ECH JOURNAL

Journal

of environmental and community health

VOL. 10 NO.4 July - August 2025

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม - สิงหาคม 2568

ISSN : 2672-9717

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2568 VOL.10 NO. 3 July – August 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ประเทศไทย 1
กัลยา เกื้อกูล

ประสิทธิผลการรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพร โรงพยาบาลหนองบัวระเหว 13
เจริญ วันวาน

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี 23
รัดเกล้า แก่นท้าว

การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 34
วาสนา คณะวาปี ,สุกัญญา คณะวาปี ,อภิชิต ศรีอวน

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด 19 49
พิชญ์สิณี ภวภูตานนท์

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลกุมภวาปี 54
ชนาธินาถ ประภาสะโนบล

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลว ติดเชื้อในกระแสเลือด และลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด : กรณีศึกษา 63
นันทวัน พลจันทร์

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Sepsis)ในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์ 75
วนิดา กมลคร ,ดาราณี การจุนสี ,วิลัยวรรณ แสนปลื้ม

ผลของโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถ ในการจัดการอาการและสภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ 83
สุวรรณา ขำทอง

การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผง 92
สุมารินทร์ สรญ์สุรินทร์

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม 100
สุมารินทร์ สรญ์สุรินทร์

ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดเปรียบเทียบกับการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารร่างกายด้วยโยคะในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง 108
สมสาย ชินะภัทรพงศ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านฝาง กรณีศึกษา 2ราย 119
อรดี ชมบุญ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2ราย 130
เพียงขวัญ สาชะรุง

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี 140
สราวุฒิ อินทร์อนันต์

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 152
รัตพงษ์ สินสุวงศ์วัฒน์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับชี่กงแบบประยุกต์ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย 160
ธัชนันท์ วสันธรางกูร ,นิภาภรณ์ ชาญสมร ,ลิกิจ โหราฤทธิ์

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2568 VOL.10 NO. 3 July – August 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 172
นงลักษณ์ เกตุจำปา

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร 186
สิทธิศักดิ์ งาสิทธิ์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร จังหวัดอ่างทอง 197
อนุสรณ์ สุกสีเหลือง

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 206
พรรษกาล โลสันเทียะ

การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ 218
พนิดา อบอุ่น

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตำบลท่าพระยา อำเภอนครชัยศรีจังหวัดนครปฐม 227
วีร์สุดา นาคหล่อ

การพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย 240
สายสวาท สุทธิรักษา

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์: กรณีศึกษา 251
วิไลภรณ์ สัตยารักษ์

การเปรียบเทียบคะแนนความปวด ระหว่างการนวดประคบสมุนไพร กับการนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชาในผู้ป่วยไมเกรน 262
เพ็ชรมะณี พลราชม

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์ที่มีโรคหัวใจร่วมด้วย โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป : กรณีศึกษา 271
ฐาปนีย์ พงศ์ศรีสุภกร

การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากและติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 285
ฉวีวรรณ ฤทธิ์ล้ำเลิศ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้แอมเฟตามีนและมีภาวะแทรกซ้อนกล้ามเนื้อลายสลาย : กรณีศึกษา 298
ธนัชพร งามทับทิม

ประสิทธิผลการการใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาร่วมกับการบริบาลเภสัชกรรมเพื่อช่วยลดอาการคันในผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 311
อลินนันท์ สุดแสนทวีโชติ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง 318
เฉลิม เกตุพงษ์พันธุ์ ,พัชริดา ทองเขาล้าน

การพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารแอมเฟตามีน โรงพยาบาลขอนแก่น : กรณีศึกษา 2 ราย 331
กันตภณ พันธ์ภักดี

การพยาบาลผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง: กรณีศึกษา 2 ราย 340
สงกรานต์ ขันเลื่อน

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2568 VOL.10 NO. 3 July – August 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี 350
ประยงค์ สุดสุข

การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตในชุมชน โดยการดูแลแบบประคับประคอง : กรณีศึกษา 2 ราย 361
อภิรดี เวียงแก้ว

การพัฒนารูปแบบการจัดการยาเฉพาะรายเพื่อลดปัญหายาหมดอายุ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 373
ยุภาวดี พิมพโมทย์

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี 380
วิไลวรรณ ศรีภักดี

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี 391
ขวัญใจ ไกรสินธุ์

การศึกษาความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลในเลือด ฮีโมโกลบินเอวันซี และระดับไขมันในเลือดกับอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 402
จิณณพัต ห้องศิลป์

การศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชนสู่โรคเบาหวานระยะสงบในอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย 415
ชัยพร อมรมุณีพงศ์

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 424
ชบา ตลุนจันทร์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 435
สมนึก นิยมหาญ

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ 445
สุนทร จองวัฒนศักดิ์

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลนครปฐม 457
กัลยา รอดรักษาทรัพย์ ,วันเพ็ญ แววว่องวีรคุปต์

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 470
อรทัย ไชยสุข ,จุฑามาศ จวนสาง ,ฐาปริมนต์ วงศ์รัตนจิรากุล

การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการด้านภาษาบทบาทของพยาบาลในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก 479
ศศิธร ธานี

การพยาบาลผู้คลอดไหล่ยากร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา 488
นภสวรรณ ชำนิวิกัยมาศ

การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกและหลอดเลือดดำพอร์ทัลอุดตัน : กรณีศึกษา 502
ช่อทิพย์ ตันฮวด

การพยาบาลผู้คลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 515
สุจินดา คนดี

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักแบบเปิดที่ได้รับการผ่าตัด ร่วมกับมีลมและเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด : กรณีศึกษา. 525
เกษร เย็นจุระ

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2568 VOL.10 NO. 3 July – August 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครองอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ 536
ธวัธชัย ค่อมค้อ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปาอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ 544
ครรชิต ศรีบรรเทา

ผลการใช้รูปแบบบันได 10 ขั้นในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลหนองคาย 552
พัชรี จิตรกูลสัมพันธ์ ,รัตนา คงชาตรี ,นาตยา ประพฤติ ,ศิรินันท์ ชัยภูมี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกคลอด อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต 563
ขวัญตา บุรีรักษ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี 571
นพรัตน์ อวิโรธน์

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง (TEAMV) ในผู้สูงอายุที่มีระดับการรู้คิดบกพร่องน้อย 583
เกศณี สีรี

การพยาบาลวิสัญญีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว สำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation 591
จิตรา สีใส

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลคลองหลวง 604
ชนัญชิดา บุตรคำโชติ

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะช็อกจากระบบประสาทร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลว : กรณีศึกษา 614
สลิลลา เลิศวงศ์อุดมพร

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา 626
มณีรัตน์ ศรีสวัสดิ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดการบำบัดตามแนวซาเทียร์ร่วมกับสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 638
จิราพร มณีปกรณ์ ,อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ ,ชญาดา กลิ่นพิบูลย์

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 651
อุเทน จิณโรจน์

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 661
หทัยรัตน์ สุทธินิมิตร

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis แบบรุนแรง: กรณีศึกษา 671
วราภรณ์ เย็นอารมย์

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง 677
ถนอมทรัพย์ สกุลทอง

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 34 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กรกฎาคม – สิงหาคม 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม การรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดไทยแบบราชสำนัก การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะปอดอักเสบ การเตรียมความพร้อมต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลว การเฝ้าระวังสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Sepsis) การวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดเปรียบเทียบกับการรักษาทางกายภาพบำบัด การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคเรื้อรัง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับชี่กงแบบประยุกต์ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อน การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์ การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ประสิทธิผลการการใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชา การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น การพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารแอมเฟตามีน การพยาบาลผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก การจัดการยาเฉพาะรายเพื่อลดปัญหายาหมดอายุ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การศึกษาความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลในเลือด การศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักแบบเปิด ผลการใช้รูปแบบบันได 10 ขั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ECH JOURNAL

Journal

of environmental and community health

VOL. 10 NO.4 July - August 2025

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม - สิงหาคม 2568

ISSN : 2672-9717

PART I

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2568 VOL.10 NO. 3 July – August 2025 Part1

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ประเทศไทย 1
กัลยา เกื้อกูล

ประสิทธิผลการรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพร โรงพยาบาลหนองบัวระเหว 13
เจริญ วันวาน

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี 23
รัดเกล้า แก่นท้าว

การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 34
วาสนา คณะวาปี ,สุกัญญา คณะวาปี ,อภิชิต ศรีอวน

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด 19 49
พิชญ์สิณี ภวภูตานนท์

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลกุมภวาปี 54
ชนาธินาถ ประภาสะโนบล

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลว ติดเชื้อในกระแสเลือด และลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด : กรณีศึกษา 63
นันทวัน พลจันทร์

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Sepsis)ในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์ 75
วนิดา กมลคร ,ดาราณี การจุนสี ,วิลัยวรรณ แสนปลื้ม

ผลของโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถ ในการจัดการอาการและสภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ 83
สุวรรณา ขำทอง

การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผง 92
สุมารินทร์ สรญ์สุรินทร์

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม 100
สุมารินทร์ สรญ์สุรินทร์

ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดเปรียบเทียบกับการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารร่างกายด้วยโยคะในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง 108
สมสาย ชินะภัทรพงศ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านฝาง กรณีศึกษา 2ราย 119
อรดี ชมบุญ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2ราย 130
เพียงขวัญ สาชะรุง

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี 140
สราวุฒิ อินทร์อนันต์

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 152
รัตพงษ์ สินสุวงศ์วัฒน์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับชี่กงแบบประยุกต์ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย 160
ธัชนันท์ วสันธรางกูร ,นิภาภรณ์ ชาญสมร ,ลิกิจ โหราฤทธิ์

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2568 VOL.10 NO. 3 July – August 2025 Part1

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	172
นงลักษณ์ เกตุจำปา	
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร	186
สิทธิศักดิ์ งาสิทธิ์	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร จังหวัดอ่างทอง	197
อนุสรณ์ สุกสีเหลือง	
การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์	206
พรรษกาล โลสันเทียะ	
การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์	218
พนิดา อบอุ่น	
ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตำบลท่าพระยา อำเภอนครชัยศรีจังหวัดนครปฐม	227
วีร์สุดา นาคหล่อ	
การพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย	240
สายสวาท สุทธิรักษา	
การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์: กรณีศึกษา	251
วิไลภรณ์ สัตยารักษ์	
การเปรียบเทียบคะแนนความปวด ระหว่างการนวดประคบสมุนไพร กับการนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชาในผู้ป่วยไมเกรน	262
เพ็ชรมะณี พลราชม	
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์ที่มีโรคหัวใจร่วมด้วย โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป : กรณีศึกษา	271
ฐาปนีย์ พงศ์ศรีสุภกร	
การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากและติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา	285
ฉวีวรรณ ฤทธิ์ล้ำเลิศ	
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้แอมเฟตามีนและมีภาวะแทรกซ้อนกล้ามเนื้อลายสลาย : กรณีศึกษา	298
ธนัชพร งามทับทิม	
ประสิทธิผลการการใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาร่วมกับการบริบาลเภสัชกรรมเพื่อช่วยลดอาการคันในผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์	311
อลินนันท์ สุดแสนทวีโชติ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง	318
เฉลิม เกตุพงษ์พันธุ์ ,พัชริดา ทองเขาล้าน	
การพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารแอมเฟตามีน โรงพยาบาลขอนแก่น : กรณีศึกษา 2 ราย	331
กันตภณ พันธ์ภักดี	

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 34 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กรกฎาคม – สิงหาคม 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม การรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดไทยแบบราชสำนัก การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะปอดอักเสบ การเตรียมความพร้อมต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลว การเฝ้าระวังสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Sepsis) การวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดเปรียบเทียบกับการรักษาทางกายภาพบำบัด การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคเรื้อรัง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับชี่กงแบบประยุกต์ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อน การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์ การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ประสิทธิผลการการใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชา การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น การพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารแอมเฟตามีน การพยาบาลผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก การจัดการยาเฉพาะรายเพื่อลดปัญหายาหมดอายุ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การศึกษาความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลในเลือด การศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักแบบเปิด ผลการใช้รูปแบบบันได 10 ชั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ประเทศไทย

Long-Term Care Model for Dependent Elderly with Community Participation in a Subdistrict Health Promoting Hospital in Southern Thailand.

(Received: July 10,2025 ; Revised: July 18,2025 ; Accepted: July 21,2025)

กัลยา เกื้อกูล[1]
Kanlaya Kueakun[1]

บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องมีการออกแบบอย่างมีส่วนร่วมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวอย่างมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งของภาคใต้ ประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 34 คน เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล 32 คน และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 8 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน Pair sample t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง เป็นทรัพยากรและระบบที่จำเป็นต่อการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ มี 4 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ บุคลากรผู้ดูแล การสนับสนุนจากหน่วยงาน การมีญาติที่ใกล้ชิด และการมีข้อมูลสารสนเทศ 2) องค์ประกอบในการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกลไกการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมและต่อเนื่องระยะยาว มี 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การเข้าถึงและการดูแลต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของญาติและผู้ดูแล และการดูแลเฉพาะด้าน และ 3) องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลระยาว เป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจและสังคม ด้านการลดภาระของญาติ และด้านความพึงพอใจ โดยผลประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) หลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการปฏิบัติ 0.79 (95% CI: 0.30- 1.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิง การดูแลระยาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

The development of long-term care models for dependent elderly necessitates a participatory design to align with the changing demographics of an aging society. This action research study aimed to develop a participatory long-term care model for dependent elderly in a sub-district health promotion hospital in Southern Thailand. Key informants included 1) 34 dependent elderly, 2) 32 nursing personnel, and 3) 8 caregivers of the dependent elderly. Data were analyzed using descriptive statistics, inferential statistics (Paired-samples t-test), and content analysis.

The research findings revealed that the participatory long-term care model for dependent elderly consists of three main components: 1) structural component, which are resources and systems necessary for efficient service provision, with 4 sub-components: caregiver personnels, agencies support, close relatives available, and information communicate; 2) component for providing home healthcare and rehabilitation services, which are mechanisms for participatory and continuous long-term care for the dependent elderly, with 3 sub-components: access and continuity of care, relatives and caregivers participation, and specialized care; and 3) component of long-term care outcomes, which are health outcomes, mental and social outcomes, burden reduction of relatives, and satisfaction. Assessing the Activities of Daily Living (ADL), the average score

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาวง จังหวัดกระบี่

after implementing the care model increased by 0.79 compared to before its implementation (95% CI: 0.30-1.27), indicating statistical significance.

Keywords: Long-Term Care, Dependent Elderly, Elderly, Sub-district Health Promoting Hospital

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีประชากร 66.3 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2574 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 17.8 ล้านคน คิดเป็น 1 ใน 4 ของประชากรไทยทั้งหมด[1] ซึ่งแนวโน้มนี้สอดคล้องกับการคาดการณ์ของสหประชาชาติ ที่ระบุว่าประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าประเทศอื่น ๆ ในอาเซียน และก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยเร็วกว่าประเทศส่วนใหญ่ในภูมิภาคถึง 20 ปี โดยคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 4 ต่อปี และผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 6 ต่อปี[2]

ทั้งนี้ การเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงจากความชรา เป็นกระบวนการทางชีวภาพที่ซับซ้อน มีลักษณะการทำงานทางสรีรวิทยาลดลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลกระทบต่อการอยู่รอดและการสืบพันธุ์ที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิต ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มความไวต่อโรคเรื้อรังต่าง ๆ[3] และเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงหรือภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิต ซึ่งครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เช่น การได้รับการเลี้ยงดู การสนับสนุนทางการเงิน การได้รับโอกาสทางการศึกษา การได้รับความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา การมีเพื่อนคอยให้กำลังใจ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น ซึ่งโดยทั่วไปประเมินด้วยกิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living; ADL) เพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้าในการดูแลตนเอง และการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหวีผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ขั้น[4] ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ จำเป็นต้องอาศัยผู้อื่นดูแล เช่น ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการการดูแลช่วยเหลือที่หลากหลาย เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคแทรกซ้อน การดูแลแผลกดทับ ด้านบริการด้านสังคม การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การจัดกิจกรรม การช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ซึ่งต้องใช้เวลารักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง และมักมีโรคแทรกซ้อนหลายโรคพร้อมกัน ความซับซ้อนของโรคในผู้สูงอายุส่งผลให้ความต้องการบริการสุขภาพมีความหลากหลายมากขึ้น และเป็นรูปแบบการเจ็บป่วยและความต้องการบริการสุขภาพในผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 21[5]

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care) ซึ่งดำเนินการ ระหว่างการบริการสาธารณสุขและบริการทางสังคม เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน[6] ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านหรือติดเตียง เหล่านี้ เป็นผู้ที่มีภาวะเสื่อมถอยทางการทำงาน ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ซับซ้อนหรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เช่น การอาบน้ำแต่งตัว และการกิน ซึ่งถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต[7] โดยบุคลากรที่มีความสำคัญในระบบนี้ ได้แก่ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager -CM) ซึ่งเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่ผ่านการอบรม รวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver - CG) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan: CP) โดยหน่วยบริการสาธารณสุข

สนับสนุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง[6]

อย่างไรก็ดี การจัดระบบการดูแลระยะยาวในปัจจุบันเผชิญกับจุดอ่อนและข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ แนวคิดการดูแลที่เน้นการรักษาชีวิตมากกว่าการส่งเสริมคุณภาพชีวิต การขาดการบูรณาการบริการระหว่างสุขภาพและสังคม การขาดมาตรฐานในการให้บริการ และการขาดการควบคุมคุณภาพบริการ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับบริการที่เหมาะสมและมีคุณภาพ[5] ดังนั้น รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข รวมทั้งสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุให้สามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ใกล้ชิดกับครอบครัว และชุมชน จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลในชุมชนโดยไม่ต้องย้ายไปอยู่ในสถานพยาบาล ส่งผลดีต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ รวมถึงส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชน การดูแลในรูปแบบนี้เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ช่วยลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์ และสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการดูแลในชุมชน ตลอดจนสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่กำลังเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากร และทรัพยากร ในการดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลนี้จะช่วยลดการพึ่งพาสถานพยาบาล และกระจายภาระการดูแลไปสู่ครอบครัวและชุมชน เป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด[8]

ด้วยเหตุนี้ การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงจำเป็นต้องมีการออกแบบอย่างมีส่วนร่วม ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุซึ่งมีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นในอนาคต และภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากและผู้ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การดูแลสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นจุดเชื่อมโยงและประสานงานระหว่างผู้สูงอายุในชุมชนกับระบบบริการสุขภาพ มีความใกล้ชิดกับชุมชน และสามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้ง่าย มีบุคลากร และทรัพยากรอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุ อีกทั้งช่วยให้เข้าใจถึงความต้องการ และปัญหาของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล เช่น ปัจจัยด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งของภาคใต้ ประเทศไทย

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[9] ดังรายละเอียดต่อไปนี้

พื้นที่ศึกษา

การเลือกพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งของภาคใต้ ประเทศไทย

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งของภาคใต้ ประเทศไทย ดำเนินการศึกษาตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ใน 4 ขั้นตอน

ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการวางแผน 2) ขั้นตอนการปฏิบัติ 3) ขั้นตอนการสังเกต และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผล โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน เป็นการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์จากสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคของระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผ่านมาในหน่วยบริการปฐมภูมิ บ้าน/ชุมชนในพื้นที่ศึกษา และแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ ของประเสริฐ อัสสันตชัย และคณะ [11] มายกร่างประเด็นเนื้อหารูปแบบระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถูกเลือกด้วยวิธีการคัดเลือกแบบมีเกณฑ์ (Criterion sampling) คือ 1) เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล ในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล หรือการดูแลในชุมชน และระยะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง และ 2) มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลออกจากการวิจัย คือ 1) ผู้ที่ขอถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการทำวิจัย และ 2) ผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

เครื่องมือที่ใช้

1. แนวคำถามในการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งของภาคใต้ ประเทศไทย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมา พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานที่เกิดขึ้น

2. โปรแกรมบันทึกการดูแลตามระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ออนไลน์ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; (https://ltcnew.nhso.go.th/)

3. โปรแกรม Long Term Care 3C ของกรมอนามัย; https://ltc.anamai.moph.go.th/

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การประชุมระดมความคิด (Brainstorming) ระหว่างผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อวิเคราะห์ปัญหาจากอุบัติการณ์ และข้อจำกัดของการจัดบริการภายในหน่วยบริการ ผู้เข้าร่วมการประชุม จำนวน 16 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน แพทย์แผนไทย 1 คน พนักงานบริการ 2 คน และตัวแทนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 7 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลผู้รับผิดชอบและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลผู้รับผิดชอบและดูแลศูนย์การดูแลต่อเนื่อง เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย โภชนากร ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง

2. การประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อนำเสนออุบัติการณ์ และร่วมวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ที่ผ่านมา และพัฒนาการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกัน ผู้เข้าร่วมการประชุม จำนวน 16 คน ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) 8 คน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น 2 คน นักวิชาการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4 คน ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ เป็นการดำเนินการตามแนวทางร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และชุมชน ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ และเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งระยะก่อน ระยะเข้าสู่การเข้ารับบริการภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระยะส่งต่อระหว่างสถานบริการ

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการคัดเลือกแบบมีเกณฑ์ คือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปีงบประมาณ 2568 และต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแล มีความสามารถในการสื่อสารและโต้ตอบได้ จำนวน 34 คน 2) เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งดูแลตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง จำนวน 32 คน และ 3) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 8 คน สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลออกจากการวิจัย คือ 1) ผู้ที่ขอถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการทำวิจัย และ 2) ผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

เครื่องมือที่ใช้

1. แนวคำถามการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมา พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงรูปแบบที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการปฏิบัติการในพื้นที่ดำเนินการ

2. แบบฟอร์มการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II)) ของวิลัยวรรณ มากมี [10] แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การประเมินแนวปฏิบัติรายหมวด จำนวน 6 หมวด 23 ข้อ และ 2) การประเมินแนวปฏิบัติในภาพรวม จำนวน 2 ข้อ ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งดูแล ตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่องร่วมดำเนินการกับผู้วิจัยในการประเมิน และเป็นบรรณาธิการ หรือผู้พัฒนาแนวปฏิบัติร่วมซึ่งไม่มีอคติจากผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การประชุมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล เพื่อพิจารณา และดำเนินการตามแนวทางการดำเนินการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้เข้าร่วมการประชุม จำนวน 32 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 5 คน (พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 คน และพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 2 คน ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลชุมชน และผู้รับผิดชอบดูแลศูนย์การดูแลต่อเนื่อง) และสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน 27 คน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน แพทย์แผนไทย 1 คน พนักงานบริการ 2 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน โภชนากร 1 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) 8 คน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น 2 คน นักวิชาการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 4 คน ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง

2. การดำเนินการตามแนวทางการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าร่วมในขั้นตอนนี้ จำนวน 34 คน เป็นระยะเวลา 6 เดือน

3. ขั้นตอนการสังเกต เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกต นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดร่วมกัน เพื่อประเมินผลการปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการคัดเลือกแบบมีเกณฑ์ คือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปีงบประมาณ 2568 (ระหว่างเดือนตุลาคม 2567-กันยายน 2568) และต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแล มีความสามารถในการสื่อสารและโต้ตอบได้ จำนวน 34 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับที่ได้รับการดูแลจากขั้นตอน 2 การปฏิบัติ 2) เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล ในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งดูแลตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง จำนวน 32 คน และ 3) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 8 คน สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลออกจากการวิจัย คือ 1) ผู้ที่ขอถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการทำวิจัย และ 2) ผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[11]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในกิจกรรมการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. การรวบรวมและบันทึกผลการดำเนินงาน ตลอดจนประเมินการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึก 30 นาทีต่อคน

4. ขั้นตอนการสะท้อนผล เพื่อติดตามผลการแก้ไขปัญหา และนำสิ่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการหรือแก้ไขได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับรูปแบบการดำเนินงาน โดยส่วนที่ดำเนินการได้ดีนำไปขยายผล และปรับรูปแบบและปฏิบัติซ้ำในวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล ดำเนินการคัดเลือกแบบมีเกณฑ์ คือ 1) เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล ในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือการดูแลในชุมชน และระยะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง และ 2) มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลออกจากการวิจัย คือ 1) ผู้ที่ขอถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการทำวิจัย และ 2) ผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

เครื่องมือที่ใช้

1. แนวคำถามในการปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมา พร้อมรับฟัง

ข้อคิดเห็นถึงรูปแบบทางการพยาบาล ในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่พัฒนาขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การประชุมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล เพื่อติดตามผลการแก้ไขปัญหาและนำสิ่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการหรือแก้ไขได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับรูปแบบการดำเนินงาน ผู้เข้าร่วมการประชุม จำนวน 32 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 5 คน (พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 คน และพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 2 คน ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลชุมชน และผู้รับผิดชอบดูแลศูนย์การดูแลต่อเนื่อง) และสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และโรงพยาบาลชุมชน 27 คน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน แพทย์แผนไทย 1 คน พนักงานบริการ 2 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน โภชนากร 1 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) 8 คน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น 2 คน นักวิชาการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 อาสาสมัครสาธารณสุข 4 คน ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ชุด คือ 1) แนวคำถามการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม 2) แนวคำถามรูปแบบในการปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) แบบฟอร์มการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II)) ของวิลัยวรรณ มากมี[10] และ 4) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข[11] โดยเครื่องมือชุดที่ 1 และ 2 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบและมีความเชี่ยวชาญ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมและมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ จะถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามชนิดและการกระจายของข้อมูล และสถิติเชิงอนุมานด้วย paired sample t-test

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ดำเนินการถอดเทปข้อมูลที่ได้จากการศึกษา และการบันทึกมาทบทวน ตามความสอดคล้องของข้อมูล และประเด็นที่สำคัญ

2. นำข้อมูลมาทบทวนอีกครั้งโดยละเอียดและตีความ พร้อมทำการสกัดข้อความหรือประโยคที่สำคัญ

3. นำข้อมูลที่มีความหมายเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันมาไว้กลุ่มเดียวกัน โดยมีรหัสข้อมูลกำกับทุกข้อความ แล้วจึงตั้งชื่อคำสำคัญ ซึ่งเป็นการสร้างหัวข้อสรุป และกลุ่มหัวข้อสรุปแนวคิดในตัวข้อมูล โดยดำเนินการจัดเป็นทั้งกลุ่มใหญ่ (Themes) และกลุ่มย่อย (Sub-theme) ที่อยู่ภายใต้ความหมายของกลุ่มใหญ่ จากการอ่านทบทวนข้อมูลปฐมภูมิที่อยู่ในรูปข้อความทางภาษาซึ่งเก็บรวบรวมได้จากแหล่งต่าง ๆ ที่ศึกษา เสร็จแล้วจึงแบ่งแยกข้อมูลดังกล่าว ออกเป็นส่วนย่อย (Breaking Down) ตามหน่วยความหมาย (Meaning Unit) หรือหน่วยวิเคราะห์ (Analysis Unit) ในระดับเบื้องต้น จากนั้นดำเนินการกำหนด

ข้อความสั้น ๆ เพื่อใช้เป็นหัวข้อสรุปแนวคิดที่สะท้อนความหมายสำคัญ แล้วจึงนำหัวข้อสรุปแนวคิดที่มีความหมายคล้ายคลึง หรือแตกต่างกันมาจัดเป็นกลุ่มหัวข้อสรุปแนวคิด (Conceptual Categories) ต่าง ๆ

4. ดำเนินการเขียนอธิบายสิ่งที่ค้นพบ พร้อมทั้งยกตัวอย่างคำพูดประกอบคำหลักสำคัญที่ได้ เพื่อแสดงความชัดเจนของรูปแบบการดูแลระยะยาว ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในภาคใต้ ประเทศไทย สามารถอธิบายผลการศึกษาได้เป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของของผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม และ 3) ผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 34 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.52 เป็นผู้สูงอายุตอนปลายที่อยู่ในช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.62 2) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล จำนวน 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 41.17 และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) จำนวน 8 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 62.5

ส่วนที่ 2 รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในภาคใต้ ประเทศไทย สามารถอธิบายผลการศึกษาได้ดังนี้

รูปแบบการดูแลระยะยาวอย่างมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ ความเข้าใจ ความใกล้ชิด และการมีส่วนร่วม เสมือนญาติพี่น้อง และอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติมากที่สุด หรืออยู่ร่วมกับลูกหลานได้อย่างมีความสุขและได้รับการเอาใจใส่

ทั้งนี้สามารถอธิบายองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการดูแลระยะยาว ได้เป็น 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง 2) องค์ประกอบในการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 3) องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลระยาว ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ภาพประกอบ 1)

1. องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง ซึ่งเป็นทรัพยากรและระบบที่จำเป็นต่อการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย คือ

องค์ประกอบย่อยที่ 1 บุคลากรผู้ดูแล คือ การมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และ Care Giver (CG) ที่มีความรู้ความสามารถ เป็นการจัดหาทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ.

