งผลต่อทางด้านจิตใจ เช่น การมีความวิตกกังวลและสับสนต่อรูปร่างหน้าตา การถูกวิจารณ์ การเปิดเผยหรือแสดงความคิดเห็นมากขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม การเลือกคบเพื่อนเฉพาะ การสนใจเพศตรงข้าม การรักอิสระและต้องการเป็นส่วนตัวมากขึ้น จากสถานการณ์การคลอดบุตรในวัยรุ่นการคลอดของแม่อายุต่ำกว่า 14 ปี มีการคลอดมีชีพของมารดาวัยรุ่นหญิงตอนต้น อายุตั้งแต่ 10-14 ปี โดย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ได้นำข้อมูลการคลอดในวัยรุ่นตามจังหวัดที่แม่คลอดบุตร ที่รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย ที่ได้มีการประกาศเป็นสถิติอย่างเป็นทางการ นำมาวิเคราะห์และจัดทำเป็นอัตราการคลอดและร้อยละการคลอดในวัยรุ่น จำแนกข้อมูลระดับประเทศ ระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด รวมทั้งนำมาวิเคราะห์หาจำนวนและร้อยละของการคลอดในวัยรุ่นปัจจุบันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นของประเทศไทย นับเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากขึ้น ข้อมูลการตั้งครรภ์และคลอดบุตรในวัยรุ่นระหว่าง พ.ศ.2560 – 2564 มีอัตราการคลอดหญิงอายุ 10-14 ปี จำนวน 2,559, 2,385 2,180 2,180 1,640 รายตามลำดับ ถึงแม้อัตราของจำนวนการคลอดบุตรจะลดจำนวนลง หากผู้ตั้งครรภ์นั้นช่วงอายุไม่พึ่งประสงค์กับการตั้งครรภ์อีกทั้งสุขภาพความสมบูรณ์ร่างกายยังไม่เต็มที่ สามารถส่งผลเสียต่อทั้งผู้ตั้งครรภ์และบุตรที่กำเนิดได้มากกว่าวัยผู้ใหญ่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความเสี่ยงทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม การดูแลด้านสุขภาพ ที่ไม่เพียงพอ ทำให้อัตราตายของมารดาวัยรุ่นสูงขึ้นทั้งระยะก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอดได้[2]

สำนักงานเขตสุขภาพในประเทศไทยแบ่งออกเป็นทั้งหมด 13 เขตในการดูแลส่งเสริมและสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อการสร้างสุขภาพ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมด 4 เขต ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 7 เขตสุขภาพที่8 เขตสุขภาพที่9 และเขตสุขภาพที่10 ซึ่งแต่ละเขตได้พื้นที่รับผิดชอบตามการแบ่งทางภูมิศาสตร์ จำนวนประชากรที่ได้

รับผิดชอบนั้นขึ้นกับพื้นที่ ความหลากหลายของวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ เขตสุขภาพที่มีประชากรมากที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ 10 อยู่ที่ 6.7 ล้านคน รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 7 อยู่ที่ 5 ล้านคน เขตสุขภาพที่ 8 อยู่ที่ 4.9 ล้านคน เขตสุขภาพที่ 9 อยู่ที่ 4.6 ล้านคน ตามลำดับ (สำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2565) อย่างไรก็ตาม หากนับความน่าจะเป็นตามจำนวนประชากร วัยรุ่นตอนต้นที่ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมีจำนวนมากไปหาน้อยตามจำนวนประชากร ยกเว้นเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งมีจำนวนประชากรเป็นอันดับสองแต่กลับมีจำนวนประชากรวัยรุ่นตอนต้นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรน้อยที่สุดในระยะ 3 ปีย้อนหลังในปี 2563 - 2565 และในไตรมาสแรกของปี 2566 จำนวน 245 รายขณะที่เขตสุขภาพอื่น ๆ อยู่ที่ 565 ราย 572 ราย และ305 ราย ตามลำดับเขต[3]

เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ มีอาณาเขตติดกันต่อจากอีสานตอนบน ทุกจังหวัดได้ทำการส่งเสริมและสนับสนุนการมีสุขภาพที่ดีให้แก่ประชากรภายในจังหวัดส่งผลทำให้จำนวนประชากรวัยรุ่นตอนต้นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอยู่ในลำดับที่น้อยที่สุดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างไรก็ตามเขตสุขภาพที่ 7 เป็นเขตที่มีอัตราการคลอดของเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี น้อยที่สุด มีอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี จากการสำรวจในระยะ 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ พ.ศ.2561 – 2565 มีอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี จำนวน 223 225 65 89 และ 50 ราย ตามลำดับ ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2564 จำนวนอัตราการตั้งครรภ์ลดลงเนื่องจากเป็นช่วงระบาดของเชื้อไวรัสโคโรน่า การป้องกันโดยการไม่ชุมนุมและอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่นเพื่อลดการแพร่ระบาดและติดเชื้อไวรัส โดยจังหวัดที่มีอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ ตามลำดับ ขณะที่ ปี พ.ศ. 2566 ณ วันที่ 30 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 มีอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุ 10 -14 ปี จำนวนทั้งหมด 90 ราย แบ่งเป็นจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 ราย มหาสารคาม จำนวน 15 ราย ร้อยเอ็ด จำนวน 26 ราย และจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 23 ราย[4]

สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี พบว่าในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์อายุน้อยที่สุดในเขตสุขภาพที่ 7 อายุเพียง 11 ปี (ข้อมูล ณ วันที่ 30 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566) ในเขตพื้นที่อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ภายใต้พื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลอำเภอยางตลาด อีกทั้งจากสถิติจำนวนเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 – 2565 จำนวนเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ตั้งครรภ์สูงสุดเพียง 50 ราย และช่วงอายุเฉลี่ยการตั้งครรภ์ของจังหวัดกาฬสินธุ์อยู่ที่ 11 ปี (งานอนามัยแม่และเด็ก, 2566) ถ้าหากเทียบชั้นการศึกษากำลังศึกษาอยู่ในประถมศึกษาช่วงปลายคือ ชั้นประถมศึกษาที่ 4 – 6 ผู้วิจัยจึงเลือก อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

สำหรับอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ในช่วงระยะ 2 ปีที่ผ่านมาระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2565 ช่วงอายุเฉลี่ยของการตั้งครรภ์ของอำเภอยางตลาดยังคงอยู่ที่ 11 ปี และเป็นอำเภอที่มีจำนวนการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมากที่สุดในจังหวัดในปี พ.ศ. 2566 ถึง 5 ราย จาก 23 ราย ใน 18 อำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลและลงพื้นที่ในการสังเกตการณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงต้องการข้อมูลพื้นฐานเพิ่มเติมและระยะเวลาในการดำเนินวิจัยมีจำกัดและกลุ่มตัวอย่างมีการเลื่อนชั้นการศึกษาและจบการศึกษาจากโรงเรียน โดยมีแนวคิดเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้นเป็นการกำหนดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

**สมมติฐานของการวิจัย**

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

2. ความพึงพอใจหลังการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. นักเรียนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพิ่มมากขึ้น

2. เพื่อได้แนวทางการเรียนการสอนและการสื่อสารของครูผู้สอน อีกทั้งสร้างการรับรู้และความเข้าใจแก่วัยรุ่นตอนต้นเรื่องตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

3. ได้แนวทางการสร้างความรอบรู้สุขภาพและเพศศึกษาของกลุ่มงานด้านสาธารณสุข แก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน

4. เป็นข้อมูลให้แก่บุคคลที่สนใจและบุคคลทั่วไปในการพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นตอนต้นต่อไปในอนาคต

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพด้าน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access Skill) ความรู้และความเข้าใจ (Cognitive Skill) และ ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้นของนักเรียนเขตเทศบาลตำบลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access Skill) ความรู้และความเข้าใจ (Cognitive Skill) และ ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 – 3 โดยศึกษาจากประชากร 1 กลุ่ม แล้วเปรียบเทียบความรอบรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ กลุ่มวัยรุ่นตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 10 – 13 ปี หรือเกิดในปี พ.ศ.2554-2557 กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาชั้นที่ 4 – 6 ปีการศึกษา 2566 ในโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลยางตลาด อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ จำนวน 104 คน

ในการคำนวณกลุ่มของการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของเครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) จากสูตร

$$n = \frac{X^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + X^2 p(1-p)}$$

โดยกำหนดให้

$n$ คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$N$ คือ ขนาดประชากร จำนวน 104 คน

$e$ คือ ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ = 0.05

$X^2$ คือ ค่าไคสแคว์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% = 3.841