องค์ประกอบย่อยที่ 2 การสนับสนุนจากหน่วยงาน คือ การได้รับการสนับสนุนจาก อบต. และมีเงินทุนที่เพียงพอ เป็นการจัดหาทรัพยากรทางการเงินและนโยบายที่จำเป็นในการขับเคลื่อนการดูแล.

องค์ประกอบย่อยที่ 3 การมีญาติที่ใกล้ชิด ซึ่งแม้จะเป็นเรื่องของทัศนคติและการปฏิบัติ แต่

การที่ญาติให้ความร่วมมือก็เป็นโครงสร้างทางสังคมที่สำคัญในการดำเนินงานดูแลที่บ้านได้อย่างราบรื่น

องค์ประกอบย่อยที่ 4 การมีโครงสร้างพื้นฐานด้านข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการสื่อสารประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ ที่จะสร้างความเข้าใจและนำไปสู่การมีส่วนร่วม

2. องค์ประกอบการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกลไกในการดูแลที่ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยได้รับเพื่อให้การดูแลเกิดการมีส่วนร่วม และได้รับการดูแลต่อเนื่องระยะยาวอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือ

องค์ประกอบย่อยที่ 1 การเข้าถึงและการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ในการลงพื้นที่ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านบ่อย ๆ เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย และดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว

องค์ประกอบย่อยที่ 2 การมีส่วนร่วมของญาติและผู้ดูแล (Care Giver) ทั้งการให้ความรู้และฝึกทักษะ ซึ่งบุคลากร รพ.สต. ควรให้ความรู้และแนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไป การเตรียมอาหาร การทำกายภาพบำบัด และการดูแลสุขอนามัย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว เพื่อให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและถูกวิธี และการสร้างความร่วมมือที่ต้องส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล และทำความเข้าใจหากบางครั้งญาติไม่ให้ความร่วมมือ หรือผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี ควรเน้นย้ำว่าการดูแลนี้เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่ ไม่ใช่การผลักภาระให้เจ้าหน้าที่ทั้งหมด

องค์ประกอบย่อยที่ 3 การดูแลเฉพาะด้าน ประกอบด้วย การทบทวนเรื่องการกินอาหาร การแนะนำอาหารเสริม เช่น นม และอาหารที่มีประโยชน์ การทำกายภาพบำบัด และการดูแลทั่วไปเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น และการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น แพมเพิส นม หรือการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือ/ศูนย์ยืมอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น เตียงในชุมชน เพื่อให้เข้าถึงได้ทั่วถึง

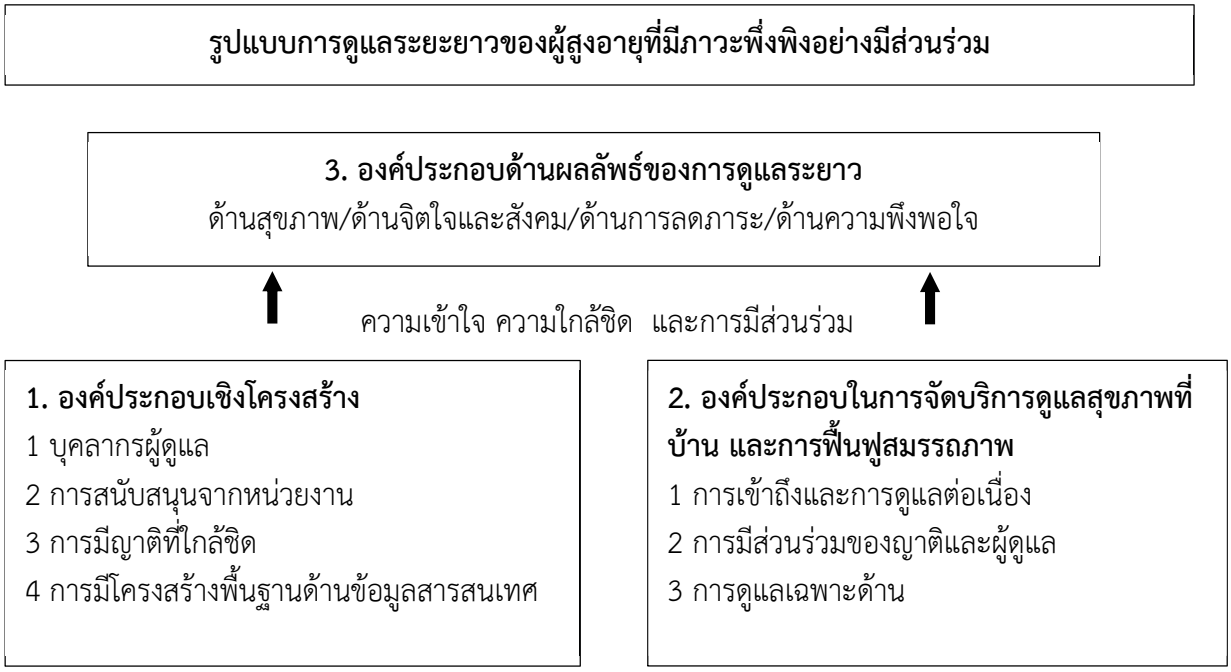
3. องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลระยาว ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ คือ การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายที่ดีขึ้น ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายได้ดีขึ้นและสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ด้านจิตใจและสังคม คือ ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่ดีขึ้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข ด้านการลดภาระ ซึ่งญาติและครอบครัวมีภาระในการดูแลลดลง สามารถเข้าถึงความช่วยเหลือและอุปกรณ์ได้ง่ายขึ้น และด้านความพึงพอใจ ที่จะให้ผู้สูงอายุและญาติมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าหลังการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (M= 5.47, SD=2.00; M=6.26, SD=1.84 p –value <0.05) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้นดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในภาคใต้ประเทศไทย

Variable	ก่อน		หลัง		Mean	95%CI	t	df	*p-value**
	Mean	SD	Mean	SD	difference				
ADL	5.47	2.00	6.26	1.84	0.79	0.30- 1.27	3.33	33	0.00

*p-value < 0.05



ภาพประกอบ 1 รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง 2) องค์ประกอบในการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และ 3) องค์ประกอบหลักด้านผลลัพธ์ของการดูแลระยาว ซึ่งองค์ประกอบแรกในเรื่องของโครงสร้าง ทั้งบุคลากรผู้ดูแล การสนับสนุนจากหน่วยงาน การมีญาติใกล้ชิด การมีโครงสร้างพื้นฐานด้านข้อมูลสารสนเทศ เป็นองค์ประกอบสำคัญให้เกิดการบริหารจัดการที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Decharatanachart & Kochakote[12] ซึ่งได้อธิบายถึงรูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไว้เป็น 4C ด้วยกัน คือ 1) Care Policy 2) Care Management 3) Care Integration และ 4) Care Participation หรือการให้ความสำคัญต่อนโยบายการบริหารจัดการ การบูรณาการ และการมีส่วนร่วม ทั้งนี้การสร้างกลไกในการบริหารระดับชุมชนควรเพิ่มศักยภาพในการจัดให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นหน่วยจัดบริการ และงบประมาณกับกองทุนอื่น ๆ และผลักดันประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ[13] ซึ่งการดำเนินการจึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจ ความใกล้ชิดและการมีส่วนร่วม[14] ไม่เพียงเฉพาะผู้ป่วยกับผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Laosan et al[15] ซึ่งพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม ใน รพ.สต. เวียง จ.อุบลราชธานี ในรูปแบบ “คึดฮอด จอดเถิง เบิงแยง ฮักแพง บ่ถิ่มกัน” โดย “คึดฮอด” คือการคิดถึงที่ผู้ให้การดูแลเปรียบเหมือนบุตรหลานนึกถึงผู้เป็นตายายที่มีภาวการณ์เจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแล “จอดเถิง” คือ การเข้าถึง โดยทีมผู้ดูแลที่ให้การดูแลระดับชุมชน และเข้าถึงบ้าน “เบิงแยง” คือการดูแลด้วยการศึกษาปัญหาที่แท้จริงในการให้การดูแล “ฮักแพง” คือความรักที่ส่งมอบผ่านการดูแลโดยทีมดูแล และ “บ่ถิ่มกัน” คือการดูแลที่ไม่ทิ้งกันอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งหลักการเหล่านี้จะช่วยสนับสนุนไปยังองค์ประกอบในการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ยั่งยืนได้ต้องเข้าถึงและมีการดูแล

ต่อเนื่อง การสร้างการมีส่วนร่วมของญาติและผู้ดูแลและการดูแลเฉพาะด้าน ซึ่งการดูแลจำเป็นต่อการรักษาความเป็นอิสระและลดภาระของผู้ดูแล ด้วยการเพิ่มความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งกาย และการเคลื่อนไหว ซึ่งจะส่งเสริมให้ประสิทธิของการมีกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และผู้สูงอายุจะได้รับประสบการณ์ความเป็นอิสระมากขึ้น ความเครียดลดลง และมีการมีส่วนร่วมทางสังคมที่ดีขึ้น[16] ซึ่งจะพบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ผลการวิจัยเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น แม้การเปลี่ยนแปลงในไม่เด่นชัดเนื่องจากพยาธิสภาพและอาการของโรคที่เกิดขึ้นอยู่เดิมของผู้ป่วย แต่เป็นส่วนที่สามารถสะท้อนถึงความพึงพอใจในการได้รับบริการดูแลระยะยาว ที่สามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงได้[17]

เอกสารอ้างอิง

1.Department of Older Persons. Situation of The Thai Older Persons 2022 [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 21]. Available from: https://thaitgri.org/?p=40218

2.United Nation. World Population Ageing 2020 [Internet]. 2020 [cited 2024 Nov 21]. Available from: https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210051934

3.Stearns SC, Medzhitov R. Aging. In: Stearns SC, Medzhitov R, editors. Evolutionary Medicine [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 21]. Available from: https://doi.org/10.1093/oso/9780192871978.003.0008

4.Aunchittatha Sirikampeng, Pakdee Phosing. The Long Term Care for the Elderly Dependency on Thailand Country 4.0 Era. Dhammathas Acad J. 2017; 17(3):235–43.

5.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไบบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชช์ เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, บวรศม ลีระพันธ์. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ดีเซมเบอร์ี่; 2561.

6.โพธิ์ศรี แก้วศรีงาม. ระบบการดูแลระยะยาวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2564; 11(2):306–31.

7.Braga PG, Mendes KDS, Fernandes D de S, Silva MP de A e, Ferreira AB, Coêlho WG, et al. Nursing care when bathing dependent elderly people at home: A scoping review. Nurs Pract Today. 2024; 11(3):224–38.

8.Gruber EM, Zeiser S, Schröder D, Büscher A. Workforce issues in home- and community-based long-term care in Germany. Health Soc Care Community. 2021; 29(3):746–55.

9.วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2558; 2(1):29–49.

10.วิลัยวรรณ มากมี. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.

11.ประเสริฐ อัสสันตชัย, สิรินทร ฉันศิริกาญจน, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ร่วมกับ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี; 2557.

12.Decharatanachart Y, Kochakote Y. Long-Term Care Model for the Elderly with Dependency. Dhammathas Acad J. 2022; 22(3):63–80.

13.Kongjun C. Development of long term care model for elderly with dependent under the National Health Insurance System, Songkhla Province. Acad J Mahasarakham Prov Public Health Off. 2023; 7(13):53–67.

14.Wangpitipanit S, Piyatrakul S, Tongvichean T. Integrated Community-Based Care for Dependent Older People Community Participation in Preparation for Recurrent Outbreaks of COVID-19. J Multidiscip Healthc. 2024; 17:4519–30.

15.Laosan C, Chaiyasat K, Witthayakhaow W. Caring for the Dependent Elderly at the Center for Elderly Care at Waeng Sub-District Health Promotion Hospital, Kradian Subdristric, Trakan Phuet Phon District, Ubon Ratchathani Province. J Health Sci Thail. 2020; 29(5):813–21.

16.Aneksak W, Meenongwar C, Nithikathkul C. Integrated long-term care model for dependent elderly in Mahasarakham Province, Thailand. J Assoc Med Sci. 2025; 58(3):43–51.

17.Suriyanrattakorn S, Chang CL. Long-term care (LTC) policy in Thailand on the homebound and bedridden elderly happiness. Health Policy OPEN. 2021; 2:100026.

ประสิทธิผลการรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพร โรงพยาบาลหนองบัวระเหว

Effectiveness of treatment of osteoarthritis of the knee with royal Thai massage combined with herbal compresses at Nong Bua Rawe Hospital.

(Received: August 4,2025 ; Revised: August 10,2025 ; Accepted: August 13,2025)

เจริญ วันวาน[1]
Charoen Wanwan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการรักษาด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพรต่ออาการปวดเข่าในผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง (One group pre-test post-test design) ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 32 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 คน การประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความปวดกลุ่มตัวอย่าง 30 คนก่อนและหลังการรักษา มีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการรักษาด้วยการนวดราชสำนักและการประคบสมุนไพร จำนวน 3 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเจ็บปวดอยู่ระดับปวดมาก(ระดับ 5-6)ร้อยละ 60 รองลงมาคือระดับปวดมากที่สุดและระดับปวดปานกลาง คือร้อยละ 20 ค่าเฉลี่ยก่อนการรักษา (SD) =5.8(3.26) เมื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดหลังการรักษาพบว่าระดับความเจ็บปวดลดลงร้อยละ100 (ระดับ 1-2 คือ ปวดเล็กน้อย) ค่าเฉลี่ยหลังการรักษา (SD) =1.0 (1.41) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) ความพึงพอใจภาพรวมในการศึกษาครั้งนี้คือร้อยละ 93 (SD) =2.93 (1.689)

คำสำคัญ: ข้อเข่าเสื่อม การนวด ประคบสมุนไพร

Abstract

This study aimed to study the effect of royal Thai massage combined with herbal compress on knee pain in patients with osteoarthritis at Nong Bua Rawe Hospital, Chaiyaphum Province. The research was a quasi-experimental research with a one-group pre-test and post-test design. The sample population consisted of 30 male and female patients with osteoarthritis aged 32 years and over living in Nong Bua Rawe District, Chaiyaphum Province. The pain level was assessed using a pain scale for the 30 samples before and after treatment. Data were analyzed by finding percentages, means, standard deviations, and paired t-test statistics.

The results of the study found that before treatment with royal massage and herbal compress for 3 times, the majority of the sample group had a pain level of severe pain (level 5-6) at 60 percent, followed by the most pain level and moderate pain level at 20 percent. The mean before treatment (SD) = 5.8 (3.26). When comparing the pain level after treatment, it was found that the pain level was reduced by 100 percent (level 1-2 is slight pain). The mean after treatment (SD) = 1.0 (1.41), which was a statistically significant difference ($p< 0.05$). The overall satisfaction in this study was 93 percent (SD) = 2.93 (1.689).

Keywords: osteoarthritis, massage, herbal compress

[1] แพทย์แผนไทยชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหนองบัวระเหว

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นภัยเงียบที่คุกคามสุขภาพ พบในกลุ่มวัยกลางคนและผู้สูงอายุ พบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีสาเหตุหลักมาจากความเสี่ยงตามวัย และจะยิ่งเสี่ยงมากขึ้นถ้าพบว่ามีพฤติกรรมการยกของหนักหรือมีกิจกรรมที่ต้องใช้ขาและเข่าเป็นเวลานาน[1] จากการสำรวจความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโดยพบค่าความชุกของโรคร้อยละ35.4 (95% CI:29.6, 416) ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมคือเพศโดยเพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคมากกว่าเพศชายและดัชนีมวลกายโดยผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติมีโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติ และโรคข้อเข่าเสื่อมยังทำให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ อาจเกิดการพิการ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดข้อเข่ามีสาเหตุมาจากข้อเข่าเสื่อมจะเกิดความยากลำบากในการเคลื่อนไหว มีอุปสรรคในการเข้าสังคมการทำกิจวัตรประจำวัน จึงต้องแสวงหาวิธีลดอาการปวดที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากข้อเข่าเสื่อมอักเสบเป็นโรคเรื้อรังต้องอาศัยระยะเวลายาวนานต่อเนื่องในการบำบัด สะท้อนให้เห็นถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการบำบัดในปัจจุบันยังทำให้อาการของโรคยังไม่หายขาด หลักการรักษาโรคนี้ในปัจจุบันประกอบด้วยการรักษาด้วยยา การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูและการผ่าตัด ซึ่งยังคงเป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวด การคงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวของข้อเข่า เพื่อป้องกันการทำลายกระดูกเพิ่มมากขึ้น การใช้ยาแผนปัจจุบันและวิธีกายภาพบำบัดที่นิยมใช้กันมากในปัจจุบัน แม้จะส่งผลดีในแง่บรรเทาอาการปวดและการอักเสบ แต่ปัญหาที่พบของการใช้ยาในการรักษาข้อเข่าเสื่อมโดยเฉพาะยาปฏิชีวนะกลุ่ม NSAIDs ส่วนมากเป็นยาลดอาการปวดข้อ ส่งผลข้างเคียงให้เกิดอาการระคายเคืองและเป็นแผลในเยื่อบุกระเพาะอาหาร อาจมีอาการปวดท้อง และเลือดออกได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดูแลรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน นอกจากจะไม่สามารถรักษาอาการที่เกิดขึ้นให้หายขาดแล้ว ยังก่อให้เกิดอาการข้างเคียงอีกด้วย[2]

ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมให้หายขาดได้ จุดมุ่งหมายในการรักษา คือ ลดอาการปวด ทำให้ข้อเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ป้องกันหรือบรรเทาอาการข้อที่ผิดรูป และการลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ยาในการรักษา สำหรับวิธีการรักษาทางด้านการแพทย์แผนไทยโดยใช้ การรักษาด้วยสมุนไพร มีทั้งชนิดที่เป็นยารับประทานและยาใช้ภายนอก วิธีการนวดประคบสมุนไพรและการพอกยาสมุนไพร ซึ่งเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาอาการแทรกซ้อนจากโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น สามารถลดอาการปวด ลดการอักเสบ การเคลื่อนไหวของข้อเข่าดีขึ้น และการรักษาอาการปวดเข่าด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยยังช่วยลดการใช้ยากลุ่ม NSAIDs แก้ไขปัญหาจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ในระดับหนึ่งได้อีกด้วย ซึ่งการนวดรักษาแบบราชสำนักเป็นการช่วยปรับสมดุลเลือดลมให้ไหลเวียนสะดวกขึ้น ส่งผลต่ออาการปวดเข่าให้ลดลง และการประคบสมุนไพร ความร้อนของลูกประคบจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตได้ดีขึ้น ช่วยลดอาการบวม บรรเทาอาการอักเสบของกล้ามเนื้อบริเวณเข่าได้[3]

โรงพยาบาลหนองบัวระเหวเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงมีการเปิดให้บริการรักษาทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีจำนวนผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่มาด้วยอาการปวดขัดเข่า จากข้อมูลเวชระเบียนช่วงปี 2565 - 2567 พบว่ามีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเข้ารับบริการจำนวน 67/339, 80/446 และ 87/563 คน/ครั้ง ตามลำดับ[4] ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากการเก็บข้อมูลกรณีศึกษา 1 รายในปี 2563 พบว่าผลการรักษาอาการปวดเข่าด้วยการนวดและประคบสมุนไพร อาการกรณีศึกษาปวด

ลดลง การเคลื่อนไหวข้อเข่าดีขึ้น จึงสนใจศึกษาประสิทธิผลการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพรในโรงพยาบาลหนองบัวระเหว เพื่อต่อยอดงานวิชาการในการรักษาอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ให้เป็นที่ยอมรับของประชาชนในพื้นที่และบุคลากรสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับร่วมกับการประคบสมุนไพรต่ออาการปวดเข่าในผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลหนองบัวระเหว

2. เพื่อประเมินความพึงพอใจกรณีศึกษาหลังได้รับบริการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดไทยราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพร

สมมติฐานการวิจัย

อาการปวดเข่าจากภาวะข้อเข่าเสื่อมจะลดลงหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการนวดไทยราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพร

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง (One group pre-test post-test design) ที่ผู้วิจัยมีการควบคุมปัจจัยและสภาวการณ์ที่ศึกษา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือกลุ่มที่มีปวดเข่าจากภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการซักประวัติตามแบบสอบถามและคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม การประเมินอาการปวด ก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธีการนวดแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพรและประเมินความพึงพอหลังการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการ ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ตัวแปรต้น (Independent variables) คือ ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร เช่น อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้ ค่า BMI โรคประจำตัว และการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพร ตัวแปรตาม (Dependent variables) คือระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย เดือนธันวาคม 2567- เดือนพฤษภาคม 2568

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 32 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ระยะเวลาในการศึกษาทดลองกลุ่มตัวอย่าง 6 เดือน หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ คือระหว่างเดือนธันวาคม 2567 – พฤษภาคม 2568

การคำนวณขนาดตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการหาขนาดตัวอย่างจากการคำนวณด้วยสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ดังนี้ (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2556)

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma_d^2}{\Delta^2}$$

โดยกำหนด

ค่า effect size = 1.89[5] ที่พบว่า คะแนนการปวดข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการนวดกดจุดประคบและการพอกสมุนไพรในการลด อาการปวดในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 5.46 และ 2.57 (sd=2.47 และ 1.28) ตามลำดับ ค่า $Z\alpha = Z_{0.05} = 1.64$, $Z\beta = Z_{0.10} = 1.28$ คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4 ได้ n=15 เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (กำหนดร้อยละ 30) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม ปรับจำนวนตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ 30 คน เกณฑ์การ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์คัดเข้า - คัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 2) มีอายุตั้งแต่ 32 ปีขึ้นไป(เนื่องจากศาสตร์การแพทย์แผนไทย 32 ปีขึ้นไป อยู่ในปัจฉิมวัย ซึ่งเริ่มมีความเสื่อมของร่างกาย จึงระบุกลุ่มตัวอย่างจากอายุ 32 ปี ขึ้นไป) 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง 4) ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุที่เข่ามาก่อไม่มีประวัติได้รับการผ่าตัดข้อเข่า 5) ระดับคะแนนความปวดเข่า ≥5 ใน 10 คะแนน 6) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) มีโรคผิวหนังที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ 2) ได้รับอุบัติเหตุมีบาดแผลและรอยโรคผิวหนังบริเวณเข่า 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถทำการรักษาจนครบขั้นตอนการรักษาที่กำหนด 4) ผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาสมุนไพรที่ใช้ในการรักษา 5) กระดูกแตกหัก ร้าว เคยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 6) มีไข้ 38.5 ขึ้นไป

วิธีและขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเปรียบเทียบการลดระดับความเจ็บปวดของผู้ที่มีความเจ็บปวดเข่าเนื่องจากภาวะเข่าเสื่อมจำนวน 30 คน รักษาด้วยการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพร ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับการรักษาด้วยการนวดร่วมกับการประคบสมุนไพรต่อเนื่อง 3 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลานวดรักษาคนละ 45 นาที ร่วมกับการประคบสมุนไพร 15 นาที รวม 1 ชั่วโมง ประเมินผลก่อนและหลังการรักษา ซึ่งที่มีการประเมินและบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกผู้ป่วย แบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก 5 ข้อ และแบบวัดระดับ ความเจ็บปวด (Pain Scale) สถานที่ศึกษาคือกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างเดือน เดือนธันวาคม 2567 - พฤษภาคม 2568 มีวิธีและขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัยดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตทำโครงการวิจัยจากผู้บริหาร โรงพยาบาลหนองบัวระเหว

2. เสนอขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ

3. ประชุมคณะทำงานและผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยพยาบาลคัดกรอง และแพทย์แผนไทย

4. ดำเนินการทำโครงการวิจัย 1) ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก 2) รับสมัครกลุ่มตัวอย่าง คัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้า 3) ซักประวัติตรวจคัดกรอง บันทึกข้อมูลทั่วไปและผลการตรวจประเมินทางหัตถเวชการประเมินตามแบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก จำนวน 5 ข้อ 4) อาสาสมัครที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 30 คนจะได้รับการรักษาด้วยวิธีการนวดแบบราชสำนัก 45 นาที ร่วมกับการประคบสมุนไพร 15 นาที 5) ประเมินผลหลังการรักษา และอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการประเมินความพึงพอใจ

5. ขั้นตอนการสรุป วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินผลการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

นวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพร ประกอบด้วย

1. การนวดราชสำนัก รักษาโรคข้อเข่าเสื่อมหรือโรคจับโปง เป็นการนวดช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดให้ดีขึ้นเพื่อช่วยลดอาการปวดเข่า ซึ่งใช้เวลาในการนวดรักษาตามขั้นตอนคนละ 45 นาที

สูตรการนวดลมจับโปงน้ำเข่า

1) นวดพื้นฐานขา ตามแนวเส้น 1,2,3 คลายหลังเท้า เปิดประตูลม

2) นวดสัญญาณเข่า 3 จุด

3) นวดพื้นฐานขาด้านนอก นวดสัญญาณ 1-4 ขาด้านนอก และกดใต้ข้อเข่า ห้ามเขยื้อนข้อเข่า

4) นวดพื้นฐานขาด้านใน นวดสัญญาณ 1-4 ขาด้านใน และกดใต้ข้อเข่า ห้ามเขยื้อนข้อเข่า

สูตรการนวดลมจับโปงแห้งเข่า

1) นวดพื้นฐานขา ตามแนวเส้น 1,2,3 คลายหลังเท้า เปิดประตูลม

2) นวดสัญญาณเข่า 3 จุด

3) นวดพื้นฐานขาด้านนอก นวดสัญญาณ 1-4 ขาด้านนอก เน้น ส. 4 และกดใต้ข้อเข่า ห้ามเขยื้อนข้อเข่า

4) นวดพื้นฐานขาด้านใน นวดสัญญาณ 1-4 ขาด้านใน เน้น สัญญาณ 3,4 เขยื้อนข้อเข่า

2. การประคบสมุนไพร ใช้เวลา 15 นาที การใช้สมุนไพรหลายอย่างมาห่อรวมกัน ส่วนใหญ่เป็นสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหยโดยนำมานึ่งให้ร้อน ประคบบริเวณที่ปวดหรือเคล็ดขัดยอก เช่น เข่า ซึ่งเป็นน้ำมันหอมระเหยเมื่อถูกความร้อนจะระเหยออกมา ความร้อนจากลูกประคบจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น และยังมีสาระสำคัญจากสมุนไพรบางชนิดที่ซึมเข้าทางผิวหนัง ช่วยรักษาอาการเคล็ด ขัดยอก และปวดได้

เครื่องมือในการประเมินผลการรักษาอาการปวดเข่า โดยการใช้วิธีการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพรเป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของเนื้อหา วัตถุประสงค์ของการวิจัยและตัวแปรที่ต้องการจะศึกษา ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

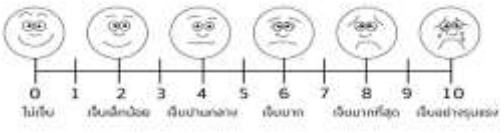
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ข้อเข่าข้างที่มีอาการปวด ระยะเวลาที่เป็นที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม ประวัติการรักษาข้อเข่าเสื่อม และวิธีการลดอาการเจ็บปวด

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก จำนวน 5 ข้อ รายละเอียด ดังนี้

การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก ข้อแนะนำแบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก ใช้ประเมินผู้ที่มีอาการปวดเข่าเพื่อค้นหา โอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและส่งต่อแพทย์แผนไทยเพื่อตรวจวินิจฉัยและทำการรักษา ตามอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าตามข้อคำถามดังนี้ 1.ข้อเข่าตึงหลังตื่นนอนตอนเช้านาน <30นาที (stiffness) 2. เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว (crepitus) 3.กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า(body tenderness) 4. ข้อใหญ่ผิดรูป (body enlargement) 5.มีอาการปวด บวม แดง ร้อน และเป็นทั้งเข่า[6]

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความปวดแบบ เฟเชียล สเกล (Facial Scale)

ก่อนการรักษาและหลังการรักษาด้วยการนวดราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพร โดยใช้ค่าคะแนนความปวด มีระดับการปวดทั้งหมด 6 ระดับ ดังนี้ คือ ระดับ 0 คือ ไม่ปวด ระดับ 1-2 คือ ปวดเล็กน้อย ระดับ 3-4 คือ ปวดปานกลาง ระดับ 5-6 คือ ปวดมาก ระดับ 7-8 คือ ปวดมากที่สุด ระดับ 9-10 คือ ปวดมากที่สุดเท่าที่จะคิดได้ โดยที่มีลักษณะใบหน้าที่มีการเปลี่ยนแปลงตามอาการความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยผู้ศึกษาอธิบายให้ผู้ป่วยทราบและผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตนเอง และผู้ศึกษาจดบันทึกก่อนการรักษาครั้งที่ 1และหลังการรักษาครั้งที่ 3 เพื่อประเมินความแตกต่าง[7]



ส่วนที่ 4 การวัดความพึงพอใจ จำนวน 5 ข้อ

การวัดความพึงพอใจ จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการนวดไทยราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพรของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

โดยแบ่งเป็นแบ่งโดย 3 ระดับ โดยแต่ละค่ามีความหมายดังนี้ คือ

ไม่พอใจ 1 คะแนน

เฉยๆ 2 คะแนน

พอใจ 3 คะแนน

การแบ่งระดับความพึงพอใจ ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Best[5] แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ อันตรภาคชั้น = ค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุด/จำนวนชั้น 3-1/3 = 0.67

คะแนนเฉลี่ย 1 – 1.67 ระดับต่ำ/ไม่พอใจ

คะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.35 ระดับปานกลาง/เฉยๆ

คะแนนเฉลี่ย 2.36 – 3.00 ระดับสูง/พอใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรง (Reliability) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบว่ามีความถูกต้องความครอบคลุมครบถ้วน และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัด ตรงตามกรอบแนวคิดการใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษาและนำมาปรับปรุงแก้ไปให้ถูกต้อง ความเที่ยง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลองในการศึกษาผลการรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพรในโรงพยาบาลหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ นำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่า ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (alpha coefficient ; α) ของ Cronbach[5] สำหรับผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวมได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.913 สำหรับความเชื่อมั่นในแต่ละส่วนมีดังนี้ ส่วนที่เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เท่ากับ 0.924 ส่วนที่แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 5 ข้อ เท่ากับ 0.902 ผลโดยรวมมากกว่า 0.7 แสดงว่า แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้ จึงนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของข้อมูลที่ได้ ให้สมบูรณ์ ครบถ้วน และถูกต้อง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา ทบทวนตำรา วารสารและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับทีมผู้วิจัยเพื่อประชุม/ชี้แจง เพื่อวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นคนเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการยังคลินิกแพทย์แผนไทยโดยกลุ่มตัวอย่างยินดีและยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามระหว่างรอรับการตรวจ

4. ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการสัมภาษณ์โดยการเข้าไปทำความรู้จัก คุ้นเคยกับผู้ป่วยพร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลและอธิบายลักษณะของแบบสอบถาม รวมถึงวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยให้ผู้ป่วยได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและผู้วิจัยจะได้ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสัมภาษณ์ และหากพบว่าแบบสอบถามใดไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยก็จะขออนุญาตสอบถามผู้ป่วยอีกครั้งเพื่อความสมบูรณ์ ถูกต้องและครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์

5. รวบรวมนำข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาใช้ Paired t - test กำหนดค่าระดับ นัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ (P< 0.05)

ผลการศึกษา

การศึกษาผลการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพรในคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ในกลุ่มอาสาสมัครที่ได้ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและสมัครใจเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้จำนวน 30 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการรักษาด้วยวิธีการนวดแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพรโดยใช้ระยะเวลาในการนวดรักษา 45 นาที/ครั้งและประคบสมุนไพร 15 นาที/ครั้ง รวมทั้งหมด 3 ครั้ง โดยนัดวันเว้นวัน สามารถสรุปผล อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าจากภาวะข้อเข่าเสื่อม ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 60 เพศชาย ร้อยละ 40 มีอายุระหว่าง 46-65 ปี มากถึงร้อย 70 มีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$ = 58.10, S.D. = 5.67) ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ระหว่าง 25-29 หมายถึง อ้วน/โรคอ้วนระดับ2 คิดเป็นร้อยละ 40 มีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$ = 25.14, S.D. = 4.71) ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม (วิภา งามสุทธิกุล, 2566) ได้กล่าวไว้ว่าจากการศึกษา พบว่าเพศหญิงมักเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่ข้อเข่าและข้อมือเป็นส่วนใหญ่ และดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเนื่องจากข้อเข่าเป็นส่วนที่ต้องรับน้ำหนักตัวทั้งหมดโดยในคนที่เดินปกตินำ้หนักจะลงที่ข้อเข่าประมาณ 2-3 เท่าของนำ้หนักตัว มีโรคประจำตัวร่วมคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่เรียนจบในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมากถึง ร้อยละ 60

ในการประเมินระยะเวลาที่มีอาการปวดเข่าข้อเข่าเสื่อม ส่วนใหญ่มีอาการต่อเนื่องนานมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$ = 9.40, SD. = 6.75) ส่วนใหญ่เคยรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการฉีดยาและรับประทานยาแก้ปวดร้อยละ 40 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีอาการปวดเข่าข้างซ้ายและข้างขวาเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน

การประเมินแบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก จำนวน 5 ข้อ ตามอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า กลุ่มเป้าหมายทั้ง 30 คน มีอาการข้อเข่าตึงหลังตื่นนอนตอนเช้านาน <30นาที (stiffness) มีเสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว (crepitus) และกดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า (body tenderness) ร้อยละ 90 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$ (SD) = 1.67) ผลภาพรวมของคะแนนคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมคิดเป็นร้อย 64 $\bar{x}$ (SD) = 0.64(0.68) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 30 ราย มีโอกาสและมีภาวะเป็นโรคเข่าเสื่อมทุกราย

การเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดหลังการรักษาด้วยวิธีการนวดร่วมกับการประคบสมุนไพร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความเจ็บปวดลดลงตั้งแต่ครั้งแรกของการรักษา ดังนี้ ครั้งที่1 มีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวด $\bar{x}$ (SD) =5.4 (3.22),และหลังการรักษามีค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ (SD)= 2.9 (2.84),ครั้งที่2 มีค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวด $\bar{x}$ (SD)=3.9 (1.30),และหลังการรักษามีค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ (SD)1.6 (1..61), และครั้งที่3มีค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวด $\bar{x}$ (SD)=2.5(1.58),และหลังการรักษามีค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ (SD)1.0(1.41), ระดับความเจ็บปวดกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value p< 0.05

การประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความปวดกลุ่มตัวอย่าง 30 คนก่อนและหลังการรักษาพบว่า ก่อนการรักษาด้วยการนวดราชสำนักและการประคบสมุนไพร จำนวน 3 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเจ็บปวดอยู่ระดับปวดมาก(ระดับ 5-6)ร้อยละ 60 รองลงมาคือระดับปวดมากที่สุดและระดับปวดปานกลางคือร้อยละ 20 ค่าเฉลี่ยก่อนการรักษา $\bar{x}$ (SD) =5.8(3.26) เมื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด

หลังการรักษาพบว่าระดับความเจ็บปวดลดลงร้อยละ100 (ระดับ 1-2 คือ ปวดเล็กน้อย) ค่าเฉลี่ยหลังการรักษา $\bar{x}$ (SD) =1.0 (1.41) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$)

การสรุปผลแบบประเมินระดับความพึงพอใจกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการนวดร่วมกับการประคบสมุนไพรพบว่า ร้อยละ 100 $\bar{x}$ (SD) =3 (0.948) มีความพึงพอใจต่อการรักษาที่ช่วยลดอาการบวมและปวดตึงของข้อเข่าอุปกรณ์เครื่องมือในการรักษาและยินดีที่จะรักษาอาการปวดเข่าด้วยวิธีนี้ ความพึงพอใจภาพรวมในการศึกษาครั้งนี้คือร้อยละ 93 $\bar{x}$ (SD) =2.93 (1.689) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการนวดแบบราชสำนักกับการประคบสมุนไพรในการรักษาข้อเข่าเสื่อม

สรุปและอภิปรายผล

การประสิทธิผลการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพรในโรงพยาบาล หนองบัวระเหว หลังได้รับการนวดราชสำนักและการประคบสมุนไพร จำนวน 3 ครั้ง พบว่าระดับความเจ็บปวดหลังการรักษาพบว่าระดับความเจ็บปวดลดลงร้อยละ100 (ระดับ 1-2 คือ ปวดเล็กน้อย) ค่าเฉลี่ยหลังการรักษา $\bar{x}$ (SD) =1.0 (1.41) เมื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังการทดทองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value $p< 0.05$ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผลของการ นวดกดจุดร่วมกับการประคบสมุนไพร ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีส่วนช่วยในการลดระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม ลดอาการปวด และเพิ่มความสามารถในการใช้งานของข้อเข่า อาจเนื่องมาจากการนวดแบบราชสำนักเป็นนวดพื้นฐานเพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อและการนวดกดจุดจะกระตุ้นทำให้เกิดการไหลเวียนของ โลหิตซึ่งทำให้เลือดและน้ำเหลืองถูกบีบออกจากบริเวณเข่า และมีเลือดและน้ำเหลืองใหม่มาแทนที่ระบบไหลเวียนจึงทำงานได้ดีขึ้นส่งผลช่วยลดอาการปวดเข่า ช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว ทำให้อาการตึงของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นลดลงส่งผลให้การเคลื่อนไหวให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งนวดกดตามเส้นพื้นฐานและจุดสัญญาณ การใช้แรงกดกระทำต่อกล้ามเนื้อ เมื่อผ่อนแรงทำให้ธาตุดินหรือกล้ามเนื้อ คลายตัวส่งผลให้ธาตุลม ธาตุน้ำ และธาตุไฟ ในร่างกายเคลื่อนที่ได้สะดวก การไหลเวียนเลือดลมดีขึ้นส่งผลย้อนกลับไปบำรุงธาตุดิน ทำให้ธาตุดินเกิดการคลายตัวมากยิ่งขึ้นเมื่อมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้มากขึ้น ร่างกายสู่ภาวะสมดุลของธาตุทั้ง 4 ส่วน การรักษาด้วยการประคบสมุนไพรโดยอาศัย ฤทธิ์จากสมุนไพรคือไพลซึ่งมีฤทธิ์ในการลดกระบวนการ อักเสบและลดอาการปวด และจากความร้อนของ ลูกประคบจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตให้ดีขึ้น ช่วยลดอาการบวม บรรเทาอาการอักเสบของกล้ามเนื้อ ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าความพึงพอใจภาพรวมในการศึกษาครั้งนี้คือร้อยละ 93 $\bar{x}$ (SD) =2.93 (1.689) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการนวดแบบราชสำนักกับการประคบสมุนไพรในการรักษาข้อเข่าเสื่อมซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการนวดแบบราชสำนักกับการประคบสมุนไพรในการรักษาข้อเข่าเสื่อม การศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัยและยังสอดคล้องกับสอดคล้องกับการศึกษากับผลการศึกษาศึกษาระดับการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อรักษาด้วยการนวดแบบราชสำนักเพียงอย่างเดียวและประคบสมุนไพรร่วมด้วย[8] พบว่าทั้งสองกลุ่มผลการเคลื่อนไหวดีขึ้นทุกรายการ ยกเว้นการนวดราชสำนัก ก่อนและหลังการนวด การตรวจเข่าโก่งและการวัดมุมข้อ (นอนหงาย) เหยียดตรง ไม่พบความแตกต่าง การนวดราชสำนักร่วมกับการประคบทำให้ลดการบวมของใต้ลูกสะบ้าและเหนือลูกสะบ้าลงได้มากกว่าทำให้สามารถมีมุมข้อ (นอนหงาย) เหยียดตรงได้มากกว่าการศึกษาผลการนวดไทยต่อผู้ป่วยอาการปวดข้อเข่าและอาการข้อเข่าฝืดในคลินิกแพทย์แผนไทย

โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม[9] พบว่า ผลของการนวดไทยต่ออาการปวดข้อเข่าค่าเฉลี่ยระดับอาการปวด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ผลของการนวดไทยต่ออาการข้อเข่าฝืด ค่าเฉลี่ยระดับอาการฝืดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ผลของการนวดไทยต่อองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าสามารถเคลื่อนไหวข้อเข่าได้ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในการนวดไทยต่ออาการปวดข้อเข่าและอาการข้อเข่าฝืด พบว่าผลโดยรวม มีระดับความพึงพอใจที่มีต่อการรักษามากที่สุด ยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของการประคบสมุนไพรด้วยตนเองต่อความเจ็บปวดของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลเถิน อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง [10] ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการประคบด้วยสมุนไพรด้วยตนเองไปแล้ว 4 สัปดาห์ มีความเจ็บปวด มีระยะห่างของเวลาที่ปวด และความพึงพอใจก่อนและหลังของการใช้ลูกประคบเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุประคบสมุนไพรด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องสามารถจัดการความเจ็บปวด ช่วยลดระยะห่างของความเจ็บปวด และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี การศึกษาประสิทธิผลของการนวดร่วมกับการประคบสมุนไพรในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด [11] ที่พบว่าการนวดร่วมกับการประคบสมุนไพรทำให้อาการปวดเข่าลดลง การศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับ การศึกษาประสิทธิผลของการนวดกดจุด ประคบ และพอกสมุนไพร เพื่อบำบัดอาการปวดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน[5] ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความปวดเข่า2.57 ±1.28ลดลงจากก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มควบคุม (3.49 ±1.80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาประสิทธิผลของการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการกักน้ำมัน หญ้าขัดมอนในการรักษาโรคลมจับโปงแห้งเข่า[12] ผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มทดลององศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าในท่างอเพิ่มขึ้น และในท่าเหยียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าในท่างอเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าในท่างอหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ระดับความปวดเข่าของทั้ง 2 กลุ่ม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ระดับความเจ็บปวดของทั้ง 2 กลุ่ม ลดลงไม่แตกต่างกัน ระดับคะแนน KOOS ด้านอาการฝืดตึง ด้านอาการปวด ด้านการเคลื่อนไหวข้อขณะทำกิจกรรม และด้านคุณภาพชีวิตหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหาร สถานพยาบาลและผู้บริหารสามารถพิจารณากำหนด โปรแกรมการนวด ประคบเพื่อรักษาอาการปวดเข่าจากโรคเข่าเสื่อม เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามนโยบายในระดับประเทศต่อไป

2. ด้านการปฏิบัติควรมีระบบส่งต่อ ระบบ Consult ระหว่างหน่วยงานที่มีคุณภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนในพื้นที่

3. การต่อยอดการศึกษาครั้งนี้ควรมีการนำไปใช้ประโยชน์และจัดทำแนวทางหรือโปรแกรมการฟื้นฟูอาการเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เนื่องจากปัจจุบันสังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อยู่ในปัจฉิมวัย มีความเสื่อมของร่างกาย ดังนั้นในวัยผู้สูงอายุจะพบโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นแนวทางในการรักษาฟื้นฟูต่อยอดในการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองบัวระเหว และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่ให้คำปรึกษา ชี้แนะนำ อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการในการเก็บข้อมูลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567).Https://www.thaihealthreport.com/file_book/601-Thaihealth-report-2567-edit20240509.pdf
2. วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท และคณะ,๒๕๖๑ โรคข้อเข้าเสื่อม.สืบค้นจาก:https://www.rama.mahidol.ac.th
3. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(2559). คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร:สามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ).
4. กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ โรงพยาบาลหนองบัวระเหว (256).ฐานข้อมูลผู้มารับบริการคลินิกการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลหนองบัวระเหว, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
5. ดลยา ถมโพธิ์,และคณะ(๒๕๖๔).การศึกษาประสิทธิผลของการนวดกดจุด ประคบ และพอกสมุนไพรเพื่อบำบัดอาการปวดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม ของโรงพยาบาลบัวใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ปีที่ 36
6. โรงพยาบาลท่าลี่ (2565).คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม“โดยศาสตร์การแพทย์แผนไทย” คณะทำงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลท่าลี่. สืบค้นจาก http://thalihospital.com/PDF/
7. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,(2562).เอกสารประกอบวิชา 55312ตัว pain scales . สืบค้นจาก.: https://www.stou.ac.th/Schools/Shs/upload/2019-05-24%2022-01%20Copy%20of%20% อธิบายความหมาย%20pain
8. อมรรัตน์ เรืองสกุล และคณะ (2563). ระดับการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อรักษาด้วยการนวดแบบราชสำนักเพียงอย่างเดียวและประคบสมุนไพรร่วมด้วย. สืบค้นจาก: https://www.dtam.moph.go.th/E-Book/DTAM_Journal/DTAM_Journal_18-2- S/files/basic-html/page35.html
9. สุจิตรา บุญมาก (2020). ผลการนวดไทยต่อผู้ป่วยอาการปวดข้อเข่าและอาการข้อเข่าฝืด ในคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม.วารสารสหวิทยาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2563)
10. อรพรรณ นันตาดี (2561). ผลของการประคบสมุนไพรด้วยตนเองต่อความเจ็บปวดของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่าในเขตพื้นที่โรงพยาบาลเถิน อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือปีที่ 5 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2561. สืบค้นจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/view/163296/131405
11. มณีรัตน์ วรรณะและคณะ. (2561).ประสิทธิผลของการนวดร่วมกับการประคบสมุนไพรในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด.วารสารวิทยาศาสตร์ คชสาส์น, ปีที่ 40 (ฉบับที่ 1),หน้าที่๑ 120-130.
12. ชวนชม ขุนเอียด. (2560). ประสิทธิผลของการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการกักกักน้ำมันหญ้าขัดมอนในการรักษาโรคจับโปงแห้งเข่า. จากวารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัอุบล

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

Development of nursing practice guidelines for pneumonia patients to prevent respiratory failure in the inpatient ward of Ban Phue Hospital, Udon Thani Province.

รัดเกล้า แก่นท้าว[1]
Ratklao Kaenthao[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ และแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบไปใช้เพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษา ระยะเวลาการวิจัย 1 กันยายน 2567 - 31 ธันวาคม2567 จำนวน 4 เดือน เก็บข้อมูลจากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบและแบบสอบถามการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ พบว่า ก่อนการดำเนินงาน โดยรวม ตอบถูกร้อยละ 58.83 หลังการดำเนินงาน โดยรวม ตอบถูกร้อยละ 95.66 การปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ก่อนการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างโดยรวมปฏิบัติได้ ร้อยละ 61.67 หลังการดำเนินงาน โดยรวมปฏิบัติได้ ร้อยละ 100.00 และการเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความรู้และการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: แนวทางปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ การป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว

Abstract

The study of the development of nursing practice guidelines for pneumonia patients to prevent respiratory failure in the inpatient ward of Ban Phue Hospital, Udon Thani Province, aimed to study the situation and context of nursing care for pneumonia patients and the nursing practice guidelines for pneumonia patients to prevent respiratory failure in the inpatient ward of Ban Phue Hospital, Udon Thani Province. This was an action research study with a study period of September 1, 2024 - December 31, 2024, for 4 months. Data were collected from a knowledge test on pneumonia and a questionnaire on nursing practice for pneumonia patients to prevent respiratory failure. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that knowledge about pneumonia found that before the operation, the overall response was 58.83 percent correct, after the operation, the overall response was 95.66 percent correct. Compliance with nursing activities/nursing diagnoses for pneumonia patients Before the operation, the overall sample group was able to perform at 61.67 percent, after the operation, the overall response was 100.00 percent. Comparison of knowledge and compliance with nursing activities/nursing diagnoses for pneumonia patients before and after the operation found that there was a statistically significant difference at the 0.05 level, where knowledge and compliance with nursing activities/nursing diagnoses for pneumonia patients after the operation were better than before the operation.

Keywords: Nursing practice guidelines, pneumonia patients, prevention of respiratory failure

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานที่ทำงาน งานผู้ป่วยในตึกพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านผือ

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคติดเชื้อที่ทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อปอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซและการหายใจของผู้ป่วย โรคนี้ถือเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กเล็กและผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบมากกว่า 2 ล้านคนทั่วโลก[1] ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงและผลกระทบทางสาธารณสุขของโรคนี้อย่างชัดเจน องค์การอนามัยโลกยังได้กำหนดให้วันที่ 12 พฤศจิกายนของทุกปีเป็นวันปอดอักเสบโลก (World Pneumonia Day) เพื่อรณรงค์และสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ รวมถึงส่งเสริมการป้องกันและการรักษาที่เหมาะสม โดยโรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก โดยเฉพาะในทวีปเอเชียและแอฟริกา นอกจากนี้ ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคนี้ยังรวมถึงผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ[2]

ในประเทศไทย โรคปอดอักเสบยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยมีรายงานผู้ป่วยจำนวนมากทุกปี เช่น ในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบถึง 114,544 ราย และในปี 2565 รายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 179,211 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็กและผู้สูงอายุ อาการหลักของโรค ได้แก่ ไข้สูง ตัวร้อน หนาวสั่นอย่างเฉียบพลัน ไอแห้งหรือไอมีเสมหะสีขาวขุ่นถึงเหลืองเขียว บางรายอาจมีเลือดปน เจ็บหน้าอกโดยเฉพาะเวลาหายใจหรือไอ หายใจเร็วและหอบเหนื่อย รวมถึงอาการทั่วไป เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย และในผู้สูงอายุอาจพบอาการซึม สับสนได้ ส่วนในเด็กเล็กอาจมีอาการท้องอืด ไม่ดูดนมหรือน้ำ อาเจียน และซึมลงอย่างรวดเร็ว ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคปอดอักเสบ ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งเกิดจากการที่ปอดไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับออกซิเจนในเลือดลดลงและหัวใจต้องทำงานหนักขึ้น นอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) หรือการลุกลามของการติดเชื้อไปยังอวัยวะอื่น ๆ เช่น เยื่อหุ้มปอดอักเสบ (Pleural effusion) ปอดเป็นฝี (Lung abscess) และภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมได้ ซึ่งล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและทำให้การรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น[3,4]

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบคือภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเกิดจากการที่ปอดไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อชดเชยการขาดออกซิเจน ภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และทำให้การดูแลรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ จะมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหายใจล้มเหลวและภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย โดยภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอื่นๆ ได้แก่ ฝีในปอด (lung abscess), มีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion), เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis), การติดเชื้อในกระแสเลือด (septicemia) และภาวะช็อกจากโรคติดเชื้อ (septic shock) ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและภาวะหัวใจล้มเหลว จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและการรักษาอย่างเข้มข้น รวมถึงการประเมินอาการอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต[5] โดยบทบาทของพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเฝ้าระวังอาการและให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะแรกจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วย สำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน หรือโรคปอดเรื้อรัง จะมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคปอดอักเสบ รวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลวและการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้สูงถึง 20-60%[6,7]

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย โดยเน้นการประเมินอาการอย่างละเอียดและต่อเนื่อง เช่น การตรวจวัดอุณหภูมิ อัตราการหายใจ และความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด รวมถึงการจัดท่าทางการนอนที่เหมาะสมเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ การดูแลระบบทางเดินหายใจด้วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจลึกและไอออกอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการใช้เครื่องช่วยหายใจและออกซิเจนเสริมตามคำสั่งแพทย์ นอกจากนี้ การให้ยาตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด การส่งเสริมการรับประทานอาหารและการพักผ่อนที่เพียงพอ รวมถึงการให้ความรู้และสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวก็เป็นส่วนสำคัญในการดูแล[8]

จังหวัดอุดรธานีจากข้อมูลที่มีสำหรับจังหวัดอุดรธานี พบว่าในปี 2565 มีรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวนประมาณ 25,890 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2565) สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคปอดอักเสบและภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดอุดรธานี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและผู้สูงอายุ สำหรับโรงพยาบาลกุมภาวปี พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสม ส่งผลให้การป้องกันภาวะหายใจล้มเหลวยังไม่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน ได้แก่ การขาดมาตรฐานการประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การขาดความรู้และทักษะเฉพาะทางของบุคลากรพยาบาลในการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อน รวมถึงการสื่อสารและประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ราบรื่น นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์ทางการพยาบาลที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงมากขึ้น[9]

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี เพื่อเป็นการสร้างมาตรฐานการดูแลที่ชัดเจน เป็นระบบ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในสถานการณ์จริง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันภาวะหายใจล้มเหลวและภาวะหัวใจล้มเหลว ลดอัตราการเสียชีวิต และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบไปใช้เพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลวหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระยะเวลาการวิจัย 1 กันยายน 2567 - 31 ธันวาคม 2567 จำนวน 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยในหญิง , หอผู้ป่วยในชาย, หอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ด้านอายุรกรรม ได้แก่ หอผู้ป่วยในหญิง หอผู้ป่วยในชาย และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

2. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จนสิ้นสุด

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. พยาบาลวิชาชีพขอถอนตัว หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรม

2. พยาบาลวิชาชีพย้ายออกหรือลาออกจากหอผู้ป่วยใน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์และการสะท้อนกลับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ

การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างโดย ศึกษาวรรณกรรม ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในหน่วยงาน อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว อุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจและเสียชีวิต ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขป้องกัน จากการประชุมบุคลากรในหน่วยงาน ยกร่างมาเป็นเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

นำแนวทางส่งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว ก่อนนำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติแก่ผู้ป่วย โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งหมด 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบงานทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team : PCT) 1 คน และพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตร สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 คน เพื่อตรวจพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาค่าดัชนีสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (IOC) โดยมีกระบวนการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงด้วยวิธีการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องดังนี้ เป็นการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหารายจุดประสงค์หรือวัตถุประสงค์กับข้อคำถาม หรือ การหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามรายข้อกับวัตถุประสงค์หรือจุดประสงค์ที่ต้องการวัด ก่อนนำเครื่องมือไปใช้ต้องมีการหาคุณภาพของเครื่องมือ รวบรวมข้อมูลเบื้องต้น จะใช้สูตร IOC ดังนี้

1. นำเครื่องมือรวบรวมข้อมูลกับวัตถุประสงค์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้รู้ด้านการวัดผลและเนื้อหา 3 คน พิจารณาว่าเครื่องมือสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่ การหาค่า IOC ของผู้เชี่ยวชาญจากการให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามการวิจัยIOC คือ ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ หรือเนื้อหา (IOC: Index of item objective congruence) ปกติแล้วจะให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป กำหนดเกณฑ์การยอมรับว่าเครื่องมือนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์จากค่า IOC ถ้ามีผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ควรใช้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถ้ามีผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ควรใช้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป

5. จัดทำแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินพร้อมข้อเสนอแนะ

2.2 แบบสอบถามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ

จังหวัดอุดรธานี โดยผู้วิจัยได้เลือกศึกษาเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ ประกอบไปด้วย 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว

2. ศึกษาวิธีการสร้างเครื่องมือคำถามแบบถูก/ผิด ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) วิธีของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson Method) การหาความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน เป็นการหาค่าความสอดคล้องภายในของแบบทดสอบ เรียกกันว่า เป็นการหาค่าความเชื่อมั่น แบบ KR20 และ KR21 วิธีการในการหาความเชื่อมั่นวิธีนี้จะใช้กับลักษณะของข้อสอบแบบตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยจะนำแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ทำการตรวจสอบประเด็นความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามเพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุงโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองใช้ (TryOut) กับกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 ชุด ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่า Reliability ของแบบสอบถามครั้งนี้=0.95

3. นำข้อคำถามในแบบสอบถามที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาจัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปเก็บรวมรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน เป็นการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ค้นหาสาเหตุปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเกิดภาวะหายใจล้มเหลวในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ ศึกษาทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง ทั้งทฤษฎี หลักการและแนวทางการดำเนินงาน เพื่อนำมาประยุกต์ในพื้นที่ทดลอง ทำการวิเคราะห์รูปแบบเดิมของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ตั้งแต่แรกรับที่มาโรงพยาบาลแล้วรวบรวมปัญหาของผู้ป่วยมาวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาลเพื่อสร้างเป็นรูปแบบแนวทางปฏิบัติใหม่ขึ้นมา โดยมีการปฏิบัติดังนี้

1.1 ผู้วิจัยจัดประชุมบุคลากรในหน่วยงานทุกคนและนำปัญหาเข้าทีมค่อมสายงานด้านคลินิก (PCT) ร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เพื่อร่วมกันหาข้อมูล วิเคราะห์จากอุบัติการณ์ สาเหตุและ แนวทางป้องกัน เพื่อใช้ทำแนวทางปฏิบัติ

1.2 ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง

1.3 กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง มีทั้งผู้ที่มีหน้าที่ใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว คือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในหญิง หอผู้ป่วยในชาย และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คนโดยใช้หลักเกณฑ์ในการคัดเลือก ตามผลของการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว

1.4 ประเมินความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลวของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการทำข้อสอบ (pre-test) โดยการทำข้อสอบออนไลน์เพื่อง่ายต่อการทำข้อสอบและการแปลผลข้อมูล เนื่องจากเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานหมุนเวียน เวร เช้า เวรบ่าย เวรดึก ยากต่อการร่วมตัวกันให้ครบจำนวนคน

1.5 ประเมินผลการสอบวัดความรู้ วิเคราะห์และนำมาเตรียมการทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว

1.6 จัดทำแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว โดยอ้างอิง อุ่นเรือน กลิ่นขจรและสุพรรษา วรมาลี[4] ร่างแนวเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาและป้องกันปอดอักเสบในโรงพยาบาลและปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ในประเทศไทย.กรุงเทพ; อ้างอิงในหลักการและแนวทางการปฏิบัติ นำแนวทางที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มาปรับใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลบ้านผือ

1.7 นำแนวทางที่สร้างขึ้น เสนอในที่ประชุมทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team : PCT) เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางกับผู้ป่วย

1.8 นำแนวทางส่งผู้ทรงทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว ก่อนนำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติแก่ผู้ป่วย โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งหมด 3 คนซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบงานทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team : PCT) 1 คน พยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตร สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 คน

1.9 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

ในการสร้างเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างโดย ศึกษาวรรณกรรม ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในหน่วยงาน อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว อุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจและเสียชีวิต ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขป้องกัน จากการประชุมบุคลากรในหน่วยงาน ยกร่างมาเป็นเครื่องมือในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี[10] รวมทั้งจัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ให้พยาบาลวิชาชีพได้เรียนรู้และศึกษาไปพร้อมกันใช้โดยใช้เวลาหอผู้ป่วยละ 2 ชั่วโมง รวม 6 ชั่วโมง และเปิดโอกาสให้ซักถามแลกเปลี่ยน

2.2 สื่อสารแนวทางที่พัฒนาขึ้นเป็นลายลักษณ์อักษรให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน ได้เข้าใจและดำเนินการปฏิบัติ