$p$ คือ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร กำหนดให้ = 0.5

$$n = \frac{3.841 \times 104 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2(104-1)+3.841 \times 0.5(1-0.5)}$$

$$n = \frac{99.866}{1.21775}$$

$n = 82.01$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ 82 คน

การสุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (Two stage random) ประกอบด้วย การสุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปี โดยหาสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนนักเรียน แล้วทำการสุ่มหากลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปีด้วยการสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ (Systematic sampling) โดยการเรียงรายชื่อนักเรียนตามเลขที่ จากหมายเลข 1 จนถึงเลขที่สุดท้ายในแต่ละห้อง แล้วทำการค้นหากลุ่มตัวอย่างคนแรกของชั้นปี ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แล้วค้นหากลุ่มตัวอย่างคนต่อไปจากการกำหนดช่วงของการเลือกตัวอย่าง (Sampling Interval) โดยกำหนดจากสมการ

$$K = \frac{N}{n}$$

เมื่อ K = ช่วงของการเลือกตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรนักเรียน ในแต่ละระดับชั้นเรียน

n = ขนาดตัวอย่างประชากรนักเรียนในแต่ละระดับชั้นเรียน

การสุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนนักเรียนในแต่ละชั้นปี

| ชั้นประถมศึกษา | จำนวนนักเรียน (คน) | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน) | ช่วงของการสุ่มตัวอย่าง |
|---|---|---|---|
| ประถมศึกษาปีที่ 4 | 32 | 25 | $\frac{32}{25}$ = 1.28 = 1 |
| ประถมศึกษาปีที่ 5 | 35 | 28 | $\frac{35}{22}$ = 1.25 = 1 |
| ประถมศึกษาปีที่ 6 | 37 | 29 | $\frac{37}{29}$ = 1.28 = 1 |
| **รวม** | **104** | **82** | |

**เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)**

1) อายุระหว่าง 10 – 13 ปี หรือเกิดในปี พ.ศ.2553-2556

2) กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2566 ในโรงเรียนที่ศึกษา ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

3) สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย โดยได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง

4) สามารถสื่อสารและเรียนรู้ได้ตามปกติ

5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม

**เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)**

1) อายุต่ำกว่า 10 ปี หรืออายุมากกว่า 13 ปี

2) ไม่ได้ศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2566 ในโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งระดับประถมศึกษา ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลยางตลาด อ. ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์

3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ และไม่ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง ให้เข้าร่วมในการวิจัย

4) ไม่สามารถสื่อสารและเรียนรู้ได้ตามปกติ

5) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้จัดทำในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา เครื่องมือดังกล่าวนำมาประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้าน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access Skill) ความรู้และความเข้าใจ (Cognitive Skill) และ ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) ที่เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย การเจริญเติบโตและพัฒนาการของวัยรุ่น และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเครื่องมือดังกล่าวผู้วิจัยจะนำประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา จำนวนพี่น้อง และการพักอาศัย เป็นคำถามปลายปิด (Closed End) แบบให้เลือกคำตอบและคำถามปลายเปิด (Opened -End) โดยการเติมช่องว่าง

**ส่วนที่ 2** ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของวัยรุ่น และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access Skill) ด้านความรู้และความเข้าใจ (Cognitive Skill) และด้านทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) จำนวน 15 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามแบบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Rating Scale) เป็นคำถามเชิงบวก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

โดยเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| ประเมิน | คะแนน |
|---|---|
| มากที่สุด | 5 |
| มาก | 4 |
| ปานกลาง | 3 |
| น้อย | 2 |
| น้อยที่สุด | 1 |

การแปลผลระดับการรับรู้ โดยคิดค่าคะแนนการรับรู้ ดังนี้

จากสูตร $\frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$

$= \frac{5-1}{3}$

$= 1.33$

แต่ละชั้นต้องบวกเพิ่ม 1.33 คะแนน

ดังนั้น สามารถแปลผลได้ดังนี้

| การแปลผล | คะแนน |
|---|---|
| ระดับมาก | 3.67 ขึ้นไป |
| ระดับปานกลาง | 2.34 – 3.66 |
| ระดับน้อย | 1.00 – 2.33 |

**ส่วนที่ 3** ความพึงพอใจต่อโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5ระดับ (Rating Scale) ในการตอบแบบสอบถาม นั้นผู้วิจัยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำถามเดียว โดยการเลือกตอบตรงกับความพึงพอใจ มีความหมาย ประเมิน 5 ระดับ ดังนี้

| ประเมิน | คะแนน |
|---|---|
| มากที่สุด | 5 |

| | |
|---|---|
| มาก | 4 |
| ปานกลาง | 3 |
| น้อย | 2 |
| น้อยที่สุด | 1 |

การแปลผลระดับการรับรู้ โดยคิดค่าคะแนนการรับรู้ ดังนี้

จากสูตร $\frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$

$= \frac{5-1}{3}$

$= 1.33$

แต่ละชั้นต้องบวกเพิ่ม 1.33 คะแนน

ดังนั้น สามารถแปลผลได้ดังนี้

| การแปลผล | คะแนน |
|---|---|
| ระดับมาก | 3.67 ขึ้นไป |
| ระดับปานกลาง | 2.34 – 3.66 |
| ระดับน้อย | 1.00 – 2.33 |

ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา โดยได้รับคำแนะนำ ตรวจสอบ ปรับปรุง แก้ไข จากอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำมาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ดังนี้

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น มาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง แก้ไขพร้อมทั้งหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Context validity index: CVI) ซึ่งผลจากการทดสอบแบบประเมินมีค่า CVI อยู่ระหว่าง 0.69 จึงจะนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Tryout) ต่อไปได้ โดยวิธี Item Objective Congruence Inder ยอมรับได้คือ .05 ขึ้นไป

$IOC = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนผู้เชี่ยวชาญ}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$

การตรวจสอบความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน (Reliability) โดยการนำเครื่องที่ผ่านการปรับปรุง แก้ไข ตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒแล้วไปทดลองใช้ในประชากรที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง นั่นคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด ตำบลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ซึ่งมีค่ามากกว่า ซึ่งแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาคได้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ 0.88 ความพึงพอใจได้ 0.76 สามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงต่อไป

**จริยธรรมการวิจัย**

ขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย โครงการวิจัยฉบับนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ CASHE660008 ลงวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ.2566

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทำการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

3.6.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับชั้นการศึกษา ศาสนา จำนวนพี่น้อง สถานภาพสมรสของบิดามารดา ระดับการศึกษาของผู้ปกครองและอาชีพของผู้ปกครอง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (Standard Deviation)

3.6.2 การเปรียบเทียบความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังการรับโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t-test

**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง จำนวน 82 คน ส่วนมากมีอายุ 11 ปี ร้อยละ 39.02 ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ51.22 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ35.37 ส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ98.78 มีจำนวนพี่น้องที่มากที่สุดคือมากกว่า 2 คน มี ร้อยละ 31.71 สถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 54.88 ระดับการศึกษาของผู้ปกครองส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 30.49 และอาชีพของผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 29.27 รองลงมาคือทำไรทำนาทำสวน ร้อยละ 20.73

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้น

ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การตั้งครรภ์ที่ดีที่สุดสำหรับวัยรุ่นคือช่วงอายุ 25 ปี คิดว่าการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV) สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับประทานยาคุมกำเนิดสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ มีความรอบรู้ความเข้าใจวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ และ ความรู้และความเข้าใจการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น ในส่วนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับมาก

หลังทดลอง พบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก ทุกหัวข้อ ประกอบด้วย การตั้งครรภ์ก่อรนวัยอันควรในวัยรุ่นจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การตั้งครรภ์ที่ดีที่สุดสำหรับวัยรุ่นคือช่วงอายุ 25 ปี ท่านคิดว่าการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก(HPV)สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับประทานยาคุมกำเนิดสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ และ มีความรอบรู้ความเข้าใจวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์

3. ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ

ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ โรงพยาบาล/สถานบริการด้านสาธารณสุข สะดวกรวดเร็วต่อการเข้าถึงการบริการขอรับถุงยางอนามัย ยาคุมกำเนิด โรงพยาบาล/สถานบริการด้านสาธารณสุข มีขั้นตอนยุ่งยากในการเข้าถึงบริการด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ สามารถปรึกษาและขอคำแนะนำวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล/สถานบริการด้านสาธารณสุขใกล้บ้านได้ และ เคยได้รับข่าวสารข้อมูลด้านการป้องกันการตั้งครรภ์จากแห่งข่าวอื่น เช่น เฟสบุ๊ค อินเตอร์เน็ต หรือเว็บไซต์ต่างๆ ส่วน ความสามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล/สถานบริการด้านสาธารณสุขได้ ที่กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าอยู่ในระดับมาก

หลังทดลอง พบว่า ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น เพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมาก ได้แก่ สามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล/สถานบริการด้านสาธารณสุขได้ โรงพยาบาล/สถานบริการด้านสาธารณสุข สะดวกรวดเร็วต่อการเข้าถึงการบริการขอรับถุงยางอนามัย ยาคุมกำเนิด สามารถปรึกษาและขอคำแนะนำวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล/สถานบริการด้านสาธารณสุขใกล้บ้านได้ และ เคยได้รับข่าวสารข้อมูลด้านการป้องกันการตั้งครรภ์จากแห่งข่าวอื่น เช่น เฟสบุ๊ค อินเตอร์เน็ต หรือเว็บไซต์ต่างๆ แต่พบว่าในหัวข้อ โรงพยาบาล/สถานบริการด้านสาธารณสุข มีขั้นตอนยุ่งยากในการเข้าถึงบริการด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองกลับมีความรู้ ความเข้าใจที่ลดลง