2.3 จัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

ขั้นตอนที่ 3 สังเกตการณ์

3.1 ระหว่างการใช้แนวปฏิบัติผู้วิจัยใช้รูปแบบการสังเกตดังนี้

ผู้ใช้แนวทางเป็นผู้ประเมินตนเอง ให้พยาบาลผู้ปฏิบัติตามแนวทางเป็นผู้ทำแบบสอบถามการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติทางการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว ในการสังเกตกิจกรรมการพยาบาล

3.2 ติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว ตามแบบประเมินที่ทางผู้วิจัยสร้างขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ

4.1 ให้ผู้ปฏิบัติสอบประเมินผลด้านความรู้ความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว (post test) โดยการทำข้อสอบออนไลน์

4.2 ติดตามสอบถามผู้ป่วยโรคปอดอักเสบข้างเตียงเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว เบื้องต้น

4.3 ติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบว่าผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ นิเทศกำกับดูแล เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงในงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ทุก1เดือน และรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติในการวิจัย

4.4 ร่วมกันค้นหาปัญหากับผู้ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในและหาแนวทางแก้ไข เมื่อเกิดปัญหาหมุนวงล้อการดำเนินการต่อเนื่อง

4.5 ประเมินผลก่อนหลังการใช้แนวทางเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างและสะท้อนข้อมูลสู่ผู้ปฏิบัติ

4.6 ประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลวของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

การวิเคราะห์ข้อมูล และวิธีการทางสถิติ

1. การพรรณนาอธิบายคุณลักษณะทั่วๆไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยตัวแปรประเภทแจงนับ (Categorical data) นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous data) ในกรณีที่มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แต่หากมีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่ปกติ (Abnormal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด (Minimum and Maximum)

2. สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบ ความรู้โรคปอดอักเสบและภาวะหายใจล้มเหลวของพยาบาลวิชาชีพ และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.7 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 29.7 $\pm$ 6.36 ปี จบปริญญาตรี ร้อยละ 100.0 ประสบการณ์ในการทำงาน เฉลี่ยเท่ากับ 5.5 $\pm$ 5.06 ปี มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ/โรคปอดอักเสบ ร้อยละ 93.3

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว พบว่า ก่อนการดำเนินงาน โดยรวม ตอบถูกร้อยละ 58.83 เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่ 2 โรคปอดอักเสบ มักเกิดกับบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเช่น โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น ข้อที่ 7 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบได้แก่สูงอายุ, การสูบบุหรี่, มีโรคประจำตัวและไม่รักษาสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม และข้อที่ 16 อาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ เช่นหายใจเหนื่อยหอบหายใจลำบากลักษณะสีของเล็บมือเล็บเท้าเขียวมึนงงสับสนชีพจรเต้นเร็ว ตอบถูกน้อยที่สุด ร้อยละ 50.00 เท่ากัน หลังการดำเนินงาน โดยรวม ตอบถูกร้อยละ 95.66

3. การปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ พบว่า ก่อนการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างโดยรวมปฏิบัติได้ ร้อยละ 61.67 หลังการดำเนินงานโดยรวมปฏิบัติได้ ร้อยละ 100.00

4. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย

ข้อที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ ประกอบด้วย

ข้อที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากไอไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยง่ายและอ่อนเพลีย

ข้อที่ 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้

ข้อที่ 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากอาการไอ

ข้อที่ 6 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

ข้อที่ 7 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอาหารในร่างกายเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย

ข้อที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ข้อที่ 9 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้ลดลง

ข้อที่ 10 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

5. การเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความรู้และการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความรู้	11.76	8.02	19.13	1.00	29	-4.865	.000	-10.46373	-4.26960
การปฏิบัติ	1.53	1.83	10.00	0.00	29	-25.296	.000	-9.15123	-7.78211

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความรู้และการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว ก่อนการดำเนินงาน โดยรวม ตอบถูกร้อยละ 58.83 เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่ 2 โรคปอดอักเสบ มักเกิดกับบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเช่น โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น ข้อที่ 7 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบได้แก่สูงอายุ, การสูบบุหรี่, มีโรคประจำตัวและไม่รักษาสุขภาพอนามัยที่

เหมาะสม และข้อที่ 16 อาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์เช่นหายใจเหนื่อยหอบหายใจลำบาก ลักษณะสีของเล็บมือเล็บเท้าเขียวมึนงงสับสนชีพจรเต้นเร็ว ตอบถูกน้อยที่สุด ร้อยละ 50.00 เท่ากัน และการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ก่อนการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างโดยรวมปฏิบัติได้ ร้อยละ 61.67 สอดคล้องกันกับการศึกษาของวุฒิชัย สมกิจ[11] ได้ศึกษาอุบัติการณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเปรียบเทียบผลกระทบจากการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีการบาดเจ็บสมอง พบว่าปัจจัยเสี่ยงและความรู้เกี่ยวกับการดูแลมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาธินี หน่อจันทร์ และคณะ[12] ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการสอนต่อความรู้ของผู้ดูแลเด็กและการเกิดซ้ำของโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ พบว่าก่อนการให้โปรแกรมการสอน ผู้ดูแลเด็กมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในระดับต่ำ จึงได้จัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย

ข้อที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ ประกอบด้วย

ข้อที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากไอไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยง่ายและอ่อนเพลีย

ข้อที่ 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้

ข้อที่ 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากอาการไอ

ข้อที่ 6 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

ข้อที่ 7 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอาหารในร่างกายเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย

ข้อที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ข้อที่ 9 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้ลดลง

ข้อที่ 10 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับการพัฒนาจากงานวิจัยด้านการดูแลโรคปอดอักเสบและโรควิกฤตในโรงพยาบาล[13] รวมถึงแนวทางการพยาบาลที่เน้นการประเมินความเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ[14,15,16] ซึ่งเน้นให้ความสำคัญกับการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การจัดการอาการทางกาย เช่น ไข้ ไอ หายใจลำบาก การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและลดการกลับเป็นซ้ำของโรค[4] ส่งผลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ หลังการดำเนินงานโดยรวม ตอบถูกร้อยละ 95.66 และการปฏิบัติได้ร้อยละ 100.00 และเมื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความรู้และการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน[17] สอดคล้องกับการศึกษาของชุติมา ไชยศิริ[7] ได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวฉับพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย จากการศึกษากรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล

ชักประวัติ ประเมินอาการ การเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย การจัดกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้ตรงกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะ ตั้งแต่การประเมิน การคาดการณ์โอกาสเสี่ยง การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ การให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว ครอบคลุมมีประสิทธิภาพทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยลดอัตราการเสียชีวิตผู้รับบริการพึงพอใจ บุคลากรมีความปลอดภัย และสอดคล้องกันกับการศึกษาของนิ่มนวล หาญสิทธิ์ และกนกวรรณ พลหงษ์[8] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน แผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชนหลังจากใช้รูปแบบฯ มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต มีภาวะอวัยวะล้มเหลวลดลง และไม่พบการเสียชีวิต ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ (M= 3.79, SD= .33) และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ (M= 3.73, SD= .38) อยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทองสุข สุภาราญ สุทินพิศาลวาปี พรจันทร์ สุวรรณมนตรี ณปภา อ่อนโนน จันทร์ตรี อรชร[18] การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะหายใจล้มเหลวในผู้ป่วยปอดอักเสบ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ผลการศึกษารูปแบบการดูแลฯที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ การวางแผนงาน สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ระบบพี่เลี้ยง แนวปฏิบัติการพยาบาล และการนิเทศทางการพยาบาล ผลลัพธ์การนำรูปแบบการดูแลฯไปใช้ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยหลังนำรูปแบบไปใช้สูงกว่าก่อนนำรูปแบบไปใช้ ได้แก่ ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 12.8 (p–value <0.05) ทักษะพยาบาลเท่ากับ 30.7 (p–value<0.05) ประสิทธิผลความสามารถในการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลฯ เท่ากับ 96.6 ความพึงพอใจญาติ/ผู้ป่วยเท่ากับ 4.85 ความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเท่ากับ 20.10 (p–value<0.01) และความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเท่ากับ 80.0 (p–value=0.04) สรุปรูปแบบการดูแลฯสามารถเพิ่มความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจภาวะหายใจล้มเหลวในผู้ป่วยปอดอักเสบ ในระยะเปลี่ยนผ่านจากภาวะวิกฤตสู่ระยะหลังวิกฤตได้และเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นด้านความรู้ ทักษะของพยาบาล ดังนั้นผู้บริหารควรนำระบบนี้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลภาวะหายใจ ล้มเหลวในผู้ป่วยปอดอักเสบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า หลังการดำเนินงานความรู้และการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบหลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน เนื่องจากการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ดังนั้น จึงควรส่งเสริมแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยใน ในระยะยาวเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ. (2565, 11 พฤศจิกายน). ผนึกกำลังเตรียมความพร้อมประเทศไทยสู่การป้องกัน ‘โรคปอดอักเสบ’ หลังโควิด 19. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ. สืบค้นเมื่อ 13 กรกฎาคม 2568, จาก https://nvi.go.th/2022/11/11/prnews-2565-pneu-1/

2. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2566, 14 พฤศจิกายน). 12 พฤศจิกายน วันปอดอักเสบโลก (World Pneumonia Day). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. https://www.cmu.ac.th/th/article/52f3deda-4fd7-4201-b345-6e99bb37bc96]
3. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์ระบาดวิทยาประจำปี 2565 [รายงาน]. กระทรวงสาธารณสุข. https://odpc9.ddc.moph.go.th/EOC/Content/2565.pdf
4. อุ่นเรือน กลิ่นขจร และ สุพรรษา วรมาลี. (2563). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. ฝ่ายการ พยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบมีการติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน [รายงาน]. กระทรวงสาธารณสุข. https://atg-h.moph.go.th/sites/default/files/2024-08/เอกสารเผยแพร่_3.pdf
6. สุธาธิพย์ ไชยเพชร. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว [รายงานกรณีศึกษา]. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตราด. https://trathospital.go.th/KM/TempDoc/temp_1919.pdf
7. ชุติมา ไชยศิริ. (2568). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวฉับพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 10(1). 737-45
8. นิ่มนวล หาญสิทธิ์, กนกวรรณ พลหงษ์.(2567). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน แผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(4) 385-94
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2565). รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบ.
10. กรมการแพทย์. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรุนแรง. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี.
11. วุฒิชัย สมกิจ. (2563). อุบัติการณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเปรียบเทียบผลกระทบจากการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีการบาดเจ็บสมอง. วารสารสภาการพยาบาล, 36(1).
12. วิภาธินี หน่อจันทร์, วรรณทนีย์ ภูมิอภิรดี และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ (2565) ผลการใช้โปรแกรมการสอนต่อความรู้ของผู้ดูแลเด็กและการเกิดซ้ำของโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. วารสารการพยาบาล, 40(2), 123-134.
13. ขวัญฤทัย พันธุ. (2564). การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
จันทร์เพ็ญ เนียมวัน, เดือนแรม เรืองแสน และ วราทิพย์ แก่นการ. (2563). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการ พยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(1), 6-14.
14. พรรณิภา บุญเทียร, คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พิจิตรา เล็กดำรงกุล, วันดี โตสุขศรี, และ ชลธิรา เรียงคำ. (2561). การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1. เอ็นพีเพลส.
15. Diamond, M., Peniston, H. L., Sanghavi, D. K., & et al. (2024). Acute respiratory distress syndrome (nursing). In StatPearls. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568726/
16. ศุทธิจิต ภูมิวัฒนะ, ศริญญา ภูวนันท์ และอรวิกาญจน์ ชัยมงคล.(2565). บทความวิชาการบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ณ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก. วชิรสารการพยาบาล, 24(1), 75–95. สืบค้น จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/vnj/article/view/255202 (Original work published 31 พฤษภาคม 2022)
17. พวงเพชร มงคลสินธุ์.(2568). การพัฒนารูปแบบในการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 10(1). 38-43
18. ทองสุข สุภาราญ สุทิน พิศาลวาปี พรจันทร์ สุวรรณมนตรี ณปภา อ่อนโนน จันทร์ตรี อรชร.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะหายใจล้มเหลวในผู้ป่วยปอดอักเสบโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. Region 3 Medical and Public Health Journal - วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 20 (3). Nakhonsawan Thailand:172-84. https://thaidj.org/index.php/smj/article/view/14215.

การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ในเขตสุขภาพที่ 8

The Development of a Health Promotion and Environmental Health System for Juvenile Detention and Protection Facilities in Health Region 8

(Received: August 10,2025 ; Revised: August 17,2025 ; Accepted: August 18,2025)

วาสนา คณะวาปี[1] สุกัญญา คณะวาปี[2] อภิชิต ศรีอวน[3]
Wassana Kanawapee[1] Sukunya Kanawapee[2] Apichit Sriouan[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้ระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ คณะผู้บริหารสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชน นักวิชาการอบรมและฝึกวิชาชีพ (ด้านพ่อบ้าน) พนักงานพินิจ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา ผู้ปรุงประกอบอาหาร และเด็กและเยาวชน เก็บข้อมูลสุขภาพเด็กและเยาวชนและข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมก่อนหลังดำเนินการ

ผลการศึกษาพบว่า ระบบที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพและการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ โดยมีจุดเด่นใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านนโยบาย 2) ด้านการบริหารจัดการ 3) ด้านการบูรณาการ และ 4) ด้านการมีส่วนร่วม จากผลการดำเนินงาน พบว่าเด็กและเยาวชนได้รับการตรวจสุขภาพพื้นฐานเพิ่มขึ้น ได้แก่ การตรวจหิด/เหา ภาวะโภชนาการ การตรวจสุขภาพช่องปาก ภาวะโลหิตจาง สายตา และการได้ยิน ซึ่งก่อนหน้านี้ไม่มีการดำเนินการอย่างครอบคลุม โดยมีอัตราการเข้าบริการสุขภาพถึงร้อยละ 100 สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนมีการปรับปรุงการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในแต่ละด้านให้เป็นไปตามมาตรฐานเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และมีการเฝ้าระวังและปรับปรุงคุณภาพน้ำอุปโภค บริโภค และมีการตรวจสอบเฝ้าระวังคุณภาพอาหาร ภาชนะ และมือผู้สัมผัสอาหาร หลังการพัฒนาระบบ สะท้อนถึงความสำเร็จของแนวทางที่ส่งผลต่อสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตในระยะยาว

คำสำคัญ: ระบบการส่งเสริมสุขภาพ, อนามัยสิ่งแวดล้อม, สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

Abstract

This study employed a participatory action research (PAR) approach, applying the cyclical process of action research consisting of four main phases: 1) planning for positive change, 2) implementing the action plan, 3) observation, and 4) reflection. The study was conducted in three stages: (1) situational analysis of health promotion and environmental sanitation; (2) development of a comprehensive system; and (3) evaluation of the system implemented in the Juvenile Observation and Protection Center under Health Region 8. Key informants included center administrators, vocational instructors (housekeeping), probation officers, registered nurses, psychologists, cooks, and the juveniles themselves. Health and environmental data were collected before and after the intervention.

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี ผู้รับผิดชอบบทความ: nooniim@hotmail.com
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี
[3] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี

The results indicated that the developed system significantly enhanced access to health services and environmental sanitation through a structured approach. Key strengths were identified in four dimensions: 1) policy development, 2) administration and management, 3) integration, and 4) participation. After implementation, there was a noticeable improvement in the provision of basic health services for juveniles, including screenings for lice, nutritional assessment, oral health, anemia, vision, and hearing—reaching 100% service coverage, which had previously been limited or absent. The facility also made substantial improvements in aligning environmental sanitation practices with public health standards. This included improvements in water quality for consumption and use, and the implementation of monitoring protocols for food safety, kitchen utensils, and food handlers. The outcomes reflect the system's success in supporting the long-term health and well-being of juveniles.

Keywords: Health Promotion System, Environmental Sanitation, Juvenile Observation and Protection Center,

บทนำ

สุขภาพของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเป็นเรื่องที่สำคัญและซับซ้อน เนื่องจากเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองแด็กและเยาวชนส่วนใหญ่เผชิญกับปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยปัญหาที่พบได้บ่อยคือเด็กและเยาวชนในสถานพินิจมักมีประวัติการใช้สารเสพติดมาก่อน เช่น ยาเสพติดและแอลกอฮอล์ ซึ่งมีผลกระทบ ต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ รวมถึงทำให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมในระหว่างที่อยู่ในสถานพินิจ[1] บางรายอาจมีปัญหาขาดสารอาหารหรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพส่วนตัวที่ไม่ดี เช่น การละเลยการดูแลความสะอาดส่วนบุคคล หรือการขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม[2] ปัญหาด้านเพศศึกษาและการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นปัญหาที่พบในเด็กและเยาวชนหญิงในสถานพินิจ เนื่องจากขาดการศึกษาและการป้องกันที่เหมาะสม ทำให้เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร[3] เยาวชนในสถานพินิจอาจเผชิญกับโรคติดต่อได้ง่าย เช่น โรคทางเดินหายใจ หรือโรคทางผิวหนัง เนื่องจากการอยู่รวมกันในพื้นที่จำกัดและการดูแลสุขภาพที่ไม่เพียงพอ[4] มีแนวโน้มสูงที่จะประสบกับปัญหาทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ประวัติครอบครัว ความรุนแรง และการขาดความรักความอบอุ่น ความเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ต้องเผชิญภายหลังการถูกคุมขังส่งผลให้พวกเขาอาจรู้สึกโดดเดี่ยวและหมดหวัง[5]

ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 มีสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจำนวน 7 แห่ง ได้แก่ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดอุดรธานี จังหวัดนครพนม จังหวัดสกลนคร จังหวัดบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย จังหวัดเลย และจังหวัดหนองบัวลำภู สถานการณ์สุขภาพของเด็กและเยาวชนเมื่อคัดกรองสุขภาพเมื่อรับตัวพบปัญหาภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 13-18 ซึ่งอาจเกิดจากการใช้สารเสพติดขณะอยู่ข้างนอก พบปัญหาสุขภาพช่องปากสูงถึงร้อยละ 65 การขาดการส่งเสริมสุขอนามัยช่องปากทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากการดูแลรักษาความสะอาดช่องปากที่ไม่เพียงพออาจส่งผลให้เกิดปัญหาฟันผุและโรคเหงือกที่แย่กว่าเดิม การขาดระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดีทำให้เกิดโรคหิดในระดับสูงถึงร้อยละ 10-12 ซึ่งโรคนี้เกิดจากความไม่สะอาดของสภาพแวดล้อมและการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่เพียงพอ ปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 1-2 โดยมีความเครียด, ภาวะซึมเศร้า, และความวิตกกังวล พบอัตราการเกิดอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ร้อยละ 1-2 ต่อเดือน ซึ่งเกิดจากปัญหาสุขาภิบาลอาหารและน้ำที่ไม่ดี การขาดระบบการตรวจสอบและการจัดการสุขาภิบาลที่ดีอาจทำให้เกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งในการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน พบว่ามีเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็กและเยาวชน โดยจะทำหน้าที่ในการอภิบาลดูแลเด็ก

และเยาวชนที่เกี่ยวกับการ กิน อยู่ หลับ นอน ความจำเป็นพื้นฐาน เพื่อให้เป็นไปมาตรฐานและตามที่กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกำหนดในประเด็นด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมพบว่าจะมีการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นควบคุมดูแลเด็กและเยาวชนทำความสะอาดหอนอน เช่น การทำความสะอาดรายสัปดาห์ รายเดือน รวมทั้งควบคุมดูแลการทำความสะอาดเครื่องนอน เจ้าหน้าที่จะกำกับดูแลการเตรียมภาชนะใส่อาหาร ช้อน แก้วน้ำให้เพียงพอ ดูแลความสะอาดบริเวณโรงเลี้ยง จัดเตรียมอาหารตามรายการอาหาร ควบคุมดูแลการตักแบ่งอาหารใส่ภาชนะ ให้ครบตามจำนวนเด็กและเยาวชน แยกอาหารสำหรับเด็กและเยาวชนป่วย การส่งเสริมสุขภาพในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและท้าทาย โดยมีปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญหลายประการ ข้อจำกัดด้านทรัพยากรทั้งในด้านการเงินและบุคลากร การจัดสรรงบประมาณที่ไม่เพียงพอสำหรับการส่งเสริมสุขภาพอาจทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสุขภาพก็เป็นอุปสรรคในการให้การดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุม[6] สภาพแวดล้อมในสถานพินิจมักจะมีข้อจำกัดด้านพื้นที่และการจัดการที่อาจไม่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ขาดพื้นที่สำหรับกิจกรรมทางกาย, ความไม่สะอาด, และการจัดการขยะที่ไม่เหมาะสม การอยู่ในพื้นที่จำกัดและการขาดการดูแลสุขอนามัยที่ดีอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ[7] เด็กและเยาวชนในสถานพินิจมักมีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับความเครียด, ภาวะซึมเศร้า, และความวิตกกังวล การจัดการกับปัญหาทางจิตใจเหล่านี้ต้องการการสนับสนุนด้านจิตวิทยาและการบำบัดที่เหมาะสม ซึ่งบางครั้งอาจขาดการให้ความช่วยเหลือที่มีคุณภาพหรือไม่เพียงพอ[8] การขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและอนามัย รวมถึงบุคลากรในสถานพินิจ อาจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพ การขาดการศึกษาและการอบรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค อาจทำให้เยาวชนไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม[9]

ในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานพินิจมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเยาวชนในสถานพินิจมักเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่หลากหลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจการมีระบบที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้การดูแลสุขภาพเป็นไปอย่างครอบคลุมและเป็นระเบียบ รวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ[3] จัดทำระบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสามารถลดการแพร่กระจายของโรคติดต่อ การลดปัญหาด้านโภชนาการ และการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม[5] นอกจากนี้ ระบบดังกล่าวยังสามารถช่วยในการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจิตของเยาวชน เช่น การลดความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มนี้[1] หากไม่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในสถานพินิจ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงและการแพร่กระจายของโรคเพิ่มขึ้น รวมถึงมีผลกระทบด้านจิตใจที่รุนแรงขึ้น ซึ่งอาจทำให้เยาวชนในสถานพินิจมีคุณภาพชีวิตที่น้อยลงและเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในระยะยาว[4] การขาดระบบที่ดีในการดูแลสุขภาพยังอาจทำให้เกิดการละเลยในการจัดการด้านโภชนาการและสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของเยาวชน[2] ดังนั้นการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อรับประกันการดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพสำหรับเยาวชนในสถานพินิจและลดผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การ

วางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งจะเกิดประโยชน์ที่สำคัญหลายประการ โดยจะช่วยปรับปรุงสภาพแวดล้อมในสถานพินิจให้มีความสะอาดและปลอดภัยมากขึ้น มีการจัดการสุขาภิบาลที่ดีจะลดการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ ระบบที่พัฒนาขึ้นจะช่วยให้การดูแลสุขภาพของเด็กและเยาวชนมีความครอบคลุมและเป็นระบบมากขึ้น มีการให้บริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมและการตรวจสอบสุขภาพอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการขาดการดูแล ให้เด็กและเยาวชนที่มีปัญหาทางจิตใจได้รับการดูแลและการบำบัดที่เหมาะสม ลดความเครียดและภาวะซึมเศร้า เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพเด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถพัฒนานโยบายและกลยุทธ์การจัดการที่ตอบสนองต่อปัญหาที่พบในสถานพินิจได้ดียิ่งขึ้น การมีข้อมูลและข้อเสนอแนะจากการวิจัยจะช่วยให้การวางแผนและการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเขตสุขภาพที่ 8

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชน

2) เพื่อพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชน

3) เพื่อประเมินผลการใช้ระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research PAR) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[9] มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน เด็กและเยาวชนในสถานพินิจ

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยในระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์ ได้แก่ ผู้อำนวยการสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชน หัวหน้าพัฒนาพฤตินิสัย/งานการพินิจ นักวิชาการอบรมและฝึกวิชาชีพ (ด้านพ่อบ้าน) พนักงานพินิจ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา ผู้ปรุงประกอบอาหาร รวมทั้งสิ้น 15 คน การเก็บข้อมูลสุขภาพเด็กและเยาวชนก่อนหลังดำเนินการ ประชากรคือเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กำหนดจำนวนขนาดตัวอย่างจากการคำนวนโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4 กำหนด Effect size เท่ากับ 0.5 กำหนด Power of test เท่ากับ 0.8 ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดการสูญหาย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยในระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์ ได้แก่ ผู้อำนวยการสถาน

พินิจและคุ้มเด็กและเยาวชน หัวหน้าพัฒนาพฤตินิสัย/งานการพินิจ นักวิชาการอบรมและฝึกวิชาชีพ (ด้านพ่อบ้าน) พนักงานพินิจ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา ผู้ปรุงประกอบอาหาร รวมทั้งสิ้น 15 คน

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยในระยะที่ 3 การประเมินผลทดลองและประเมินผลการใช้ระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 เก็บข้อมูล สุขภาพเด็กและเยาวชน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเด็กและเยาวชนจำนวน 40 คน ประเมินด้านสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์ ได้แก่ ผู้อำนวยการสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชน หัวหน้าพัฒนาพฤตินิสัย/งานการพินิจ นักวิชาการอบรมและฝึกวิชาชีพ (ด้านพ่อบ้าน) พนักงานพินิจ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา ผู้ปรุงประกอบอาหาร รวมทั้งสิ้น 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ มีรายละเอียด ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 ลักษณะเป็นแบบสอบเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยให้ผู้ตอบคำถามได้แสดงความคิดเห็นข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2) แบบบันทึกการตรวจสุขภาพเด็กและเยาวชน โดยทำการตรวจสุขภาพตรวจสุขภาพเด็กและเยาวชนในสถานพินิจฯ ทุกคน ประเด็นการตรวจประกอบด้วย ภาวะโภชนาการ ตรวจการได้ยิน ตรวจสายตา ตรวจภาวะซีด ตรวจสุขภาพช่องปาก

3) แบบบันทึกการดำเนินงานเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การตรวจสอบและรักษาความสะอาด การตรวจสอบเฝ้าระวังคุณภาพน้ำ การตรวจสอบเฝ้าระวังคุณภาพอาหาร การควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค การตรวจสอบสภาพแวดล้อมทางกายภาพ การตรวจสอบและจัดการขยะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดำเนินการตรวจสอบตามหลักการ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพทางด้านความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้แบบการตรวจสอบความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญ (IOC index of item objective congruence)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 ระหว่าง เดือน พฤศจิกายน 2567 ถึง มกราคม 2568

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด ระดมความคิดร่วม แสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหา และสรุปผล กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์ ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้อำนวยการสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชน หัวหน้าพัฒนาพฤตินิสัย/งานการพินิจ นักวิชาการอบรมและฝึกวิชาชีพ พนักงานพินิจ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา ผู้ปรุงประกอบอาหาร รวมทั้งสิ้น 15 คน เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสัมภาษณ์ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด และใช้วิธีการการสังเกตแบบมีส่วนร่วมขณะที่เด็กและเยาวชนมีการทำหน้าที่ในโรงครัว โรงเลี้ยง ห้องซักล้างโดยคณะผู้วิจัย สัปดาห์ละ 2 วันตลอดการดำเนินการวิจัย เก็บข้อมูลสุขภาพเด็กและเยาวชน โดยใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพเด็กและเยาวชน ประเมินด้านสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยใช้แบบประเมินด้าน

สุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อมและประเมินเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยแบบบันทึกการดำเนินงานเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์ ได้แก่ ผู้อำนวยการสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชน หัวหน้าพัฒนาพฤตินิสัย/งานการพินิจ นักวิชาการอบรมและฝึกวิชาชีพ (ด้านพ่อบ้าน) พนักงานพินิจ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา ผู้ปรุงประกอบอาหาร รวมทั้งสิ้น 15 คน เก็บข้อมูลโดยแบบบันทึกแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยหลังจากดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 จนได้ข้อสรุปสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 ที่ชัดเจนแล้ว

ระยะที่ 3 ประเมินผลทดลองและประเมินผลการใช้ระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 ช่วงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2568 การวิจัยในระยะที่ 3 ผู้วิจัยเก็บข้อมูล สุขภาพเด็กและเยาวชน ประเมินด้านสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม และประเมินเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา

1 สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 (ผลการศึกษาในระยะที่ 1)

1.1 ข้อมูลทั่วไป สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน เป็นหน่วยงานหลักที่ให้การควบคุม ดูแล ฟื้นฟู และพัฒนาศักยภาพของเด็กและเยาวชนที่อยู่ระหว่างกระบวนการยุติธรรม พื้นที่รวมทั้งหมดภายในสถานพินิจฯ มีขนาดรวมประมาณ 21 ไร่ โดยพื้นที่ดังกล่าวครอบคลุมทั้งพื้นที่อาคารสำนักงาน อาคารหอนอน สนามออกกำลังกาย โรงครัว โรงเลี้ยง ห้องซักล้าง มีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน 52 คน มีขีดความสามารถในการรองรับเด็กและเยาวชนตามโครงสร้างที่กำหนดไว้ เด็กและเยาวชนชาย จำนวน 80 คน และเด็กและเยาวชนหญิง 20 คน ในช่วงเวลาที่ดำเนินการศึกษา (วันที่ 11 มีนาคม 2567) มีเด็กและเยาวชนทั้งชายและหญิงที่อยู่ในความดูแลตามคำสั่งศาล ในระหว่างการสอบสวนและพิจารณา ตามมาตรา 132 และ พ.ร.บ.ฟื้นฟู รวมทั้งหมด 121 คน เป็นเด็กและเยาวชนชายจำนวน 116 คน และเด็กและเยาวชนหญิงจำนวน 5 คน พื้นที่นอนที่จัดไว้สำหรับเด็กและเยาวชนมีการแยกพื้นที่ตามเพศอย่างชัดเจน โดยพื้นที่ในแดนชายมีขนาด 300 ตารางเมตร หญิงมีขนาด 80 ตารางเมตร พื้นที่นอนเฉลี่ยต่อเด็กและเยาวชนชายเท่ากับ 2.58 ตารางเมตร/คน เยาวชนหญิงมีพื้นที่นอนเฉลี่ยเท่ากับ 16 ตารางเมตร/คน พื้นที่นอนต่อคนโดยรวมเท่ากับ 2.14 ตารางเมตร/คน จำนวนเด็กและเยาวชนชายในความดูแลมีมากกว่าขีดความสามารถตามโครงสร้างที่กำหนดไว้ โดยเกินมาจำนวน 36 คน

1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชน

จากเก็บข้อมูลด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 92.50 ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาได้รับการตรวจหิด/เหา ร้อยละ 100.00 พบผู้มีหิด ร้อยละ 25.00 เด็กและเยาวชนทั้งหมดได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างผอม ร้อยละ 52.50 ด้านสุขภาพช่องปาก พบว่า ร้อยละ 17.50 ได้รับการตรวจ ทั้งนี้เมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปากมีเพียงร้อยละ 17.50 ที่ได้รับการส่งต่อหรือแก้ไข นอกจากนี้พบว่าเด็กและเยาวชนทั้งหมดไม่ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและไม่ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง

1.3 สุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินตามทั้งหมด 10 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านหอนอน 2) ด้านโรงอาหาร 3) ด้านห้องอาบน้ำและห้องสุขา 4) ด้านสถานที่ตากผ้าเด็กและเยาวชน 5) ด้านการกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูล 6) ด้านการจัดการน้ำสะอาด 7) ด้านการจัดสภาพแวดล้อม 8) ด้านการดูแลวัสดุอุปกรณ์/เครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน 9) ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ/เหตุฉุกเฉิน และ 10) ด้านการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคและพาหะนำโรคภายในสถานควบคุม ผลการศึกษาดังนี้ ด้านหอนอน พบว่ามี 2 ประเด็นที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ ระบบการระบายอากาศและการจัดการน้ำดื่ม โดยในส่วนของการระบายอากาศนั้น หอนอนบางจุดมีพัดลมหรือช่องระบายอากาศไม่เพียงพอ ถ่ายเทอากาศไม่ดี รวมถึงมีฝุ่นเกาะตามมุ้งลวด ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของเด็กและเยาวชนในระยะยาว ส่วนในด้านของน้ำดื่ม พบว่ายังไม่มีการจัดให้แก้วน้ำส่วนตัวสำหรับแต่ละคน ด้านโรงอาหาร สถานที่รับประทานอาหารและบริเวณทั่วไป พบข้อที่ควรปรับปรุงที่สำคัญ ได้แก่ 1) การเว้นระยะห่างและการระบายอากาศ มีข้อจำกัดในการจัดพื้นที่นั่งรับประทานอาหารให้ห่างกัน 1 ตารางเมตรต่อคน 2) การจัดการน้ำดื่ม แม้จะมีการจัดน้ำดื่มให้เพียงพอ แต่ยังไม่มีการจัดเตรียมแก้วน้ำประจำตัวให้กับเด็กและเยาวชนแต่ละคน 3) การควบคุมสัตว์และแมลง ยังพบแมลงวันซึ่งเป็นแมลงนำโรคในบริเวณที่รับประทานอาหาร สถานที่เตรียม-ปรุงอาหาร 4) ยังมีการประกอบหรือเตรียมอาหารบางรายการบนพื้น 5) ไม่มีอ่างล้างที่แยกสำหรับภาชนะและวัตถุดิบ 6) เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ชำรุดยังคงอยู่ในพื้นที่ ไม่ได้จัดการจำหน่ายออก 7) การป้องกันแมลงวันหรือสัตว์นำโรค พบสัตว์หรือแมลงนำโรคในพื้นที่ปรุงอาหาร 8) การไม่แยกภาชนะของเด็กและเยาวชนที่ป่วยออกจากผู้ปกติ 9) การแยกประเภทถังขยะ แม้จะมีถังขยะใช้งาน แต่ยังไม่มีการแยกประเภทอย่างครบถ้วนตามหลักสุขาภิบาล ได้แก่ ถังขยะอันตราย ถังขยะเปียก ถังขยะแห้ง และถังขยะรีไซเคิล 10) การจัดการระบบระบายน้ำ ท่อหรือรางระบายน้ำยังมีปัญหาในด้านสภาพโครงสร้าง มีเศษอาหาร คราบน้ำมัน หรือการแตกร้าว รวมถึงการไหลของน้ำเสียที่อาจส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมหากไม่มีระบบบำบัดที่เหมาะสมก่อนปล่อยสู่ภายนอก 11) การจัดการบ่อดักไขมันและเศษอาหาร ยังขาดระบบบ่อดักหรืออุปกรณ์ดักจับไขมันและเศษอาหารที่มีประสิทธิภาพ ด้านห้องอาบน้ำและห้องสุขา มีหนึ่งประเด็นที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ การกำจัดสิ่งปฏิกูล แม้จะมีระบบสุขาภิบาลที่ดีในเชิงโครงสร้างและการดูแลรักษาความสะอาดในชีวิตประจำวัน แต่กลับพบว่ายังขาดวิธีการกำจัดสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับระบบบำบัดหรือกระบวนการนำของเสียออกไปกำจัดภายนอกพื้นที่ที่ยังไม่มีความชัดเจนหรือไม่เป็นระบบเพียงพอ ด้านสถานที่ตากผ้าเด็กและเยาวชน พบว่าโดยภาพรวมสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนมีการจัดการด้านนี้ได้อย่างเหมาะสมและเป็นระบบ โดยสามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ได้ครบถ้วนทุกข้อ ด้านการกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูล สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ได้ครบทุกข้อ ด้านการจัดการน้ำสะอาดมีประเด็นที่ยังต้องได้รับการปรับปรุง ได้แก่ การจัดเตรียมแก้วน้ำดื่มสำหรับเด็กและเยาวชนซึ่งยังไม่เพียงพอ อาจส่งผลต่อสุขลักษณะส่วนบุคคลและความปลอดภัยในการบริโภคน้ำ และอีกหนึ่งประเด็นที่พบคือระบบท่อส่งจ่ายน้ำบางส่วนยังอยู่ในสภาพชำรุด ซึ่งอาจเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดการปนเปื้อนของน้ำดื่มหรือส่งผลต่อการจ่ายน้ำได้ไม่ทั่วถึงในบางช่วงเวลา ด้านการจัดสภาพแวดล้อม พบว่าโดยรวมสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนมีการจัดการด้านสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม สะอาด เป็นระเบียบ และส่งเสริมความปลอดภัยและการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชนในทุกมิติ โดยสามารถดำเนินการตามข้อกำหนดได้ครบถ้วนทุกข้อด้านการดูแลวัสดุอุปกรณ์/เครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน ด้านการดูแลวัสดุอุปกรณ์และเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน พบว่าสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนมีระบบการจัดการที่เป็นระบบและได้มาตรฐาน โดยสามารถดำเนินการตามข้อกำหนดได้ครบถ้วนทุกข้อ ด้านการป้องกัน

อุบัติเหตุ/เหตุฉุกเฉิน พบข้อที่ควรได้รับการปรับปรุง ได้แก่ การมีมาตรการตรวจค้นและสุ่มตรวจสารเสพติดอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการดำเนินการตรวจค้นอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และการตรวจสารเสพติดทั้งในกลุ่มเด็กเยาวชนและเจ้าหน้าที่ทุก 3 เดือน ยังพบจุดอ่อนที่สำคัญ คือ การวิเคราะห์ถึงปัญหาหรือเหตุฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นและการกำหนดแนวทางป้องกันหรือแก้ไขยังขาดความต่อเนื่องหรือเป็นระบบ ซึ่งอาจส่งผลต่อความพร้อมในการรับมือกับเหตุการณ์ไม่คาดคิดได้ และด้านการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคและพาหะนำโรคภายในสถานควบคุม พบว่ามาตรการควบคุมสัตว์และแมลงพาหะนำโรคยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ซึ่งถือเป็นความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กและเยาวชน จึงควรมีการวางระบบป้องกัน เช่น การติดมุ้งลวด การใช้กับดักแมลง การฉีดพ่นสารกำจัดแมลงอย่างต่อเนื่อง และจัดระบบบันทึกผลการดำเนินงานเพื่อให้ตรวจสอบได้

1.4 การเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

แหล่งน้ำอุปโภค มีระดับคลอรีนอิสระคงเหลือในแหล่งน้ำอุปโภคทั้ง 4 จุด อยู่ในระดับต่ำกว่า 0.2 ppm ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานกำหนดไว้ (ตารางที่ 3) แหล่งน้ำบริโภคในจำนวนทั้งหมด 4 จุด พบว่ามี 2 จุด (ร้อยละ 50.00) ที่พบการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย การตรวจสอบเฝ้าระวังคุณภาพอาหาร ภาชนะ และมือผู้สัมผัสอาหาร มี 2 ตัวอย่าง (ร้อยละ 22.22) ที่พบการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ได้แก่ ผักสด และ มือของผู้ช่วยครัวคนที่ 3 ในขณะที่อีก 7 ตัวอย่าง (ร้อยละ 77.78) ไม่พบการปนเปื้อนของเชื้อ การตรวจสอบเฝ้าระวังความสะอาดของห้องสุขาผลการตรวจพบว่า ทั้ง 4 จุด (ร้อยละ 100) ของห้องสุขามีผลบวกต่อการตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย แสดงให้เห็นว่ามีการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียในบริเวณห้องสุขา ซึ่งอาจสะท้อนถึงปัญหาด้านการทำความสะอาดและสุขาภิบาลที่ยังไม่เพียงพอ

1.5 ผลการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

จากกิจกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้อำนวยการสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชน หัวหน้าพัฒนาพฤตินิสัย/งานการพินิจ นักวิชาการอบรมและฝึกวิชาชีพ (ด้านพ่อบ้าน) พนักงานพินิจ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา ผู้ปรุงประกอบอาหาร จำนวนทั้งสิ้น 15 คน สรุปปัญหาในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านนโยบาย พบว่ายังขาดนโยบายที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม และมีความสอดคล้องกับบริบทของสถานพินิจในแต่ละพื้นที่ ทำให้แนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่มีทิศทางที่เป็นระบบ อีกทั้งยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานกลางที่สามารถประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้ การจัดสรรงบประมาณยังไม่เพียงพอ และมักไม่ครอบคลุมงานด้านส่งเสริมสุขภาพโดยตรง 2) ด้านการบริหารจัดการ มีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางที่มีความรู้ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ทั่วไปต้องปฏิบัติงานเกินขอบเขตความชำนาญ นอกจากนี้ ระบบบริหารทรัพยากรยังไม่เป็นระบบ ขาดอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน และไม่มีระบบติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพเพื่อใช้ปรับปรุงการดำเนินงานอย่างรอบด้าน 3) ด้านการบูรณาการ การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังเป็นแบบแยกส่วน ไม่บูรณาการอย่างเป็นระบบทั้งภายในองค์กรและกับหน่วยงานภายนอก เช่น สำนักงานสาธารณสุข หรือโรงพยาบาลในพื้นที่ การประสานความร่วมมือมักเกิดเฉพาะกิจ ไม่มีกรอบความร่วมมือระยะยาวหรือระบบข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกัน ทำให้ไม่สามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) ด้านการมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนในกิจกรรมด้านสุขภาพยังมีข้อจำกัดจากลักษณะของสถานควบคุมที่ไม่เปิดโอกาสให้แสดงออกอย่างเสรี ขณะที่เจ้าหน้าที่ภายในบางรายยังขาดความตระหนักในบทบาทด้าน

การส่งเสริมสุขภาพ และภาคีภายนอก เช่น ครอบครัว ชุมชน หรือองค์กรสุขภาพ ยังไม่ได้มีบทบาทร่วมในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้การส่งเสริมสุขภาพขาดพลังขับเคลื่อนจากภาคส่วนต่าง ๆ

2 การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 (ผลการศึกษาในระยะที่ 2)

จากการระดมความคิดเห็นของบุคลากรและการทบทวนแนวทางปฏิบัติเดิม ในการดำเนินการพัฒนาระบบครั้งนี้ ได้มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์บทบาทและภารกิจของแต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ผลจากการแลกเปลี่ยนพบว่าจำเป็นต้องมีการกำหนดโครงสร้างการดำเนินงานใหม่ โดยมีจุดเด่นที่สำคัญ ได้แก่ ด้านนโยบาย (Policy Development) โดยกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีความชัดเจน ได้แก่ 1) การพัฒนานโยบายด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เฉพาะเจาะจงกับสถานพินิจฯ โดยสอดคล้องกับมาตรฐานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) ส่งเสริมนโยบายที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในระยะยาว ด้านการบริหารจัดการ (Administration and Management) โดยการพัฒนาระบบการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ได้แก่ 1) โครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน มีผู้รับผิดชอบในแต่ละภารกิจอย่างเป็นระบบ 2) แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ในแต่ละระดับ 3) การพัฒนาบุคลากรในการดูแลระยะยาว 4) การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ 5) การกำหนดระบบติดตาม ประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงาน ด้านการบูรณาการ (Integration) สร้างการทำงานร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ได้แก่ 1) บูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างฝ่าย 2) สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก 3) ใช้ข้อมูลสุขภาพเด็กและเยาวชนร่วมกันในการวางแผนบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และด้านการมีส่วนร่วม (Participation) โดยส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน 1) การส่งเสริมบทบาทของเด็กและเยาวชนทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ 2) การเปิดพื้นที่การมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ 3) สร้างกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสร้างแรงจูงใจการมีส่วนร่วม

ตารางที่ 1 การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชน

ด้าน	การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชน	
	ระบบเดิม	ระบบที่พัฒนาใหม่
1. ด้านนโยบาย	1) ไม่มีนโยบายเฉพาะด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเฉพาะ	1) การพัฒนานโยบายด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เฉพาะเจาะจงกับสถานพินิจฯ โดยสอดคล้องกับมาตรฐานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) ส่งเสริมนโยบายที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในระยะยาว
2. ด้านการบริหารจัดการ	1) การบริหารจัดการไม่เป็นระบบ ขาดผู้รับผิดชอบเฉพาะด้าน 2) การจัดสรรทรัพยากรไม่เหมาะสม3) ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม	1) โครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน มีผู้รับผิดชอบในแต่ละภารกิจอย่างเป็นระบบ 2) แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ในแต่ละระดับ 3) การพัฒนาบุคลากรในการดูแลระยะยาว 4) การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ 5) การกำหนดระบบติดตาม ประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชน

ด้าน	การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชน	
	ระบบเดิม	ระบบที่พัฒนาใหม่
3. ด้านการบูรณาการ	1) การทำงานแต่ละฝ่ายแยกส่วน 2) การประสานงานกับหน่วยงานภายนอกไม่ต่อเนื่อง	1) บูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างฝ่าย 2) สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก 3) ใช้ข้อมูลสุขภาพเด็กและเยาวชนร่วมกันในการวางแผนบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม
4. ด้านการมีส่วนร่วม	1) เด็กและเยาวชนเป็นเพียงผู้รับบริการ 2) ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมน้อย	1) การส่งเสริมบทบาทของเด็กและเยาวชนทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ 2) การเปิดพื้นที่การมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ 3) สร้างกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วม

3 การประเมินผลการใช้ระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชน (ผลการศึกษาในระยะที่ 3)

การการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์ในระยะที่ 1 และจากการระดมความคิดเห็นของบุคลากรและการทบทวนแนวทางปฏิบัติเดิม ในการดำเนินการพัฒนาระบบ ผลการใช้ระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชน ดังนี้

3.1 ด้านนโยบาย (Policy Development) ได้มีการกำหนดแนวนโยบายด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจนและครอบคลุมทุกมิติ โดยเริ่มจากการพัฒนานโยบายเฉพาะที่ตอบโจทย์บริบทของสถานพินิจฯ ซึ่งมีข้อจำกัดเฉพาะทาง ทั้งด้านพื้นที่การจัดการเด็กและเยาวชนที่อยู่ภายใต้การควบคุมตลอดจนข้อกำหนดด้านความปลอดภัย และสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจาก ศูนย์อนามัยเขต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งได้กำหนดนโยบาย “สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนมุ่งมั่นพัฒนาและดำเนินงานด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างรอบด้าน เพื่อสร้างพื้นฐานชีวิตที่ดีให้แก่เด็กและเยาวชนในระยะยาว” กำหนดเป้าหมายให้เด็กและเยาวชนในสถานพินิจฯ เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่าง ร้อยละ 100 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและโภชนาการอย่างต่อเนื่อง การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมถึงการส่งเสริมระบบเฝ้าระวังสุขภาพภายในหน่วยงาน

3.2 ด้านการบริหารจัดการ (Administration and Management) โดยเริ่มจากการจัด โครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่แต่ละฝ่าย ทั้งในด้านการดูแลสุขาภิบาล อาหาร น้ำดื่ม ความสะอาด สิ่งแวดล้อม และการเฝ้าระวังสุขภาพ โดยมีผู้รับผิดชอบหลักและคณะทำงานร่วมเพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและตรวจสอบได้ และจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติในแต่ละด้าน โดยมีการอบรมซักซ้อมทำความเข้าใจอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย นอกจากนี้ ยังได้การพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยจัดการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขาภิบาล โดยมีการจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้น ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพและการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในกลุ่มเด็กและเยาวชน 2) หลักสูตรสุขาภิบาลอาหารและโภชนาการในสถานควบคุม3) หลักสูตรการจัดการขยะ 4) หลักสูตรควบคุมพาหะนำโรค และ 5) หลักสูตรการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 100

3.2.1 ผลลัพธ์ด้านการบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพ จากผลการดำเนินการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและ

เยาวชน พบว่ามีความก้าวหน้าอย่างชัดเจนในหลายด้าน โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของเด็กและเยาวชนอย่างครอบคลุมและเป็นระบบมากยิ่งขึ้น ที่น่าสังเกตคือ อัตราการพบหิดลดลงจากร้อยละ 25.00 เหลือเพียงร้อยละ 3.31 ดัชนีมวลกายตามอายุ (BMI for Age) พบว่าอัตราการมีภาวะสมส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.00 เป็นร้อยละ 47.50 ในขณะที่กลุ่มที่มีภาวะค่อนข้างผอมหรือผอมลดลงจากร้อยละ 60.00 เหลือเพียงร้อยละ 42.50 การตรวจสุขภาพช่องปากเพิ่มจากร้อยละ 17.50 เป็นร้อยละ 100 ขณะที่การคัดกรองภาวะโลหิตจางและการตรวจสายตาที่ก่อนหน้านี้ไม่เคยได้รับบริการ ก็สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนทั้ง ร้อยละ 100 หลังการพัฒนา อีกหนึ่งประเด็นสำคัญคือการดูแลต่อเนื่องเมื่อพบปัญหาสุขภาพ โดยก่อนการดำเนินการ มีเพียงร้อยละ 17.50 ของเด็กและเยาวชนที่ได้รับการส่งต่อหรือแก้ไข แต่หลังจากพัฒนาระบบ สามารถส่งต่อและดูแลได้ครอบคลุมร้อยละ 100

3.2.2 ผลลัพธ์ด้านการบริหารอนามัยสิ่งแวดล้อม 1) อนามัยสิ่งแล้วล้อม ภายหลังการดำเนินโครงการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนมีการปรับปรุงการดำเนินงานในแต่ละด้านให้เป็นไปตามมาตรฐานของกรมอนามัยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ด้านหอนอน มีการดำเนินงานผ่านตามมาตรฐานจาก ร้อยละ 83.33 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.66 ด้านโรงอาหารจาก ร้อยละ 79.41 เป็นร้อยละ 95.59 ด้านห้องอาบน้ำและห้องสุขาจาก ร้อยละ 90.00 เป็นร้อยละ 100.00 ด้านการจัดการน้ำสะอาดมีการพัฒนาอย่างโดดเด่นจาก ร้อยละ 71.42 เป็นร้อยละ 100.00 ด้านการป้องกันอุบัติเหตุและเหตุฉุกเฉินมีการปรับปรุงจาก ร้อยละ 80.00 เป็นร้อยละ 100.00 ด้านการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคและพาหะนำโรค พัฒนาจาก ร้อยละ 80.00 เป็นร้อยละ 100.00 (ตารางที่ 7) **2) การเฝ้าระวังแหล่งน้ำอุปโภค** หลังจากมีการปรับปรุงระบบการจัดการน้ำอุปโภค พบว่า ระดับคลอรีนอิสระคงเหลือในทั้ง 4 จุดเพิ่มขึ้นอยู่ในช่วง 0.2–0.5 ppm ซึ่ง ถือว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100 (ตารางที่ 8) **3) แหล่งน้ำบริโภค** หลังดำเนินการปรับปรุงและเฝ้าระวัง พบว่า ทุกจุดมีผลการตรวจเป็นลบ (Negative) คิดเป็น ร้อยละ 100 ของจุดตรวจทั้งหมด **4) การตรวจสอบเฝ้าระวังคุณภาพอาหาร ภาชนะ และมือผู้สัมผัสอาหาร** หลังดำเนินการ พบว่า ทุกตัวอย่าง มีผลตรวจเป็นลบ (Negative) **5) การตรวจสอบเฝ้าระวังความสะอาดของห้องสุขา** ก่อนดำเนินการตรวจ พบว่า ทุกจุด ของห้องสุขา มีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ซึ่งสะท้อนถึงสภาพแวดล้อมที่ยังไม่ปลอดภัยและอาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ง่าย หลังดำเนินการ ได้มีการปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาความสะอาด ส่งผลให้ 3 ใน 4 จุด (ร้อยละ 75.00) มีผลการตรวจเป็นลบ (Negative)

3.3 ด้านการบูรณาการ (Integration) จากการพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการบูรณาการระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอก ได้ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างทีมพยาบาล นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่ โดยจัดให้มีการประชุมร่วมวางแผน ดูแล และติดตามพฤติกรรมสุขภาพเด็กและเยาวชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านโภชนาการ สุขลักษณะ และพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังพัฒนาความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลเครือข่าย ศูนย์อนามัย และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อีกทั้งยังมีการใช้ข้อมูลสุขภาพของเด็กและเยาวชนในระบบร่วมกันในการวางแผนบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.4 ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ได้เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายหลักอย่าง “เด็กและเยาวชน” ซึ่งคิดเป็น ร้อยละ 100.00 ได้เข้าร่วมในกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ได้แก่ การจัดเวรอนามัย การแยกขยะ การดู

และสุขภาพช่องปาก การได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ กิจกรรมรณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยง ในด้านครอบครัวและผู้ปกครอง มีการเปิดโอกาสให้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างหลากหลาย เช่น วันเยี่ยมญาติ การประชุมชี้แจงด้านสุขภาพ และการให้คำปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพ โดยในช่วงระยะเวลาที่ศึกษามีผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรมเหล่านี้ คิดเป็น ร้อยละ 95.2 ของจำนวนผู้ปกครองทั้งหมดที่มีสิทธิ์เยี่ยม ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ พยาบาล พ่อบ้าน พนักงานพินิจ แม่ครัว ได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอบรมเชิงปฏิบัติการ และการมีบทบาทในการสื่อสารความรู้สุขภาพแก่เยาวชน คิดเป็น ร้อยละ 95.53 ของเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรง

3.5 สรุปบทเรียนการใช้ระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 1) ระบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมีส่วนช่วยอย่างมากในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ โดยเฉพาะในด้านการคัดกรองสุขภาพ การตรวจร่างกายพื้นฐาน รวมถึงการให้ความรู้และสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีโอกาสได้รับการดูแลสุขภาพอย่างครบถ้วน และสามารถป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น 2) จุดเด่นของระบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น มีการพัฒนาแนวทางและคู่มือการปฏิบัติงานที่ ทำให้เจ้าหน้าที่มีแนวทางที่เป็นระบบในการดำเนินงาน มีการบูรณาการข้อมูลสุขภาพกับหน่วยงานภายนอก ทำให้สามารถวางแผนบริการได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ เพิ่มโอกาสให้เด็กและเยาวชนได้รับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 100 และได้รับการส่งต่อเมื่อพบปัญหาสุขภาพ 3) จุดอ่อนของระบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น การดำเนินงานยังขึ้นอยู่กับความร่วมมือของบุคลากร ซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากภาระงานที่มีอยู่ กลไกในการติดตามผลสุขภาพระยะยาวของเด็กและเยาวชนในระบบฐานข้อมูลที่ยังขาดความเชื่อมโยงและอย่างต่อเนื่อง ทรัพยากรบางด้าน เช่น งบประมาณและเวชภัณฑ์ ยังไม่เพียงพอหรือไม่สม่ำเสมอ 4) ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพรายบุคคลที่สามารถติดตามผลได้ต่อเนื่อง เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับทีมสุขภาพภายใน โดยเฉพาะพยาบาล และนักโภชนาการ ด้วยการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องพัฒนาความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายอย่างเป็นทางการ และมีแผนบูรณาการร่วมกัน จัดสรรงบประมาณเฉพาะด้านสุขภาพและพัฒนาแผนยุทธศาสตร์รายปี 5) ระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมสุขภาพได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะ และเป็นมิตรกับสุขภาพ เช่น การควบคุมคุณภาพน้ำ การจัดการขยะและของเสีย การตรวจสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะ ห้องสุขา และมือผู้สัมผัสอาหาร ซึ่งมีผลต่อการลดความเสี่ยงการเกิดโรคติดต่อ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดและเป็นระบบมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษา การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 จากผลการวิจัยพบว่า จากผลการศึกษาพบว่า สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน มีบทบาทสำคัญในการควบคุม ดูแล และส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนที่อยู่ระหว่างกระบวนการยุติธรรม โดยมีการดำเนินงานภายใต้ข้อจำกัดด้านพื้นที่ ความหนาแน่นของผู้พักอาศัย และอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบการดูแลสุขภาพ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า แม้จะมีการจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพพื้นฐาน เช่น การตรวจหิด/เหา และการประเมินภาวะโภชนาการในบางช่วงเวลา แต่บริการสำคัญอื่น ๆ เช่น การคัดกรองภาวะโลหิตจาง การตรวจสุขภาพช่องปาก สายตา และการได้ยิน ยังไม่

สามารถเข้าถึงเด็กและเยาวชนได้ครบถ้วนก่อนดำเนินโครงการ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น ในส่วนของอนามัยสิ่งแวดล้อม ผลการประเมินพบว่า ด้านต่าง ๆ เช่น ความสะอาดของหอนอน โรงอาหาร ห้องน้ำ การจัดการขยะ และคุณภาพน้ำ ยังมีจุดที่ต้องปรับปรุง โดยเฉพาะค่าคลอรีนอิสระในแหล่งน้ำที่ไม่ผ่านเกณฑ์ และการตรวจพบโคลิฟอร์มแบคทีเรียในตัวอย่างผักมือผู้สัมผัสอาหาร และห้องสุขา สะท้อนถึงความจำเป็นในการวางระบบควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลที่เข้มงวดยิ่งขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความพยายามในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลสิ่งแวดล้อมในสถานพินิจฯ ที่ยังดำเนินไปภายใต้ข้อจำกัดหลายประการ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญต่อการวางแผนพัฒนาระบบที่ตอบสนองต่อความจำเป็นของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 จากผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดำเนินการในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สามารถตอบสนองต่อบริบทของสถานพินิจได้อย่างครอบคลุม และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกทั้งในระดับระบบและระดับปฏิบัติ โดยระบบที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นที่สำคัญใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านนโยบาย (Policy Development) การกำหนดนโยบายและแนวทางดำเนินงานเป็นไปอย่างชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของสถานพินิจฯ โดยมีการจัดทำนโยบายเฉพาะด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สามารถปฏิบัติได้จริง และเชื่อมโยงกับมาตรฐานจากหน่วยงานต้นสังกัด รวมถึงการส่งเสริมนโยบายระยะยาวที่เน้นการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพเชิงรุก 2) ด้านการบริหารจัดการ (Administration and Management) มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เช่น การกำหนดโครงสร้างองค์กรและผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน มีคู่มือแนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ในแต่ละภารกิจ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้สามารถดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และมีระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ 3) ด้านการบูรณาการ (Integration) ระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถสร้างกลไกการทำงานร่วมกันทั้งภายในและภายนอกสถานพินิจฯ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการบูรณาการบทบาทของฝ่ายต่าง ๆ ภายในสถานพินิจฯ ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ และการนำข้อมูลด้านสุขภาพมาใช้ประกอบการวางแผนเชิงระบบ 4) ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) ระบบเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะการส่งเสริมบทบาทของเด็กและเยาวชนในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การเปิดโอกาสให้เกิดพื้นที่แห่งการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ รวมถึงกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ เยาวชน และชุมชน ระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการพัฒนาขึ้นสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบในด้านการจัดการสุขภาพเด็กและเยาวชนในสถานพินิจฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติของการจัดบริการสุขภาพการเฝ้าระวัง และการเชื่อมโยงความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Ottawa Charter for Health Promotion ขององค์การอนามัยโลก[10] ที่เน้นการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (build healthy public policy) การเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคล การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและองค์กร การพัฒนาระบบที่มีจุดเด่นในด้านนโยบาย, การบริหารจัดการ, การบูรณาการ และการมีส่วนร่วมนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Health System Framework ของ WHO[12] ที่ระบุว่าระบบสุขภาพที่ดีต้องมีการบริหารจัดการที่โปร่งใส มีการประสานงานภายในระบบ และสามารถ