4. ความรอบรู้ด้านทักษะการสื่อสาร

ความรอบรู้ด้านด้านทักษะการสื่อสารการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้นในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบด้วย สามารถอธิบายวิธีการคุมกำเนิดแก่บุคคลอื่นได้ สามารถปฏิเสธคำชักชวนของเพศตรงข้ามได้ สามารถอธิบายถึงอันตรายของการไม่ป้องกัน

การตั้งครรภ์ให้บุคคลอื่นได้ และ สามารถแนะนำโรงพยาบาล/สถานบริการด้านสาธารณสุข ที่สนับสนุนหรือขอเข้ารับบริการการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ยกเว้น สามารถอธิบายการเข้าถึงการรับบริการการป้องกันการตั้งครรภ์ให้กับบุคคลอื่นได้ ที่กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับน้อย

หลังทดลอง พบว่า ความรอบรู้ด้านด้านทักษะการสื่อสารการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้นเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากทุกหัวข้อ ได้แก่ สามารถอธิบายวิธีการคุมกำเนิดแก่บุคคลอื่นได้ สามารถปฏิเสธคำชักชวนของเพศตรงข้ามได้ สามารถอธิบายถึงอันตรายของการไม่ป้องกันการตั้งครรภ์ให้บุคคลอื่นได้ สามารถอธิบายการเข้าถึงการรับบริการการป้องกันการตั้งครรภ์ให้กับบุคคลอื่นได้ และสามารถแนะนำโรงพยาบาล/สถานบริการด้านสาธารณสุข ที่สนับสนุนหรือขอเข้ารับบริการการป้องกันการตั้งครรภ์ได้

5. เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

หลังได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 15.09 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.07 (95%CI=-13.55 ถึง -16.66) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001)

6. เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจ

ความพึงพอใจกลุ่มทดลองก่อนได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.92 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.55 (95%CI=-5.03 ถึง -2.82) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001)

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษาวิจัยการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการพัฒนา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

จากผลการศึกษา พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นหลังได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ค่าคะแนนเฉลี่ย-15.09 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.07 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) นับว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับภาสิต ศิริเทศ และคณะ[5] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ทักษะการคิดวิเคราะห์ ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร และทักษะการจัดการกับอารมณ์และความต้องการของตนเอง สูงกว่ากลุ่มสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

2. ความพึงพอใจหลังการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

จากผลการศึกษา พบว่าความพึงพอใจหลังได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ค่าเฉลี่ย คะแนนเพิ่มขึ้น 3.92 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐานเท่ากับ 0.55 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงในสถานศึกษาอาชีวศึกษา จังหวัดนครราชสีมา[6] จึงสรุปผลได้ว่าหลังการจัดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ครั้งนี้ มีผลทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความพึงพอใจของกลุ่มทดลองดีขึ้น ซึ่งสามารถนำผลที่ได้ไปปรับใช้นักเรียนต่อไปได้

**ข้อเสนอแนะ**

ข้อเสนอแนะทั่วไป

โรงเรียนควรนำโปรแกรมจัดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปใช้กับนักเรียนที่อยู่วัยรุ่นตอนต้นทุกคน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัย ร่วมด้วย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการทำวิจัยเชิงเปรียบเทียบสองกลุ่มในการศึกษาเพื่อศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization: WHO. (2023). **Adolescent pregnancy**. Retrieved 17 June 2023. from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112320/WHO_RHR_14.08_eng.pdf

2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). **อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน ระดับเขตสุขภาพ**. ค้นหาวันที่ 30 มีนาคม 2566 จาก https://anamai.moph.go.th/th.

3. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **รายงานผลการศึกษาความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต สำหรับวัยรุ่น อายุ 10 - 19 ปี พ.ศ. 2565**. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2566 จาก https://rh.anamai.moph.go.th/.

4. อนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 7. (2560). **จำนวนเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ตั้งครรภ์ (กบรส.) ปี พ.ศ. 2566**. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2566 จาก https://hpc7.anamai.moph.go.th/th.

5. ภาสิต ศิริเทศ, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, ศุภชัย ปิติกุลตัง และกรวรรณ ยอดไม้. (2560). ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์.** 47(3), 241-254.

6. วรารัตน์ สังวะลี และจุน หน่อแก้ว. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงในสถานศึกษาอาชีวศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารควบคุมโรค.** 48(1), 120-131