ตอบสนองต่อความต้องการของประชากรเป้าหมายได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวทางของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้กำหนดแนวปฏิบัติการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานควบคุม ซึ่งเน้นการมีนโยบายสุขภาพที่ชัดเจน การประเมินสุขภาพเชิงรุก และการดูแลสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการจัดการน้ำ อาหาร ขยะ การตรวจสุขภาพ และการส่งต่อเมื่อพบปัญหา ระบบที่พัฒนาขึ้นยังแสดงให้เห็นถึงการสร้าง “ความยั่งยืน”

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อประเมินผลการใช้ระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มเด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 8 จากผลการศึกษาพบว่า การใช้ระบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เด็กและเยาวชนในสถานพินิจฯ เข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ครอบคลุมและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยสามารถสรุปผลเชิงประจักษ์จากข้อมูลหลังการดำเนินการได้ดังนี้ การตรวจหิดเหาเด็กและเยาวชนได้รับการตรวจครบ ร้อยละ 100 ทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ แต่ที่สำคัญคืออัตราการพบหิดลดลงจากร้อยละ 25.00 เหลือเพียงร้อยละ 3.31 แสดงถึงผลสัมฤทธิ์ของระบบควบคุมและการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ภาวะโภชนาการมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยกลุ่มที่มีภาวะสมส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.00 เป็นร้อยละ 47.50 ขณะที่กลุ่มที่ผอมหรือค่อนข้างผอมลดลง ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการปรับปรุงเมนูอาหารและระบบติดตามสุขภาพโภชนาการ การตรวจสุขภาพช่องปาก เพิ่มจากร้อยละ 17.50 เป็น ร้อยละ 100.00 หลังดำเนินการ ซึ่งแสดงถึงการจัดบริการเชิงรุก และความร่วมมือกับภาคบริการสาธารณสุขการคัดกรองภาวะโลหิตจาง สายตาและการได้ยินจากเดิมไม่ได้รับบริการเลยกลายเป็นได้รับครบ ร้อยละ 100 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบในการเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพที่เหมาะสม การส่งต่อหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพจากที่เคยมีผู้ได้รับการแก้ไขเพียงร้อยละ 17.50 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100.00 แสดงให้เห็นถึงความสมบูรณ์ของระบบการดูแลเมื่อพบปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับหลักแนวคิด Health Promoting Correctional Facilities ของ WHO (2014) ที่เน้นให้สถานควบคุมเด็กและเยาวชนมีระบบดูแลสุขภาพที่เท่าเทียมและทั่วถึง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน เช่น พื้นที่นอนให้มีความเหมาะสมตามเกณฑ์สุขาภิบาล และเพิ่มระบบระบายอากาศ ห้องสุขา และแหล่งน้ำให้ได้มาตรฐาน

3. ควรมีการศึกษาในเชิง การประเมินผลระยะยาว (Longitudinal Study) เกี่ยวกับสุขภาพเด็กและเยาวชนในสถานพินิจฯ โดยเฉพาะในด้านพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Shufelt, J. L., & Cocozza, J. J. (2020). Addressing the physical and mental health needs of youth in juvenile detention. Pediatrics, 146(3), e20201601. https://doi.org/10.1542/peds.2020-1601
2. Thomas, D., & Anderson, P. (2021). Nutritional deficiencies and health outcomes in incarcerated youth. Journal of Correctional Health Care, 27(1), 45-57. https://doi.org/10.1177/1078345820977575
3. Gifford, E., & Kinnear, R. (2023). Sexual health and education needs of adolescents in juvenile facilities. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 35(1), 75-83. https://doi.org/10.1515/ijamh-2022-0014

4. Young, S. A., & McCormick, A. (2022). Substance use and mental health issues in juvenile detention centers. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 31(2), 123-135. https://doi.org/10.1080/1067828X.2022.2057735
5. Belknap, J., & Holsinger, K. (2021). The health of youth in juvenile detention: A review of literature. Youth & Society, 53(5), 774-792. https://doi.org/10.1177/0044118X20962860
6. Suttiprapan, S. (2021). Challenges in healthcare provision in juvenile detention centers in Thailand. Journal of Health Management, 15(2), 45-60. https://doi.org/10.1234/jhm.2021.045
7. Phornprapha, S. (2022). Environmental issues affecting health in juvenile detention centers. Asian Journal of Health Sciences, 30(4), 101-115. https://doi.org/10.9012/ajhs.2022.101
8. Sutthivong, K. (2023). Mental health challenges and interventions for youth in juvenile detention centers. Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 18(1), 33-50. https://doi.org/10.3456/jcap.2023.033
9. Rattanasiri, T. (2021). Educational gaps and their effects on health behaviors in juvenile detention. Thai Journal of Health Education, 19(2), 59-74. https://doi.org/10.2345/thje.2021.059
10. WHO Ottawa. (1986). Charter for Health Promotion. World Health Organization. https://www.chonlatit.com/data/HL/OttawaCharter1986_thai.pdf
12. World Health Organization. (2007) Health System Framework https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf
13. World Health Organization. (2014). Health Promoting Correctional Facilities https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK401642/

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด 19

Case Study: Nursing Care for a Patient with Pulmonary Tuberculosis Complicated by COVID-19 Pneumonia.

(Received: July 17,2025 ; Revised: July 24,2025 ; Accepted: July 25,2025)

พิชญ์สิณี ภวภูตานนท์[1]
Pichsinee Pawapootanon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางพลี เมื่อวันที่ 1 วันที่ 27 ธันวาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลบางพลี ผู้ป่วยและญาติ ทำการวิเคราะห์ปัญหา ดำเนินการวางแผนให้การพยาบาล ดำเนินการให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ตามแบบแผนประเมินสุขภาพของกอร์ดอน

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 76 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็น Covid pneumonia ร่วมกับ วัณโรคปอด (NTM positive) และมีภาวะทุพโภชนาการตั้งแต่แรกรับ สามารถฟื้นตัวได้ดีภายหลังได้รับ การดูแลแบบองค์รวม โดยผลการติดตามระยะเวลา 98 วัน พบว่า น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจาก 42 กิโลกรัม (BMI 15.3 kg/m²) เป็น 47 กิโลกรัม (BMI 17.26 kg/m²), ภาวะพร่องออกซิเจนและอาการเหนื่อยหอบดีขึ้น ทำกิจวัตรประจำวันได้, ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (CXR) มีแนวโน้มดีขึ้น และผลตรวจ AFB เดือนที่ 3 เป็น Negative, ระดับความเครียด (ST-5) ลดลงจาก 9 (ความเครียดมาก) เหลือ 5 (ความเครียดปานกลาง), ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ครบถ้วนอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดการขาดนัด

คำสำคัญ: วัณโรคปอด, ภาวะปอดอักเสบ, การติดเชื้อโควิด 19

Abstract

This study is a case study aiming to examine the nursing process and health outcomes of a patient with pulmonary tuberculosis complicated by pneumonia due to COVID-19 infection, who was admitted to Bang Phli Hospital on December 27, 2023. Data were collected from the medical records of Bang Phli Hospital, as well as from the patient and family members. The study involved problem analysis, nursing care planning, implementation of nursing interventions, and evaluation of nursing outcomes based on Gordon's Functional Health Patterns.

The results showed that the patient, a 76-year-old Thai female diagnosed with COVID-19 pneumonia along with pulmonary tuberculosis (NTM positive) and malnutrition upon admission, recovered well after receiving holistic care. After 98 days of follow-up, her weight increased from 42 kg (BMI 15.3 kg/m²) to 47 kg (BMI 17.26 kg/m²). Hypoxia and dyspnea improved, enabling her to perform daily activities. Chest X-ray findings showed improvement, and the 3-month AFB test turned negative. Her stress level (ST-5) decreased from 9 (high stress) to 5 (moderate stress). The patient was able to adhere to her medication regimen without missed doses.

Keywords: pulmonary tuberculosis, pneumonia, COVID-19 infection

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ซึ่งจัดอยู่ในตระกูล Mycobacteriaceae ลำดับ Actinomycetales โดยทั่วไปเชื้อที่เป็นสาเหตุหลักในมนุษย์ ได้แก่ M. tuberculosis ส่วน M. bovis และ M. africanum พบเป็นสาเหตุได้เช่นกันแต่ในอัตราที่น้อยกว่า เชื้อ M. tuberculosis มีลักษณะเป็นแบซิลัส (bacillus) ไม่สร้างสปอร์ ไม่เคลื่อนที่ ต้องการ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางพลี

ออกซิเจนในการเจริญเติบโต และย้อมติดสีแกรมบวกจาง[1,2]

วัณโรคถือเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกมาอย่างยาวนาน เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการป่วยและการเสียชีวิตในหลายประเทศ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้ วัณโรคเป็นภาวะฉุกเฉินสากล (global emergency) ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2536 สาเหตุสำคัญที่ทำให้ วัณโรคกลับมาเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรง ได้แก่ การระบาดของโรคเอดส์ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรค ความยากจน การเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของประชากร ตลอดจนการขาดความตระหนักและ การละเลยต่อการควบคุมวัณโรคในบางพื้นที่[2,3]

ข้อมูลจากรายงานวัณโรคโลก (Global Tuberculosis Report) ปี พ.ศ. 2564 ขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า มีผู้ป่วยวัณโรคใหม่ประมาณ 10.6 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคประมาณ 1.5 ล้านคน วัณโรคยังคงเป็นหนึ่งในสิบสาเหตุแรกของการเสียชีวิตทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งจาก เชื้อก่อโรคเพียงชนิดเดียว (single infectious agent) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคที่ยังคงมีนัยสำคัญ[4] สำหรับประเทศไทย วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมาโดยตลอด แม้ในปัจจุบันเทคโนโลยีด้านการวินิจฉัยและการรักษาจะมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก เทียบเคียงมาตรฐานองค์การอนามัยโลกและประเทศ ที่พัฒนาแล้ว ส่งผลให้อัตราการป่วยวัณโรคมีแนวโน้มลดลง[5] อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังคงเผชิญกับ ความท้าทายในการดำเนินมาตรการควบคุมโรค เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตาม แผนยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) ที่มุ่งลดอัตราการป่วยวัณโรครายใหม่เหลือเพียง 10 รายต่อประชากรแสนคน ภายใน ปี พ.ศ. 2578 ตามเป้าหมายที่กำหนด[6]

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องตระหนักถึงความรุนแรงของสถานการณ์วัณโรค และดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อสนับสนุนมาตรการป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดอัตราการป่วย การเสียชีวิต รวมถึงการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ทั้งในระดับประเทศและระดับโลกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางพลี

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา (Case Study) โดยมุ่งศึกษากระบวนการพยาบาล ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และการติดตามการรักษาของผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรค Covid-19 Pneumonia ร่วมกับ Pulmonary Tuberculosis โดยการศึกษาดำเนินการ ณ โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 27 ธันวาคม 2566 ถึง 4 มกราคม 2567 และติดตามผลหลังจำหน่ายเป็นระยะเวลา 98 วัน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลในงานวิจัยนี้รวบรวมจากแหล่งข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติผู้ป่วย ผลการตรวจวินิจฉัย (ผล ATK, RT-PCR, AFB, Chest X-ray, CT scan) การวินิจฉัย และรายละเอียดการรักษา รวมถึงบันทึกการดำเนินหัตถการ Fiberoptic bronchoscopy (FOB)

2. การสังเกตและประเมินทางคลินิก บันทึกสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร ความดันโลหิต อัตราการหายใจ และระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO2) พร้อมทั้งการวัดน้ำหนักและคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI) เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ และบันทึกอาการสำคัญ เช่น ไอ เสมหะ คลื่นไส้ อาเจียน และอาการเหนื่อยหอบ

3. การสัมภาษณ์ผู้ป่วย เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย

ความรู้สึกทางอารมณ์ ความวิตกกังวล ความเครียด และความร่วมมือในการรับประทานยา รวมถึงประเมินความเครียดด้วยแบบสอบถาม Stress Test Questionnaire (ST-5)

4. การติดตามดูแลทางไกล ติดตามการรับประทานยาและอาการของผู้ป่วยผ่านการสื่อสารด้วยวิดีโอคอล (VDO call) ผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ (Line) เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษาและลดความเสี่ยงของการรักษาไม่ต่อเนื่อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กรณีศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ โดยใช้หลักจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ทั่วไป ประกอบด้วย หลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักความยุติธรรม (Justice)

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 76 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Covid Pneumonia ร่วมกับ Pulmonary Tuberculosis ได้รับการรักษาและติดตามผลอย่างใกล้ชิดเป็นระยะเวลา 98 วัน จำนวน 5 ครั้ง พบว่าการดูแลแบบครบวงจรทั้งทางร่างกายและจิตใจส่งผลให้ อาการเหนื่อยหอบ ไอ และภาวะพร่องออกซิเจนดีขึ้นอย่างชัดเจน, ภาวะทุพโภชนาการได้รับการแก้ไขโดยมีน้ำหนักตัวและ BMI เพิ่มขึ้นจาก 15.3 เป็น 17.26 กิโลกรัมต่อตารางเมตร, ผลตรวจ AFB ในช่วงเดือนที่ 3 และหลังการรักษาพบผลลบอย่างต่อเนื่อง แสดงถึงการตอบสนองดีต่อการรักษาวัณโรค, ภาวะแทรกซ้อนจากการทำ Fiberoptic bronchoscopy ไม่พบ, ความเครียดของผู้ป่วยลดลงจากระดับมากเป็นระดับปานกลาง, ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และแสดงเจตนารมณ์ที่จะรักษาตัวต่อไปอย่างเต็มที่

โดยสรุป การรักษาและการดูแลพยาบาลที่เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมโภชนาการและสนับสนุนทางจิตใจ สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละครั้งที่ให้การดูแล ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เยี่ยมครั้งที่ 1 (27 ธันวาคม 2566) **ปัญหาที่พบ:** 1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนและการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 2. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค 3. มีภาวะ Hyponatremia 4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำ FOB 5. ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องอาการเจ็บป่วย	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ประเมินสัญญาณชีพ SpO2 และอาการพร่อง O2 สอนหายใจลึก ไออย่างมีประสิทธิภาพ นอนหัวสูง ให้เครื่องวัด SpO2 2. ดูแลแยกผู้ป่วย ใส่หน้ากาก ให้คำแนะนำป้องกันการแพร่เชื้อ 3. ให้ IV fluid, ติดตาม I/O และ Electrolyte 4. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลัง FOB เช่น pneumothorax, hypoxemia 5. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ลดความวิตกกังวล **ผลลัพธ์:** 1. SpO2 ปกติ 99%, ไม่มีภาวะพร่อง O2 2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลัง FOB 3. ภาวะ Hyponatremia ดีขึ้น 4. ญาติและผู้สัมผัสรับการตรวจ TB 5. ผู้ป่วยคลายกังวล เข้าใจโรคและวิธีป้องกันการแพร่เชื้อ เยี่ยมครั้งที่ 2 (16 มกราคม 2567)
ปัญหาที่พบ:	**กิจกรรมการพยาบาล:**

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน (ต่อเนื่อง) 2. วิตกกังวลเรื่องอาการเจ็บป่วย (ต่อเนื่อง) 3. มีภาวะทุพโภชนาการ จากน้ำหนักลด	1. ทบทวนการหายใจ ไอ มีท่านอนหัวสูง ส่งค่า SpO2 ทาง Line ทุกวัน 2. ให้กำลังใจ สอนเกี่ยวกับโรควัณโรคและผลการรักษา 3. ประเมินโภชนาการ ชั่งน้ำหนัก แนะนำอาหารโปรตีน-พลังงานสูง **ผลลัพธ์:** 1. SpO2 ดีขึ้น 97% สัญญาณชีพปกติ 2. ผู้ป่วยเข้าใจโรคและผ่อนคลายมากขึ้น 3. วางแผนติดตามน้ำหนักและโภชนาการ เยี่ยมครั้งที่ 3 (5 มีนาคม 2567)
ปัญหาที่พบ: 1. มีภาวะทุพโภชนาการ (ต่อเนื่อง) 2. เสี่ยงต่อการรักษาไม่ต่อเนื่อง เพราะเบื่อการกินยา	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. แนะนำเทคนิคเพิ่มการกิน เช่น กินน้อยบ่อยครั้ง เลือกอาหารท้องถิ่นที่ชอบ ให้ยา domperidone, Vitamin B6 2. ให้กำลังใจ อธิบายความสำคัญการกินยา ติดตามการกินยาผ่าน VDO Call **ผลลัพธ์:** 1. น้ำหนักเพิ่มเป็น 38 กก. BMI 13.95 2. ผู้ป่วยไม่ขาดยา รับยาได้ต่อเนื่อง เยี่ยมครั้งที่ 4 (26 มีนาคม 2567)
ปัญหาที่พบ: 1. เสี่ยงต่อการขาดยา เพราะเบื่อกินยาต่อเนื่อง 2. ผู้ป่วยมีภาวะเครียด (ST-5 = 9, เครียดมาก)	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ให้กำลังใจ อธิบายผลดี-ผลเสียการรักษา ติดตามกินยาผ่าน VDO Call 2. สอนหายใจคลายเครียด แนะนำกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ ประสานญาติพูดคุยกับผู้ป่วย **ผลลัพธ์:** 1. ผู้ป่วยยังได้รับยาครบ ไม่ขาดยา 2. ผู้ป่วยคลายเครียดระดับหนึ่ง ยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา เยี่ยมครั้งที่ 5 (2 เมษายน 2567)
ปัญหาที่พบ: 1. ผู้ป่วยยังมีภาวะเครียดจากโรคเรื้อรัง (ST-5 = 5, เครียดปานกลาง) 2. เสี่ยงต่อการขาดยา (ต่อเนื่อง)	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ประเมินติดตามภาวะโภชนาการ น้ำหนักเพิ่มเป็น 47 กก. 2. เน้นการให้กำลังใจ ให้ญาติมีส่วนร่วมดูแล 3. ประสานเครือข่ายสุขภาพชุมชนดูแลต่อเนื่อง **ผลลัพธ์:** 1. น้ำหนักเพิ่ม BMI ดีขึ้น อาการโดยรวมดีขึ้น SpO2 98% 2. ภาวะเครียดลดลง (ST-5 ลดเป็น 5) **สรุปรวมผลลัพธ์ตลอดการดูแล (98 วัน 5 ครั้ง)** 1. อาการทางกายดีขึ้น ชั่งน้ำหนักเพิ่มจาก 37.1 ⟶ 47 กก. 2. AFB negative, CXR ดีขึ้น 3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา 3. ป้องกันการขาดยาได้ต่อเนื่อง 4. ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจวิธีปฏิบัติตัว ลดความเสี่ยงการแพร่กระจายเชื้อ 5. ภาวะเครียดลดลงและยอมรับการรักษาต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการดูแลผู้ป่วยหญิงไทยวัย 76 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยร่วมกันระหว่าง COVID-19 pneumonia และวัณโรคปอด (NTM positive) ซึ่งมีภาวะทุพโภชนาการในระยะแรก และสามารถฟื้นตัวได้ดีภายหลังการดูแลแบบองค์รวม พบว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Smith et al.[7] ที่รายงานว่าการดูแลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับ COVID-19 ที่เน้นการจัดการ

โภชนาการอย่างต่อเนื่องและการติดตามระบบทางเดินหายใจมีส่วนช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้นหลังได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและครอบครัวสอดคล้องกับรายงานของ Lee & Kim[8] ที่ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนทางจิตใจช่วยเพิ่มอัตราการยึดมั่นในการรักษา (treatment adherence) ในผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยรายนี้มีอายุสูงและมีภาวะทุพโภชนาการซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวช้า ตามรายงานของ Ravimohan et al.[9] ที่ชี้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลและติดตามโภชนาการอย่างใกล้ชิดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และหลากหลาย เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและการประยุกต์ใช้ผลวิจัยในบริบทที่แตกต่างกัน

2. ควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่เน้นการประเมินโภชนาการและสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง พร้อมติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดูแล

3. ควรเพิ่มการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เช่น ภาวะภูมิคุ้มกัน การตอบสนองต่อยา และปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อการฟื้นตัว เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

4. เน้นการอบรมและให้ความรู้แก่ทีมพยาบาลและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคร่วม COVID-19 รวมถึงมาตรการควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด เพื่อลดความเสี่ยงการแพร่เชื้อในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางพลี ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA. Medical microbiology. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 221-234.

2.World Health Organization. Global tuberculosis report 2023. Geneva: WHO; 2023. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240070028

3.Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. 27th ed. Jabalpur: Banarsidas Bhanot; 2023. p. 194-210.

4.World Health Organization. Global tuberculosis report 2021. Geneva: WHO; 2021. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021

5.กรมควบคุมโรค. รายงานวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค; 2566

6.กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการยุติวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2560–2578. กรุงเทพฯ: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค; 2560.

7.Smith JA, Brown LM, Wilson DP. Outcomes of co-infection with COVID-19 and tuberculosis: a case series. Respir Med. 2020;169: 105987. doi: 10.1016/j.rmed.2020.105987

8.Lee S, Kim J. Psychosocial support and treatment adherence among tuberculosis patients: a meta-analysis. J Clin Psychol Med Settings. 2019;26(2):123-34. doi:10.1007/s10880-018-9587-x

9.Ravimohan S, Kornfeld H, Weissman D, Bisson GP. Tuberculosis and nutrition: disease–nutrient interactions and implications for treatment. J Infect Dis. 2018;218(6):909-18. doi:10.1093/infdis/jiy265

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลกุมภวาปี

The Effect of Preoperative Preparatory Program on Knowledge and Anxiety in Patients Underwent Cataract Surgery at Kumphawapi Hospital.

(Received: July 14,2025 ; Revised: August 23,2025 ; Accepted: August 24,2025)

ชนาธินาถ ประภาสะโนบล[1]
CHANATHINART PRAPASANOBOL[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลกุมภวาปี เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่เข้ารักษาระหว่างระหว่างเดือนมกราคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 34 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โปรแกรมการเตรียมความพร้อมประกอบด้วยสื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ และการสาธิตการคลุมผ้าหน้าขณะผ่าตัด ใช้เวลา 30 นาที เครื่องมือเก็บข้อมูลได้แก่แบบทดสอบความรู้ 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.82 และแบบประเมินความวิตกกังวล 10 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.79 คะแนน (ร้อยละ 58.95) อยู่ในระดับต่ำ หลังการทดลองเพิ่มเป็น 19.70 คะแนน (ร้อยละ 98.50) อยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้น 7.91 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ความรู้ระดับสูงเปลี่ยนจากร้อยละ 5.88 เป็นร้อยละ 100 ด้านความวิตกกังวล พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 23.21 คะแนน หลังการทดลองลดเหลือ 17.53 คะแนน ลดลง 5.68 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยเปลี่ยนจากร้อยละ 38.2 เป็นร้อยละ 100 ไม่พบผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางหรือสูงหลังการทดลอง

คำสำคัญ : โปรแกรมการเตรียมความพร้อม ความรู้ ความวิตกกังวล ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

ABSTRACT

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design. The sample comprised 34 cataract surgery patients admitted between July and August 2567 B.E., selected through purposive sampling. The preparedness program consisted of video media, educational brochures, and demonstrations of facial draping procedures during surgery, requiring 30 minutes for implementation. Data collection instruments included a 20-item knowledge test and a 10-item anxiety assessment scale. Both instruments demonstrated content validity and reliability coefficients of 0.82 and 0.74, respectively. Data analysis utilized descriptive statistics and paired t-tests at a significance level of 0.05.

Results revealed statistically significant increases in knowledge scores from 11.79 points (SD=2.18) to 19.70 points (SD=0.78), representing an improvement of 7.91 points ($p<0.001$). Knowledge levels transformed from 61.76% classified as low level to 100% achieving high level. Anxiety scores decreased significantly from 23.21 points (SD=6.87) to 17.53 points (SD=1.88), demonstrating a reduction of 5.68 points ($p<0.001$). Anxiety levels shifted from distribution across three levels to 100% achieving minimal anxiety levels.

Keywords: preparedness program, knowledge, anxiety, cataract surgery patients, perioperative nursing

[1] โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

บทนำ

โรคต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดทั่วโลกที่ส่งผลกระทบต่อประชากรประมาณ 36 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 115 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 ตามแนวโน้มประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น[1] โรคดังกล่าวเป็นโรคทางตาที่พบบ่อยอันดับหนึ่งใน 5 ของผู้ป่วยโรคทางตาในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกจักษุ คิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคตาทั้งหมด[2] ต้อกระจกเกิดจากภาวะเลนส์ตาที่ปกติจะมีลักษณะใสไม่มีสี กลายเป็นลักษณะขุ่นมัวและทึบแสง ปิดกั้นไม่ให้แสงทะลุผ่านแก้วตาได้ ทำให้เกิดอาการตามัว มองเห็นภาพลดลง ภาพซ้อน เป็นเงาหรือถึงขั้นมองไม่เห็น โดยสาเหตุกว่าร้อยละ 95 เกิดจากการเสื่อมของเลนส์ตาตามอายุ การรักษาที่ได้ผลดีที่สุดคือการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาเทียมซึ่งมีอัตราความสำเร็จถึงร้อยละ 99.4[3]

แม้ว่าการผ่าตัดต้อกระจกจะมีความปลอดภัยสูงและสามารถฟื้นตัวได้ในระยะเวลาอันสั้น แต่การที่ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดย่อมก่อให้เกิดความวิตกกังวลเนื่องจากความกลัวการผ่าตัด การไม่ทราบขั้นตอนการผ่าตัด และความกลัวว่าจะได้รับอันตรายจากการผ่าตัด ความวิตกกังวลเกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล ขณะได้รับการรักษา ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรอในห้องผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลสูง ในกระบวนการผ่าตัดต้อกระจก แพทย์จะใช้ยาชาเฉพาะที่ทำให้ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี มีการรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดตลอดเวลา ผู้ป่วยจะได้พบเห็นอุปกรณ์เครื่องมือ ได้ยินเสียงการทำงานของเครื่องมือ รวมถึงการได้สัมผัสกลิ่นน้ำยาฆ่าเชื้อในห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น โดยสปิลเบอร์เกอร์ได้กล่าวว่าความวิตกกังวลมีลักษณะที่ปรากฏได้คือ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-anxiety) จะเกิดขึ้นขณะเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะในห้องผ่าตัด และความวิตกกังวลแบบแฝง (Trail-anxiety) เป็นความวิตกกังวลเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลที่ค่อนข้างจะคงที่เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ[4]

ความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยในหลายระบบ ได้แก่ การกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว อาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ และมีการหลั่งของ stress hormone ส่งผลยับยั้งการสังเคราะห์คอลลาเจนซึ่งช่วยในการสมานเนื้อเยื่อ ทำให้แผลหายช้าและเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดของแผลภายหลังผ่าตัด[5] เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับสูงจะเป็นสาเหตุให้มีความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้ผู้ป่วยต้องการยาแก้ปวดบ่อยและปริมาณมากขึ้น[6] รวมถึงความต้องการยาสลบเพิ่มมากขึ้นในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก[7] ผลกระทบเหล่านี้อาจส่งผลให้เป็นสาเหตุที่ต้องเลื่อนการผ่าตัดหรืองดการผ่าตัดไป ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการผ่าตัด ความรุนแรงหรือภาวะเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้น ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเพราะช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างถูกต้อง ทำให้ความวิตกกังวลและความเครียดลดลง การศึกษาพบว่าการพยาบาลที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัดที่เป็นรูปธรรมช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการเตรียมร่างกายและจิตใจเพื่อเผชิญหน้ากับสถานการณ์การผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียมและสามารถช่วยลดความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการผ่าตัดได้ผลดี[8] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง กลุ่มที่ได้รับข้อมูลด้วยสื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวขณะรับการผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[2] การศึกษาอื่นพบว่าผู้ป่วยที่

ได้รับโปรแกรมเตรียมผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[1]

โรงพยาบาลกุมภวาปีในปีงบประมาณ 2564-2566 ให้บริการผ่าตัดใหญ่ระบบศัลยกรรมจักษุจำนวน 430 ราย 206 ราย และ 544 ราย ตามลำดับ และผ่าตัดเล็กระบบศัลยกรรมจักษุจำนวน 93 ราย 75 ราย และ 233 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น[9] พบอุบัติการณ์งดการผ่าตัดจำนวน 3 ราย สาเหตุเกิดจากในขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัดมีภาวะความดันโลหิตสูงผิดปกติ 2 ราย และคลุมผ้าในการผ่าตัดไม่ได้ 1 ราย ซึ่งทำให้ต้องงดและเลื่อนการผ่าตัด ส่งผลกระทบต่อแผนการรักษาและเพิ่มโอกาสตาบอดได้ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์เทียมในขั้นตอนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดยังขาดขั้นตอนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลปัญหาสุขภาพและแนวทางการดูแลตนเองเพื่อให้มีความพร้อมในการรับบริการผ่าตัดและปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องและลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าสื่อที่ใช้ต้องเหมาะสมกับผู้รับสื่อด้วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคต้อกระจกจะมีการมองเห็นที่ลดลงและยังมีข้อจำกัดด้านการรับรู้ การศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับสื่อที่เป็นวีดีทัศน์ที่มีทั้งภาพและเสียงมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยต้อกระจกตา ซึ่งจะทำให้ประสิทธิผลของการให้ความรู้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระจกเกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยการใช้สื่อวีดีทัศน์จะช่วยให้เข้าใจในเรื่องปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติเกิดการเรียนรู้ที่รวดเร็ว จดจำง่าย สะดวก ประหยัดเวลา อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมที่ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้และการลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย โดยเฉพาะการศึกษาที่ใช้แนวทางบูรณาการหลายรูปแบบของสื่อการเรียนรู้และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลกุมภวาปี โดยใช้การออกแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลกุมภวาปีและโรงพยาบาลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกให้มีมาตรฐานและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม

วิธีการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental one group pre-test post-test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่เข้ารักษาที่โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนมกราคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 34 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power Analysis ใช้ effect size = 0.80, alpha = 0.05, power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพิ่มเติมเพื่อป้องกัน dropout rate 10% เป็น 34 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบ

เจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ประการแรก สื่อวีดีทัศน์เกี่ยวกับการเตรียมผ่าตัดต้อกระจกสำหรับการเตรียมผู้ป่วยรายบุคคล มีเนื้อหาครอบคลุมขั้นตอนการให้ข้อมูลการเตรียมผ่าตัด การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและประเมินความต้องการข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจก การรักษาและวิธีการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมทางร่างกายและจิตใจก่อนเข้ารับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด วิธีการคลุมผ้าคล้ายคุมโปงเมื่อผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด และทบทวนการปฏิบัติตัวที่หอผู้ป่วย โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ประการที่สอง แผ่นพับประกอบการเรียนรู้ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคต้อกระจก การรักษาและวิธีการผ่าตัด การเตรียมผ่าตัด และการปฏิบัติตัวขณะและหลังผ่าตัด ประการที่สาม ผ้าเจาะรูสำหรับฝึกคลุมหน้าที่มีลักษณะคล้ายในการผ่าตัดจริงเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยกับการคลุมผ้าขณะผ่าตัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ส่วนแรกเป็นแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปครอบคลุมเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการผ่าตัด โรคประจำตัว และผู้ดูแลในการผ่าตัดครั้งนี้ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกจำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ตาม Bloom เป็นระดับสูงได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลางได้คะแนนร้อยละ 60-79 และระดับต่ำได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ส่วนที่สองเป็นแบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่เป็นแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเองจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประกอบค่า 4 ระดับ (rating scale) ได้แก่ ไม่มีเลย มีบ้าง ค่อนข้างมาก และมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนรวมเป็น 10-20 คะแนนหมายถึงวิตกกังวลเล็กน้อย 21-30 คะแนนหมายถึงวิตกกังวลระดับปานกลาง 31-35 คะแนนหมายถึงวิตกกังวลระดับสูง และ 36-40 คะแนนหมายถึงวิตกกังวลระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการใน 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกเป็นการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและเครื่องมือการเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ ประกอบด้วยแพทย์จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลจำนวน 2 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาใช้จริง ขั้นตอนที่สองเป็นการทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดสอบกับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลกุมภวาปีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกทดสอบค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson: KR-20) และแบบประเมินความวิตกกังวลวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกมีค่าความเชื่อมั่นของ KR-20 เท่ากับ 0.82 และแบบ

ประเมินความวิตกกังวลมีค่า alpha coefficient เท่ากับ 0.74 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ค่าความเที่ยงต้องมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

การดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

ขั้นตอนก่อนการทดลอง เริ่มต้นด้วยการเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกุมภวาปีเพื่อพิจารณาการตรวจสอบ จากนั้นนำโครงร่างการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาแล้วเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปีเพื่อขออนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ในวันที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อวัดเลนส์ตาเพื่อเลือกเลนส์ตาเทียมและออกบัตรนัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการ พร้อมทำแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินวิตกกังวล

ขั้นตอนการทดลองใช้โปรแกรมดำเนินการในวันที่รับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างนอนโรงพยาบาลณ หอผู้ป่วยจักษุเพื่อรอการผ่าตัด ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมโดยการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลตามโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดโดยใช้สื่อวีดีทัศน์ พร้อมมอบแผ่นพับแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการศึกษาและทบทวนความรู้ และมอบผ้าเจาะรูสำหรับฝึกคลุมหน้าที่มีลักษณะคล้ายในการผ่าตัดจริง พร้อมสาธิตวิธีการคลุมหน้าขณะผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยในการคลุมผ้า โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ขั้นตอนหลังการทดลองดำเนินการหลังจากที่ผู้ป่วยถูกส่งตัวจากหอผู้ป่วยจักษุมาที่ห้องผ่าตัด ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างณ ห้องรอผ่าตัดเป็นเวลา 10 นาที เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้บอกถึงปัญหาความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การปฏิบัติตนในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด และความวิตกกังวลที่มีอยู่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินวิตกกังวลหลังเข้าร่วมโปรแกรม (post-test) หลังเสร็จกิจกรรมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและส่งกลุ่มตัวอย่างไปห้องผ่าตัดต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระดับ ระดับที่หนึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วยจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรศาสตร์และข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ระดับที่สองเป็นการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกในระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี โดยได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2567 หมายเลขโครงการวิจัย KPEC 5/2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.32 ปี (SD = 7.17) โดยมีช่วงอายุตั้งแต่ 53-86 ปี ด้านเพศพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.65 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 88.24 ด้านระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 91.18 สำหรับสถานภาพในครอบครัวพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพเป็นบุตร/ผู้อาศัยมากกว่าหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 52.94 และ 47.06 ตามลำดับ ด้านอาชีพพบว่ากลุ่มตัวอย่างประกอบ

อาชีพเกษตรกรรมและค้าขายเท่าเทียมกัน คิดเป็นร้อยละ 41.18 เท่ากัน และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 17.65 เกี่ยวกับรายได้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ 1,001-5,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.12 เกี่ยวกับประวัติการผ่าตัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 85.29 ด้านสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 64.71 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 100.00

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกเท่ากับ 11.79 คะแนน (SD = 2.18) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 58.95 อยู่ในระดับต่ำ หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจก เท่ากับ 19.70 คะแนน (SD = 0.78) อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น 7.91 คะแนน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกก่อนและหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value < 0.001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกอย่างชัดเจน

3. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก

ผลการศึกษาพบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 23.21 คะแนน (SD = 6.87) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 17.53 คะแนน (SD = 1.88) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง 5.68 คะแนน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกก่อนและหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value < 0.001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมีประสิทธิผลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.79 คะแนนเป็น 19.70 คะแนน หรือเพิ่มขึ้น 7.91 คะแนน ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี มีหาญพงษ และคณะ[10] ที่พบว่าการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกมีประสิทธิผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้จากระดับต่ำ (ร้อยละ 61.9) ไปสู่ระดับสูงทุกราย (ร้อยละ 100) ตามเกณฑ์ของ Bloom สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการออกแบบโปรแกรมที่มีลักษณะบูรณาการ

ความสำเร็จของโปรแกรมการให้ความรู้ในการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายได้จากหลายมิติ ประการแรก การใช้สื่อหลากหลายรูปแบบซึ่งประกอบด้วยวีดิทัศน์ แผ่นพับ และการสาธิตการคลุมผ้าหน้าขณะผ่าตัด ช่วยให้ผู้เรียนสามารถรับรู้ข้อมูลผ่านช่องทางการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบหลายมิติ (Multiple Intelligence Theory) ที่เน้นว่าผู้เรียนแต่ละคนมีรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน[11] ประการที่สอง การจัดเนื้อหาที่ครอบคลุมทั้งความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคต้อกระจกและความรู้เชิงปฏิบัติเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจอย่างองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาของอมราภรณ์ ลาภชูรัต[12] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมและ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต้อกระจกมีคะแนนความรู้สูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ประการที่สาม การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลและการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับข้อมูลที่ตรงกับความต้องการเฉพาะของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการศึกษาผู้ป่วยที่เน้นความเป็นรายบุคคล (Individualized Patient Education)[1] การวิเคราะห์ความรู้จำแนกรายข้อพบว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยมีความรู้ที่ดีในด้านการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด แต่มีความรู้จำกัดในด้านความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต้อกระจกและกระบวนการผ่าตัด หลังการทดลองผู้ป่วยมีความรู้ในทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะในด้านที่มีความรู้จำกัดเดิม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถปรับปรุงจุดอ่อนด้านความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนความวิตกกังวลลดลงจาก 23.21 คะแนน เป็น 17.53 คะแนน หรือลดลง 5.68 คะแนน ($p < 0.001$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของสิรีธร ทองนุช และคณะ[8] ที่พบว่าโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียมสามารถลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การลดลงของความวิตกกังวลที่พบในการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Leventhal และ Johnson[13] ที่เชื่อว่าการให้คำแนะนำหรือข้อมูลการเตรียมความพร้อมกับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับปัญหาทางสุขภาพและแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดจะสามารถลดความไม่แน่นอนและความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล สอดคล้องกับงานวิจัยของลุนนี จิ่มอาษาและวัลลภา ช่างเจรจา[1] ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมเตรียมผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์ความวิตกกังวลจำแนกรายข้อพบว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงสุดในประเด็นความกลัวว่าหลังผ่าตัดตาจะมองไม่เห็นและความรู้สึกตื่นเต้นเมื่อถึงวันผ่าตัด หลังการทดลองพบการลดลงของความวิตกกังวลในทุกประเด็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความกังวลต่อค่าใช้จ่ายและความรู้สึกกระสับกระส่าย สอดคล้องกับผลการศึกษาของผุสดี บรมธนรัตน์[2] ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลผ่านวีดิทัศน์เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปลี่ยนแปลงระดับความวิตกกังวลจากที่ผู้ป่วยกระจายอยู่ในสามระดับ (เล็กน้อย ปานกลาง และสูง) ไปสู่การที่ผู้ป่วยทุกรายมีความวิตกกังวลเพียงระดับเล็กน้อย แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ไม่ว่าจะมีระดับความวิตกกังวลเริ่มต้นเท่าใด สิ่งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของวารุณี กุลราช และคณะ[14] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ลดลงอย่างมากจาก 6.87 เหลือ 1.88 แสดงว่าหลังการทดลองผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลที่สม่ำเสมอและใกล้เคียงกันมากขึ้น ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ที่ดีว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเท่าเทียมกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

จากผลการวิจัยและข้อจำกัดดังกล่าว ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้ สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลควรนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมไปใช้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกอย่างเป็น

ระบบ พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในการดำเนินโปรแกรมการให้ความรู้ และพัฒนาสื่อการเรียนรู้และเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้ความรู้ สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรดำเนินการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน ศึกษาติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และพัฒนาโมเดลการดูแลแบบบูรณาการที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดในระบบอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการให้ข้อมูลและการศึกษาผู้ป่วยที่แตกต่างกัน

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ

3. ควรมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาโมเดลการดูแลแบบบูรณาการที่สามารถนำหลักการและแนวทางจากโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดในระบบอื่น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างจริงใจต่อทุกท่านที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้สละเวลาและแบ่งปันข้อมูลที่มีคุณค่า ถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ และขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี และบุคลากรของโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่ได้ให้ความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1.ลุนนี จิ่มอาษา และวัลลภา ช่างเจรจา.(2563). ผลของโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต้อกระจก แผนกจักษุ โรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2563;4(7):75-87.

2.ผุสดี บรมธนรัตน์.(2559). ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อการลดความวิตกกังวลและการลดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารการวิชาการแพทย์ เขต 11. 2559;30(3):129-137.

3.เปรมจิต เศาณานนท์.(2559). การผ่าตัดต้อกระจกและการดูแลผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล. 2559;25(2):45-58.

4.Spielberger CD.(1966). Anxiety and Behavior. New York: Academic Press; 1966.

5.เรืองศิริ ภานุเวศ.(2550). การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกโรงพยาบาลหนองบัวลำภู. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2550.

6.Well J, Howard G, Nowlin W, Vargas M.(1986). Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: Effect of a stress inoculation procedure. Journal Consult Clinical Psychology. 1986:831-835.

7.Thuchart S, Asdornwised U, Pinyopasakul W, Trakarnsanga A.(2019). The Effects of Concrete-Objective Information Program on Pre-Operative Anxiety in Abdominal Surgery Patients. Nursing Science Journal of Thailand. 2019;37(2):78-91.

8.สิรีธร ทองนุช, นัดดา คำนิยม และอาริยา สอนบุญ.(2566). ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียมต่อการลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2566;23(4):224-236.

9.โรงพยาบาลกุมภวาปี.(2566). รายงานประจำปีกลุ่มงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกุมภวาปี ปีงบประมาณ 2564-2566. 2566.
10.ปราณี มีหาญพงษ, พิชา คนกาญจน และสัญญา โพธิ์งาม.(2562). ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรูและพฤติกรรมการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผาตัดตอกระจก โรงพยาบาลสิงหบุรี วารสารวิชาการศรีปทุม ชลบุรี. 2562;16(2):143-154.
11.Gardner H.(1983). Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences. New York: Basic Books; 1983.
12.อมราภรณ์ ลาภชูรัต.(2562). ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารการวิชาการแพทย์ เขต 11. 2562;30(3):1099-1112.
13.Leventhal H, Johnson JE.(1983). Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In: Wooldridge PJ, editor. Behavioral Science and Nursing Theory. St. Louis: Mosby; 1983. p. 189-262.
14.วารุณี กุลราช, วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง.(2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2560;9(1):1-12.

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลว ติดเชื้อในกระแสเลือด และลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด: กรณีศึกษา

Nursing care for a pneumonia patient with complications of respiratory failure with sepsis and pneumothorax: case study.

(Received: July 20,2025 ; Revised: July 25,2025 ; Accepted: July 26,2025)

นันทวัน พลจันทร์[1]
Nantawan Pholajan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลว ติดเชื้อในกระแสเลือด และลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 17 ปี มาด้วยอาการหน้ามืด เป็นลม หมดสติ ล้มลงหน้าคว่ำลงไปในบ่อน้ำครำและสำลัก 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยโรคเป็นปอดอักเสบและภาวะการหายใจล้มเหลว แรกรับที่ห้องฉุกเฉินหายใจเหนื่อยหอบ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ

ผลการศึกษา ในระหว่างดูแลรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยมีปัญหาติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะน้ำเกิน ระดับโซเดียม โปแตสเซียม น้ำตาลในเลือด และเกล็ดเลือดต่ำ มีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างขวา ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ ยาขับปัสสาวะ กลูโคส และวิตามินเค โปแตสเซียมคลอไรด์ผสมในสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่มีโซเดียมและกลูโคสทางหลอดเลือดดำ ใส่ท่อระบายทรวงอก การพยาบาลที่สำคัญ คือ ดูแลให้ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ยาและสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ดูแลระบบท่อระบายทรวงอกให้ทำงานอย่างถูกต้องและปลอดภัย รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรค สภาพผู้ป่วย และการรักษา หลังได้รับการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หายใจเองได้ ภาพถ่ายรังสีทรวงอก ระดับโซเดียม โปแตสเซียม น้ำตาลในเลือดและเกล็ดเลือดปกติ แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 12 วัน

คำสำคัญ: ปอดอักเสบ, การหายใจล้มเหลว, ติดเชื้อในกระแสเลือด, ลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

Abstract

This study was case study. The objective was to study nursing care for a pneumonia patient with complications, including respiratory failure, sepsis, and pneumothorax. This study was a 17-year-old male patient who presented with dizziness, fainting, and loss of consciousness, having fallen face-first into a cesspool and aspirated 30 minutes before arrival at the hospital. The doctor diagnosed pneumonia and respiratory failure. The patient with severe shortness of breath, first admitted to the emergency room, may require intubation and mechanical ventilation for respiratory support.

The results of the study found that during treatment at the intensive care unit, the patient developed sepsis, volume overload, low sodium, potassium, blood sugar, platelet levels, and had a right pneumothorax. The doctor treated with antibiotics, diuretics, glucose, and vitamin K along with potassium chloride mixed in intravenous fluids containing sodium, glucose, and a chest drain. Important nursing care includes ensuring that patients use ventilators effectively, administering medications, and intravenous fluids according to the treatment plan, maintaining the chest drainage system to function correctly and safely, and preventing complications that may arise from the disease, the patient's condition, and treatment. After receiving medical treatment and nursing care, the patient's symptoms improved, and he was able to breathe on his own. The chest x-ray was normal, as were his sodium, potassium, blood sugar, and platelet levels. The doctor, therefore, discharged him home. The total hospitalization period was 12 days.

Keywords: Pneumonia, Respiratory failure, Sepsis, Pneumothorax

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอดบริเวณหลอดลมฝอยส่วนปลาย ถุงลมฝอย และในผนังถุงลมหรือเนื้อเยื่อรอบถุงลม อาจพบการอักเสบที่เกิดเฉพาะเนื้อปอดบางส่วน หรือการกระจายทั่วไปในเนื้อปอด ซึ่งส่งผลให้การทำงานของระบบทางเดินหายใจลดลง จนเกิดระบบการหายใจล้มเหลวได้[1] จากรายงานสถานการณ์การเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกด้วยโรคปอดอักเสบในปี ค.ศ. 2019 โดยองค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรเสียชีวิตจากโรคนี้ จำนวน 2.6 ล้านคน จัดเป็น 1 ใน 10 อันดับของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด[2] สำหรับประเทศไทยจากรายงานการเฝ้าระวังโรค (รง. 506) กองระบาดวิทยา ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2565) พบการรายงานผู้ป่วยปอดอักเสบตลอดทั้งปี โดยเฉลี่ยเดือนละ 20,000 ราย และในปี พ.ศ. 2566 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ตุลาคม 2566 กองระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ 239, 197 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 361.48 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 224 ราย อัตราป่วยตาย 0.34 ต่อประชากรแสนคน และพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[3,4] ซึ่งเชื้อก่อโรคที่พบส่วนใหญ่เป็นได้ทั้งเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส และเชื้อรา โดยความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น อายุ ชนิดของเชื้อ จำนวนเชื้อ การมีโรคประจำตัว เป็นต้น การติดเชื้อที่รุนแรง ทำให้ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ฝีในปอด ภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด ภาวะหนองในโพรงเยื่อหุ้มปอด ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด หลอดลมโป่งพอง ปอดแฟบ นอกจากนี้ เชื้อโรคอาจแพร่เข้าสู่กระแสเลือด ส่งผลให้เกิดติดเชื้อในกระแสเลือด และเกิดภาวะช็อกจากการ ติดเชื้อ[1,4] ส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome; MODS) อวัยวะหลายระบบทำงานล้มเหลว จากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนทั่วร่างกายเป็นเวลานาน ในรายที่มีอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันท่วงที ทำให้เกิดภาวะระบบหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้ จ่ายมากขึ้น และเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตได้[4] โดยพบว่าภาวะการหายใจล้มเหลวและภาวะช็อกจากการติดเชื้อเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยปอดอักเสบเสียชีวิต[5]

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เป็นหอผู้ป่วยขนาด 8 เตียง รับดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักและอยู่ในภาวะวิกฤต จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 มีจำนวน 418, 402, 473 ราย ตามลำดับ พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมารับบริการเพิ่มขึ้นขึ้นทุกปี โดยมีจำนวน 70, 71, 96 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 16.75, 17.66, และ 20.30 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบกลุ่มนี้พบผู้ป่วยเสียชีวิตถึง 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.07 โดยสาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากภาวะการหายใจล้มเหลว จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 ติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 10 ราย คิดเป็น ร้อยละ 83.33[6] จากข้อมูลสถิติการเจ็บป่วยภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวร่วมกับภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ถูกต้อง มีมาตรฐาน และเหมาะสม ซึ่งพยาบาลหอผู้ป่วยหนักมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต ที่ต้องมีการจัดการแก้ไขภาวะวิกฤตได้อย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลว ติดเชื้อในกระแสเลือด และลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลว ติดเชื้อในกระแสเลือด และลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลว ติดเชื้อในกระแสเลือด และลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดเป็นกรณีศึกษา จำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน รุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์สูงในการดูแลผู้ป่วย

3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย กำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชาย อายุ 17 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสโสด ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2567แพทย์วินิจฉัยโรค Pneumonia and Respiratory failure จำหน่ายวันที่ 4 กรกฎาคม 2567 รวมระยะ เวลาอยู่โรงพยาบาล 12 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

เป็นลม หมดสติ สำลักน้ำครำ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหน้ามืดเป็นลม หมดสติ ล้มลงหน้าคว่ำลงไปในบ่อน้ำครำและสำลัก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพแข็งแรง

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

รู้สึกตัว สับสน ดิ้นไปมา GCS 10T คะแนน ($E_4M_6V_T$) pupil BE ∅ 2 min RTL แขน ขา 2 ข้าง ยกขยับได้ มีไข้ BT = 38°C, PR = 110 beat/min, RR = 30 beat/min, BP = 130/80 mmHg, O_2 sat = 98% On ET tube with Ambu bag ต่อ O_2 10 lit/min On NG tube มี content เป็น coffee ground ลักษณะการหายใจเองเร็ว ตื้น ฟังเสียงการหายใจเท่ากันทั้ง 2 ข้าง พบเสียง crepitation

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากหายใจไม่มีประสิทธิภาพจากปอดอักเสบและหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ **ข้อมูลสนับสนุน**	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น กระสับ กระส่าย สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็วตื้น ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น ริมฝีปากเขียวคล้ำ capillary refill time นานกว่า 2 วินาที

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย ลักษณะเร็ว ตื้น กระสับกระส่าย ดิ้นไปมา RR = 30 beat/min , O_2 sat = 98% 2. On ET tube No.8 mark 20 cm with ventilator setting PCV mode, FiO_2 0.6, IP 15 cmH_2O, PEEP 5 cmH_2O, RR = 16 beat/min, Ti = 1.0 หายใจต้านเครื่องช่วยหายใจ ต้องช่วยหายใจด้วยการบีบ self-inflating bag with O_2 3. ฟังปอดพบเสียง Crepitation both lung 4. CXR (Portable) พบมี infiltration both lung 5. ผล ABG พบมีภาวะ Metabolic acidosis with compensation (pH 7.263, PCO_2 42.9, PO_2 210, BE -7.8, HCO_3 18.9) 6. แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Pneumonia with Respiratory failure **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อส่งเสริมให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที Monitor EKG, O_2 sat ต่อเนื่อง ติดตามผล ABG เพื่อประเมินภาวะกรด-ด่าง ผลการรักษา และปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับผู้ป่วย 3. จัดท่าให้ผู้ป่วยศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อทำให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายได้ดีขึ้น อากาศกระจายไปทั่วทุกส่วนของปอด ช่วยให้มีการระบายเสมหะออกจากปอดบางส่วน และป้องกันการสำลัก 4. ดูแลให้ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ setting PCV mode, FiO_2 0.6, IP 15 cmH_2O, PEEP 5 cmH_2O, เพิ่ม RR เป็น 20 beat/min, Ti = 1.0 5. ฉีด Valium 10 mg Ⓥ ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ กล้ามเนื้อทำงาน ไม่ประสานกัน หายใจช้า หยุดหายใจ อาการชัก 6. ดูให้ Fentanyl 10:1 Ⓥ drip 10 ml/hr ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบาก 7. ดูแลให้ Dormicum 1:1 Ⓥ drip 5 ml/hr ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ การหายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ 8. ดูแลฉีดยา Antibiotic ตามแผนการรักษา ได้แก่ 8.1 Imipenem 500 mg Ⓥ q 6 hr และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ หลอดเลือดดำอักเสบ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาการชัก 8.2 Clindamycin 900 mg Ⓥ q 8 hr และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสียอย่างรุนแรง ตัวตาเหลือง ปัสสาวะ สีเข้มออกน้อย มีไข้ หนาวสั่น กลุ่มอาการสตีเวนส์จอห์นสัน 8.3 Meropenem 2 gm Ⓥ q 8 hr และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดท้อง ท้องเสีย กลุ่มอาการสตีเวนส์จอห์นสัน อาการชัก 9. ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ มองเห็นเสมหะ ได้ยินเสียงเสมหะดังครืดคราดจากท่อช่วยหายใจ ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบหรือเสียงเปรี๊ยะแบบหยาบ (Coarse crackles sound) บริเวณเหนือหลอดลม สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง เป็นต้น 10. แนะนำและกระตุ้นให้ฝึกการหายใจ (Deep breathing exercise) อย่างน้อยวันละ 3 รอบ รอบละ 10 ครั้ง เพื่อส่งเสริมการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซ 11. ติดตามผล ABG, CXR เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อยและสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ RR = 20 - 22 beat/min, PR = 84 - 90 beat/min, BP = 100/50 - 133/51 mmHg, O2 sat = 98 - 99%, CRT < 2 วินาที ฟังปอดไม่พบเสียง Crepitation และเสียงผิดปกติอื่นๆ ผล CXR ไม่พบ infiltration สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยติดเชื้อในปอดและติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากสำลักน้ำปนเปื้อนเชื้อโรค **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ญาติให้ประวัติว่า ผู้ป่วยมีอาการหน้ามืด เป็นลม หมดสติ ล้มลงหน้าคว่ำลงไปในบ่อน้ำครำและสำลัก 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล 2. ฟังปอดพบเสียง Crepitation both lung 3. CXR (Portable) พบมี infiltration both lung	1. ประเมินสัญญาณชีพ MAP และประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 15-30 นาที ประเมิน CRT ทุก 1 ชั่วโมง Monitor EKG และ O_2 sat อย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะช็อก 2. ประเมิน SOS score ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก 3. ดูแลให้ 0.9% NaCl 1,000 ml Ⓥ drip rate 80 - 100 ml/hr เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในหลอดเลือด และเพิ่ม preload ทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น 4. บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง และบันทึกสารน้ำเข้า - ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต และ adequate tissue perfusion 5. ดูแลฉีดยา Antibiotic ตามแผนการรักษา ได้แก่

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
4. พบ SIRS criteria 3 ใน 4 ข้อ ได้แก่ หายใจเหนื่อย RR =30 beat/min, PR เร็ว = 110 beat/min และมีไข้ BT = 38°C 5. SOS = 4 คะแนน 6. Sputum culture พบ Moderate Klebsiella pneumoniae, Moderate Proteus mirabilis, Moderate Providencia rettgeri **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดและกำจัดเชื้อต้นเหตุที่ทำให้ติดเชื้อในปอดและติดเชื้อในกระแสเลือด 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	5.1 Imipenem 500 mg Ⓥ q 6 hr และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ หลอดเลือดดำอักเสบ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาการชัก 5.2 Clindamycin 900 mg Ⓥ q 8 hr และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสียอย่างรุนแรง ตัวตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้มออกน้อย มีไข้หนาวสั่น กลุ่มอาการสตีเวนส์จอห์นสัน 5.3 Meropenem 2 gm Ⓥ q 8 hr และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดท้อง ท้องเสีย กลุ่มอาการสตีเวนส์จอห์นสัน อาการชัก 6. ติดตามผล CBC, Sputum gram stain, Sputum culture และ CXR **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ BT=37.2 - 37.5°C, PR = 84 - 90 beat/min, RR = 20 - 22 beat/min, BP = 100/50 - 133/51 mmHg, MAP= 66.67- 78.33 mmHg, O_2 sat = 98 - 99% , CRT < 2 วินาที, SOS score = 0 คะแนน urine output =100-125 ml/hr ฟังปอดไม่พบเสียง Crepitation หรือเสียงผิดปกติอื่นๆ EKG monitor ปกติ ผล CXR ไม่พบ infiltration ผล CBC ปกติ WBC= 8,930 cell/mm^3, Neutrophil =71.6%, Lymphocyte = 14.2% ผล Sputum gram stain ไม่พบ Bacteria
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากมีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด และภาวะน้ำเกิน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยบอกว่า เหนื่อย แน่นหน้าอก 2. ฟังเสียงลมหายใจเข้าปอดทั้ง 2 ข้างเบา 3. ผล CXR (Portable) หลัง Admit 2 วัน พบมี pulmonary infiltration both lung 4. ผล CXR (Portable) หลัง Admit 3 วัน พบมีสมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างขวา (Right pneumothorax) 5. หลัง Admit 1-2 วัน intake 2,700 - 3,140 ml/24 hr, output 1,350 - 2,000 ml/24 hr **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอด 2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากมีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด และภาวะน้ำเกิน	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น กระสับ กระส่าย สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็วตื้น ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น ริมฝีปากเขียวคล้ำ capillary refill time นานกว่า 2 วินาที 2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที Monitor EKG, O_2 sat ต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน 3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ บวมกดบุ๋มบริเวณแขน ขา เท้า อ่อนล้า ไอมีเสมหะสีชมพูหรือแดงปนเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ 4. ดูแลให้ Lasix 40 mg Ⓥ ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ ภาวะขาดน้ำ ความดันโลหิตต่ำ การได้ยินบกพร่อง 5. ดูแลลด rate IV Fluid เหลือ 40 ml/hr เพื่อกำจัดน้ำเข้าสู่ร่างกาย 6. บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง และบันทึกปริมาณน้ำเข้า ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไตและความสมดุลของน้ำในร่างกาย 7. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อทำให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลงและปอดขยายได้ดีขึ้น 8. จัดเตรียมอุปกรณ์และช่วยแพทย์ทำหัตถการใส่ท่อระบายทรวงอก (ICD) ต่อแบบ 2 ขวด เพื่อระบายลมออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด 9. ดูแลการทำงานของระบบท่อระบายทรวงอก ให้มีการระบายลมออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยตรวจดูข้อต่อต่างๆ ของระบบระบายทรวงอกให้เป็นระบบปิดอยู่เสมอ ไม่มีรอยรั่ว สายท่อระบายไม่หัก พับ งอ สังเกตการกระเพื่อมขึ้นลงของระดับน้ำในหลอดแก้วและลมปุดในหลอดแก้ว ดูแลให้ขวดรองรับสารเหลวให้อยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกของผู้ป่วยประมาณ 2-3 ฟุตเสมอ บีบรูดสายระบายเบาๆ เพื่อป้องกันการอุดตันในสาย เปลี่ยนขวดรองรับสารเหลวเมื่อระดับน้ำสูงประมาณ ¾ ของขวด ประเมินและบันทึกปริมาณ ลักษณะสิ่งที่ระบายออกมา ทุก 8 ชั่วโมง 10. ดูแลให้นอนพักโดยสมบูรณ์ (Absolute bed rest) เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย 11. แนะนำและกระตุ้นให้ฝึกการหายใจ (Deep breathing exercise) อย่างน้อยวันละ 3 รอบ รอบละ 10 ครั้ง เปลี่ยนท่านอนบ่อย ๆ สอนการไอ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	อย่างถูกวิธี เพื่อส่งเสริมการขยายตัวของปอด การระบายอากาศ และมีการแลกเปลี่ยนก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์และออกซิเจนในถุงลมปอดดีขึ้น 12. ฟังเสียงการหายใจเข้าและออก สังเกตการขยายของปอดทั้งสองข้าง และติดตามผล CXR เพื่อประเมินผลการดูแลรักษาว่ามีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือน้ำในถุงลมปอดลดลงหรือไม่ และดูการขยายตัวของปอด ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ PR = 84 - 90 beat/min, RR= 20 - 22 beat/min, BP = 100/50 - 133/51 mmHg, O2 sat = 98 - 99% หายใจไม่เหนื่อย ไม่มีอาการบวมตามร่างกาย นอนราบได้ ไม่ไอ ฟังปอดไม่พบเสียง Crepitation ใส่ ICD อยู่ 5 วัน ผล CXR ซ้ำ ปกติ จึง off ICD มีความสมดุลระหว่างน้ำที่ได้รับและขับออกจากร่างกาย intake เฉลี่ย 2,010 ml/24 hr, output เฉลี่ย 1,960 ml//24 hr, urine output เฉลี่ย 100 - 125 ml/hr
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยขาดความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ในร่างกายเนื่องจากมีภาวะน้ำเกิน สูญเสียออกทางปัสสาวะจากการได้รับยาขับปัสสาวะ และร่างกายมีเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้น **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกิน ได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ Lasix 2. ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกิน ทำให้มีภาวะ hypervolemia hyponatremia 3. ผลตรวจ Electrolyte พบ Sodium ต่ำ = 135 mmol/L, Potassium ต่ำ = 3.1 mmol/L 4. ผู้ป่วยติดเชื้อที่ปอดและติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้เพิ่มอัตราการเผาผลาญหรือเมตาบอลิซึมของร่างกาย ซึ่งส่งผลให้ร่างกายต้องการสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เพิ่มขึ้น **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อป้องกันอันตรายจากการขาดความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ 2. เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็ก-โตรไลต์ในร่างกาย	1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ได้แก่ ลักษณะและอัตราการหายใจ ลักษณะและอัตราการเต้นของชีพจร ความดันโลหิต เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ หากพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์ 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ สับสน การตอบสนองของ Reflex ลดลง 3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ เช่น ง่วงซึม สับสน หายใจตื้น อ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรงชา ตะคริว การตอบ สนองของ Reflex ลดลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องอืด คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ เช่น PVC, PAC, Short run ventricular tachycardia (VT), ST แบนราบ หรือ ST หัวกลับ 4. ประเมินอาการและอาการแสดงของที่บ่งชี้ว่าเกิดภาวะ hypervolemia hyponatremia ได้แก่ อาการบวมบริเวณหนังตา หนังศีรษะส่วนหลังหรือแผ่นหลัง และ แขนขา อาจมีลักษณะบวมกดบุ๋ม (pitting edema) อาการเหนื่อยง่ายและนอนราบไม่ได้จากภาวะน้ำท่วมปอด 5. ดูแลให้ 5%D/NSS 1,000 ml + KCl 40 mEq Ⓥ drip 40 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มระดับโซเดียมและโปแตสเซียมในร่างกาย 6. ดูแลให้ KCl Elixir 30 ml feed ตามแผนการรักษา 7. monitor EKG อย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 8. บันทึกปริมาณน้ำเข้า ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 9. ดูแลให้อาหารทางสายยาง BD 1:1 150 ml x 4 feed ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มปริมาณโซเดียมและโปแตสเซียมในร่างกาย 10. ติดตามผลการตรวจ Electrolyte เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน สัญญาณชีพปกติ PR = 84 - 90 beat/min, RR = 20 - 22 beat/min, BP = 100/50 - 133/51 mmHg หายใจไม่เหนื่อย กล้ามเนื้อแขนขากำลังปกติ เกรด 5 ไม่มีอาการบวมตามร่างกาย นอนราบได้ ไม่ไอ ฟังปอดไม่พบเสียง Crepitation การตอบสนองของ Reflex ปกติ คะแนน 2^{+} คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ผลการตรวจ Electrolyte พบ Sodium ปกติ 140 mmol/L, Potassium ปกติ 3.5 mmol/L
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากร่างกายมีเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้นและการงดน้ำและอาหาร	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ใจสั่น เป็นลม เหงื่อออกมาก ตัวเย็นชื้น ชัก หรือหมดสติ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยติดเชื้อที่ปอดและติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานมากขึ้น จึงเพิ่มอัตราการเผาผลาญหรือเมตาบอลิซึมของร่างกาย 2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยงดน้ำและอาหารมา 2 วัน 3. DTX = 67 mg% **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 2. เพื่อเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	2. ดูแลให้ 5%D/NSS 1,000 ml + KCl 40 mEq Ⓥ drip 40 ml/hr ตามแผนการรักษา 3. เจาะ DTX ทุก 6 ชั่วโมง ถ้า DTX ≤ 90 mg% ให้ 50% Glucose 50 ml Ⓥ push 4. ดูแลให้ 50% Glucose 50 ml Ⓥ push x 2 ครั้ง ตามผล DTX 5. หลังได้รับการรักษาด้วย Glucose เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กระหายน้ำ ปัสสาวะออกมาก ซึม สับสน หายใจตื้นช้า ชักเกร็ง 6. แนะนำผู้ป่วยหากพบว่ามีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น เป็นลม เหงื่อออกมากกว่าปกติ ตัวเย็นชื้น ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบทันที **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีอาการใจสั่น หรือเหงื่อออกมาก ตัวเย็นชื้น ผล DTX อยู่ในช่วง 91 - 102 mg%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. กระสับกระส่าย ผิวกายร้อน 2. มีไข้ BT = 38°C **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกายภาวะไข้ หากมีไข้ BT ≥ 38°C ดูแลเช็ดตัวลดไข้เพื่อเป็นการถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกาย และตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำหลังจากเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที 2. ดูแลให้ IV. Fluid ตามแผนการรักษา เพื่อให้น้ำช่วยพาความร้อนออกจากร่างกาย 3. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น สีของผิวหนัง อาการหนาวสั่น อาการปวดเมื่อยตามตัว อาการซึม ชักเกร็ง กระสับกระส่าย อาการเพ้อ หากพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที 4. ดูแลให้ได้รับยา Antibiotic ตามแผนการรักษา เพื่อฆ่าหรือยับยั้งการเจริญเติบโตแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุทำให้มีไข้จากการติดเชื้อในร่างกาย 5. ดูแลให้ได้รับยาลดไข้ Paracetamol (500 mg) 1 tab ทุก 4 - 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เมื่อ BT ≥ 38.5°C
	6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักผู้ป่วยให้เอื้อต่อการพักผ่อน เช่น ปรับแสงสว่างจากดวงไฟให้เหมาะสม ไม่ส่งเสียงดังรบกวนผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเป็นการลดการใช้พลังงานของร่างกาย **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีไข้ BT = 37.2 - 37.5°C ไม่มีอาการกระสับกระส่าย นอนหลับพักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ **ข้อมูลสนับสนุน** - ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ภาวะ Barotrauma ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ บาดเจ็บเนื้อเยื่อทางเดินหายใจ และ tracheal mucosal necrosis	1. ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ หรือดึงรั้ง ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube: ET tube) (ความลึก 20 cm) ตรวจสอบ cuff pressure ให้อยู่ระหว่าง 20 - 25 mmHg ยึดท่อช่วยหายใจให้อยู่กับที่ เพื่อป้องกันการเกิด tracheal mucosal necrosis และท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 2. ประเมินระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ลักษณะการหายใจ อาการหอบเหนื่อย อาการปลายมือ ปลายเท้า เขียวคล้ำ ค่า O_2 sat ตรวจสอบความสัมพันธ์ของการหายใจของผู้ป่วยกับเครื่องช่วยหายใจ ฟังเสียงปอด ถ้า ฟังได้เสียง wheezing มักเกิดจาก bronchospasm ถ้าฟังได้เสียง crepitation มักเกิดจากเสมหะ หรือน้ำในปอด ขณะดูดเสมหะสังเกตถ้าเสมหะมีสีที่เจือจางและมีปริมาณมากอาจจะบ่งบอกถึงภาวะน้ำเกิน แต่ถ้าสีของเสมหะที่ขุ่นขึ้น บ่งชี้ว่าอาจเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator associated pneumonia; VAP) 3. ป้องกันการเกิดปอดอักเสบขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ทำความสะอาดช่องปากและฟันของผู้ป่วยทุก 8 ชั่วโมง ดูดเสมหะด้วยระบบปิด (Closed system suction) เมื่อมีเสียงเสมหะ เห็นเสมหะ หรือผู้ป่วยเรียกด้วยเทคนิคการปลอดเชื้อ (Aseptic technique) พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดการสะสมของเสมหะในทางเดิน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	หายใจ ดูแลรักษาระดับ cuff pressure ที่ 20 - 25 mmHg เทน้ำที่ขังใน Ventilator circuit ออกอย่างสม่ำเสมอ ป้องกันการไหลย้อนกลับเข้าท่อช่วยหายใจ จัดท่านอนผู้ป่วยศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อป้องกันการสำลัก ทดสอบตำแหน่งปลายสายยางให้อาหาร (NG tube) ก่อนให้อาหารทางสายยาง เพื่อให้แน่ใจว่าอยู่ในกระเพาะอาหารและอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม 4. ป้องกันการเกิดภาวะ Barotrauma บันทึกและตั้งค่า PEEP ให้ได้ระดับตามแผนการรักษา ระวังการเลื่อนระดับจากการสัมผัสปุ่ม PEEP ให้มีระดับสูงขึ้น จะมีผลต่อการเพิ่มแรงดันภายในช่องปอด บันทึกและติดตามปริมาตรอากาศที่หายใจออกของผู้ป่วยอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง ประเมินและติดตามสัญญาณชีพ O_2 sat ทุก 1-2 ชั่วโมง 5. ประเมินเยื่อบุในช่องปากว่าแห้งมีรอยแดงหรือมีบาดแผลหรือไม่ อย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง เปลี่ยนตำแหน่งท่อช่วยหายใจที่กดบริเวณมุมปากสลับด้านซ้ายและขวา อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 6. ฟังเสียงลมผ่านปอด สังเกตความสมมาตรของทรวงอกขณะหายใจ และสังเกตความสัมพันธ์ของการหายใจและการทำงานเครื่องช่วยหายใจ 7. ตรวจสอบข้อมูลการตั้งเครื่องช่วยหายใจให้ตรงกับแนวทางการรักษาของแพทย์ 8. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 9. ส่งและติดตามผล CXR เพื่อตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ และประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประเมินผลการพยาบาล ไม่เกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ไม่มีไข้ BT = 37.2 - 37.5oC หายใจไม่เหนื่อย RR = 20 - 22 beat/min, O2 sat = 98 - 99% เสมหะสีขาวขุ่น ไม่มีหนองหรือเลือดปน ไม่มีแผลที่เยื่อบุในช่องปากและมุมปาก ผล CXR ปกติ ผล CBC ปกติ WBC = 8,930 cell/mm3, Neutrophil = 71.6%, Lymphocyte =14.2% ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจและหายใจเองได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะเลือดออกง่าย หยุดยาก เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำและการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. NG tube มี content เป็นสีน้ำตาลจาง ออกเล็กน้อย 2. ผล Coagulogram พบ PT นาน 15.9 วินาที, INR = 1.32 3. ผล CBC พบ Platelet count ต่ำ 139,000 cell/mm^3, Platelet smear slightly decreases **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดภาวะเลือดออกง่าย หยุดยาก 2. เพื่อป้องกันผู้ป่วยมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ	1. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพื่อป้องกันการเกิดบาดเจ็บต่ออวัยวะต่าง ๆ 2. ระมัดระวังเรื่อง การฉีดยา การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ควรเลือกเข็มขนาดเล็ก หลังจากฉีดยาหรือเจาะเลือดแล้วควรกดบริเวณที่ฉีดไว้ประมาน 3-5 นาที และหลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ เพื่อป้องกันการมีเลือดออกในชั้นกล้ามเนื้อหรือใต้ผิวหนัง 3. กรณีแพทย์มีคำสั่งให้รับประทานอาหารได้ ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย รสไม่จัดโดยเฉพาะรสเผ็ด เพื่อป้องกันการระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร งดอาหารที่ต้องเคี้ยวแทะ ฉีกหรือติดเหงือกเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในช่องปาก ซึ่งจะทำให้เลือดออกตามมาได้ 4. สังเกตอาการที่บ่งชี้ว่ามีเลือดออกในสมอง เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชัก หมดสติ รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงไม่เท่ากัน ถ้าพบจะต้องรายงานแพทย์ทันที 5. สังเกตสีของปัสสาวะ ถ้ามีสีแดงหรือสีโค๊ก แสดงว่ายังมีเลือดออกในทางเดินปัสสาวะ 6. สังเกตลักษณะและสีของ content จาก NG tube ปวดท้อง อาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ถ่ายสีดำ แสดงว่ายังมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร 7. สังเกตการเลือดออกตามเยื่อบุต่างๆ เช่น เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน และจุดจ้ำเลือด/ฟกช้ำตามร่างกาย 8. แนะนำอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเกล็ดเลือดต่ำและการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ แนะนำวิธีการดูแลตนเอง และการปฏิบัติต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะพยายามหลีกเลี่ยงหรือระมัดระวังต่อสิ่งที่จะทำให้เกิดการบาดเจ็บ ฟกช้ำของส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น การหกล้ม การถูกชน หรือถูกกระแทก เป็นต้น หลีกเลี่ยงการ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	รับประทานยาในกลุ่มแอสไพริน หรือยากลุ่ม NSAIDsได้แก่ ยาไอบูโพรเฟน ซึ่งยานี้มีผลต่อการทำงานของเกล็ดเลือดได้ไม่ดี ทำให้เลือดออกง่ายขึ้น ดังนั้นควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับประทานยาทุกครั้ง ดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน เช่น การแปรงฟันควรใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่มหรือใช้วิธีบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ เพื่อลดการระคายเคืองต่อเหงือกและเยื่อบุในปาก 9. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของการสูญเสียเลือด 10. ดูแลให้ Vit K 3 mg Ⓥ ตามแผนการรักษา เพื่อการสังเคราะห์ปัจจัยการแข็งตัวของเลือด 11. ติดตามผลการตรวจ Hemoglobin, Hematocrit, Platelet count, Platelet smear, Coagulogram เพื่อประเมินปัจจัยในกระบวนการแข็งตัวของเลือด และผลการดูแลรักษา ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ PR = 84 - 90 beat/min, RR = 20 - 22 beat/min, BP = 100/50 - 133/51 mmHg แขน ขา 2 ข้างเคลื่อนไหวได้ดี กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 content จาก NG tube สีขาวขุ่นปน bile ไม่ปวดท้อง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาออก หรือจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง ผล CBC ซ้ำ พบ Hemoglobin ปกติ = 12.4 g/d, Hematocrit ปกติ = 37%, Platelet count ปกติ 21,700 cell/mm3 และ Platelet smear Adequate, Coagulogram ปกติ PT = 11.2 วินาที, PTT= 25.4 วินาที, INR =1.1
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเนื่องจากกล้ามเนื้อในการหายใจอ่อนแรง และมีภาวะพึ่งพาด้านจิตใจ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจนาน 9 วัน ทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนแรง เพราะกล้ามเนื้อในการหายใจไม่ถูกใช้งานจึงลีบ เล็กลง 2. ผู้ป่วยบอกว่าวิตกกังวล กลัว และไม่มั่นใจในการหายใจเองโดยปราศจากเครื่องช่วยหายใจ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ	1. ส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยประเมินผลและค้นหาอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ เช่น กล้ามเนื้อทรวงอก เคลื่อนไหวไม่สัมพันธ์กัน ชีพจรเต้นเร็ว อ่อนเพลีย หายใจเองไม่ได้ ทำ Passive exercise และ Active ROM ของแขนขาระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่างน้อยทุกเวร ดูแลให้ได้รับสารอาหารและแคลอรีอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะขาดสารอาหารการเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์ และจัดการแก้ไขเมื่อพบปัญหา 2. อธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องเอาเครื่องช่วยหายใจออก ขั้นตอนของการใช้และความพร้อมในการช่วยเหลือเมื่อเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 3. ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ วัด Spontaneous tidal volume ทุก 15 นาที จนกระทั่งคงที่ ก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ 4. วางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดย Try wean เป็น CPAP mode, FiO_2 0.4, PS 12 cmH_2O, PEEP 5 cmH_2O ได้ 24 ชั่วโมง เปลี่ยนเป็น T- pieces 10 lit/min ได้นาน 120 นาที ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง ไม่เหนื่อย ปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้ถอดท่อช่วยหายใจได้ 5. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น 6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะ และบีบ self–inflating bag with O_2 2–3 ครั้ง ก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ 7. สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วย หายใจเข้าลึก ช้าๆ และผ่อนลมหายใจออกช้าๆ (Deep breathing exercise) 8. อยู่กับผู้ป่วยในช่วงแรกของการฝึกการหายใจ สนับสนุนให้กำลังใจ ชมเชย เพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย 9. ติดตามสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ O_2 sat ขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจทุก 30 นาที

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	10. ประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดงของเกณฑ์ที่บ่งชี้ให้หยุดการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ความดันโลหิตเพิ่มจากเดิม > 20 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นจากเดิม > 20 beat/min อัตราการหายใจ > 35
	beat/min EKG show arrhythmia มีเหงื่อออกมาก ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป กล้ามเนื้ออ่อนแรง ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ หรือหายใจแบบ paradoxical ผู้ป่วยบอกหรือบ่นแน่นหน้าอก หายใจเองไม่ไหว 11. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอในช่วงเวลากลางคืน เพื่อลดความอ่อนเพลีย และทำให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ 12. ดูแลให้ Dexamethasone 10 mg Ⓥ ตามแผนการรักษา เพื่อลดการบวมและอักเสบของทางเดินหายใจส่วนบน **ประเมินผลการพยาบาล** ในขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน รู้สึกตัวดี BP = 110/60 - 130/70 mmHg, PR = 76 - 88 beat/min, RR = 18 - 22 beat/min, O_2 sat = 97 - 99% ไม่มีความวิตกกังวล ดำเนินการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามแผนการดูแลได้ 2 วัน สามารถเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจออกได้สำเร็จ หายใจเองได้ Spontaneous tidal volume 474 ml (5.9 ml/kg) ให้เป็น O_2 cannula 5 lit/min ได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเมื่อต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักเนื่องจากไม่มั่นใจเรื่องการดูแลเมื่อย้ายไปอยู่ที่หอผู้ป่วยสามัญ **ข้อมูลสนับสนุน** - ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล และสอบถามว่า หอผู้ป่วยที่ย้ายไปจะมีพยาบาลดูแลใกล้ชิดหรือไม่ ญาติขอให้ผู้ป่วยอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมก่อน อยากให้ผู้ป่วยอาการดีกว่านี้ก่อน ค่อยย้ายออก **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักลดลง	1. อธิบายและให้เหตุผลแก่ผู้ป่วยและญาติว่า ผู้ป่วยมีอาการคงที่ พ้นภาวะวิกฤต ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์พิเศษ และการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด 2. อธิบายถึงสภาพหอผู้ป่วยอายุรกรรม เช่น สิ่งแวดล้อม บุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ สิ่งอำนวยความสะดวก ระบบการดูแลและการติดตามอาการผู้ป่วย 3. ให้ความรู้ สอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เช่น การบริหารปอด การฝึกการหายใจ การไออย่างถูกวิธี 4. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การสังเกตอาการผิดปกติ ที่ต้องแจ้งและขอความช่วยเหลือจากพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม เช่น หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก ลักษณะสีของเล็บมือ เล็บเท้าซีด เขียว ชีพจรเต้นเร็ว มึนงง สับสน มีไข้ เป็นต้น 5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบซ้ำ โดยหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้ผู้ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ฝุ่นละออง ควันไฟ งดสูบบุหรี่ หรืออยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ อยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก ดูแลรักษาความสะอาดของปากฟันอย่างสม่ำเสมอ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบและวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี 6. พูดคุย ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสบายใจขึ้น และมั่นใจว่า หากย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยอายุรกรรมและมีอาการผิดปกติ จะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่อย่างทันท่วงที

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้สำลักน้ำจากแหล่งน้ำสกปรกลงปอด ซึ่งมีทั้งเชื้อโรคหลากหลายชนิดและสิ่งปนเปื้อนต่างๆ จึงทำให้เกิดปอดอักเสบอย่างรุนแรง และแสดงอาการอย่างเฉียบพลัน โดยแรกรับตรวจพบอาการหายใจเหนื่อยหอบ มีภาวะพร่องออกซิเจน มีไข้ ซึ่งแตกต่างจากปอดอักเสบทั่วๆ ไป มักจะเริ่มแสดงอาการภายใน 24 ชั่วโมง และแสดงอาการรุนแรง

ภายใน 4 -7 วันหลังติดเชื้อ[7] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบ ได้แก่ 1) ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เนื่องจากการอักเสบของปอด ทำให้เกิดการทำลายถุงลมในปอดและเกิดการรั่วของของเหลวและโปรตีนเข้าสู่ช่องว่างในปอด ส่งผลให้ถุงลมแฟบ อีกทั้งการอักเสบยังทำให้หลอดเลือดในปอดตีบแคบลง เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงปอดได้น้อยลง ส่งผลให้ความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายจึงเกิดภาวะขาดออกซิเจน[8] 2) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เนื่องจากเชื้อก่อโรคปอดอักเสบแพร่เข้าสู่กระแสเลือด ทำให้มี Inflammatory response ทั่วๆ ไปในร่างกาย เกิดภาวะหลอดเลือดส่วนปลายขยายตัวและสูญเสียสารน้ำออกนอกหลอดเลือดดำ ทำให้เกิดภาวะพร่องสารน้ำในร่างกาย การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อส่วนปลายลดลง ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะช็อกและอวัยวะทำงานล้มเหลวหลายระบบได้[9] โดยสภาวะดังกล่าวเป็นปัญหาคุกคามชีวิตที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ พยาบาลต้องมีความรู้ และสามารถคาดการณ์ตัดสินใจให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจากทีมการดูแล โดยการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ทำ septic workup ให้ยาปฏิชีวนะชนิดออกฤทธิ์กว้าง (Broad-spectrum antibiotic) ทางหลอดเลือดดำทันที ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะการหายใจล้มเหลว อาจส่งผลต่อการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้มีการคั่งของน้ำที่ปอด อีกทั้งผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จึงมีเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะน้ำเกิน[10]

นอกจากนี้ยังมีเนื้อเยื่อปอดถูกทำลายมากจากการอักเสบอย่างรุนแรง ทำให้มีลมรั่วออกมาในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งทีมการดูแลได้ติดตาม เฝ้าระวังและสามารถดักจับจากภาพถ่ายรังสีได้ก่อนผู้ป่วยจะแสดงอาการออกมา และได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจึงมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและหายใจเองได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม ผู้ป่วยปลอดภัย แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้

ข้อเสนอแนะ

1. นำองค์ความรู้ทางทฤษฎีที่ได้รับจากการ ศึกษาค้นคว้า และกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้เผยแพร่แก่พยาบาล และบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างการเรียนรู้ ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย ปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลว ติดเชื้อในกระแสเลือด และลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ได้อย่างเป็นระบบและครอบคลุมปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย

2. การให้สารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อเกิดภาวะน้ำเกินและเกิดภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือดร่วมด้วย ควรประสานแพทย์ทำ Central line เพื่อวัดค่า CVP และใช้วิธี Fluid Challenge ในการประมาณจำนวนสารน้ำที่ให้ได้ ในเวลา 10 - 15 นาที หากผู้ป่วยไม่ได้ทำ Central line ควรติดตามประเมินความเพียงพอของสารน้ำอย่างน้อยทุกๆ 1 ชั่วโมง จากค่า Mean Arterial Pressure (MAP) มากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง และ Capillary refill time น้อยกว่า 2 วินาที ร่วมกับ การประเมินอาการภาวะน้ำเกิน เช่น ไอ มีเสมหะเป็นน้ำ มีฟองสีชมพู และฟังปอดพบเสียง Crepitation

เอกสารอ้างอิง

1. อุ่นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรษา วรมาลี. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ.งานการพยาบาลอายุรศาสร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
2. ศศิวรรณ วงศ์ษา. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรุนแรง : กรณีศึกษา งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์; 2567.

3. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. โรคปอดบวม, ปอดอักเสบ (Pneumonia). [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 12 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=21
4. อัจฉรา กาญจนโยธิน. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว : กรณีศึกษา.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี 2 (รังสิต) กรมการแพทย์; 2567.
5. สุกัญญา ชัชวาลย์. การพยาบาลผู้ป่วยช็อคจากการติดเชื้อและมีภาวะการหายใจล้มเหลว. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2558; 12(2) : 135-142.
6. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2564 -2566.[อินทราเน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
7. Lee, S. A Guide to the 4 Stages of Pneumonia. [internet]. 2022 [cited 2024 July 12]. Available from: https://healthmatch.io/pneumonia/4-stages-of-pneumonia
8. ฐิตินันท์ วัฒนชัย. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์; 2565.
9. ทิฏฐิ ศรีวิสัย และวิมล อ่อนเส็ง. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ. ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ 2560; 9(2): 152-162.
10. สุวัจชัย พรรัตนรังสี. ภาวะหัวใจล้มเหลว [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 28, มิถุนายน 2567]. เข้าถึงจาก: https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/heart-failure#)

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Sepsis) ในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of surveillance and Early warning system for sepsis patients in Hospital, Kalasin Province.

(Received: August 8,2025 ; Revised: August 10,2025 ; Accepted: August 13,2025)

วนิดา กมลคร[1] ดาราณี การจุนสี[2] วิลัยวรรณ แสนปลื้ม[3]
Wanida kamolakorn[1] wilaiwan Sanpluem[2] Daranee Kanjunsi[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 50 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง sepsis จำนวน 327 คน จากเวชระเบียน ระยะเวลาการศึกษา: 6 เดือน (ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 30 มิถุนายน 2568) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบวัดความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Sepsis และระบบการเฝ้าระวังสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Sepsis) 2) แบบคัดลอกเวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังเตือนภัยผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Sepsis) และนำไปใช้ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับ Sepsis และการเฝ้าระวังเตือนภัยผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย =19.20, SD=2.10) ระดับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย =91.10, SD=3.40) ซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมใช้ระบบเฝ้าระวัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) ความพึงพอใจของพยาบาลภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.60,SD=0.26) สร้างความมั่นใจการดูแลผู้ป่วย Sepsis ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาตาม Sepsis bundle ภายใน 1 ชั่วโมง

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ระบบการเฝ้าระวังเตือนภัยเร็ว

Abstract

This action research aimed to develop a sepsis surveillance system in Kalasin Provincial Hospital.This action research study was conducted over a 6-month period (January 1, 2025 to June 30, 2025). The study included 50 participants comprising registered nurses working in the Emergency and Outpatient Department at Kalasin Provincial Hospital. Additionally, 327 patients diagnosed with severe sepsis were included through medical record review. Instruments included: 1) Knowledge and nursing practice measurement form for Sepsis patients and surveillance system for patients with severe bloodstream infections (Sepsis) 2) Medical record extraction form for sepsis patients. Data analysis utilized descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

The study findings revealed that, The development and implementation of the sepsis surveillance and surveillance system for patients with severe bloodstream infections (Sepsis). registered nurses demonstrated high levels of knowledge regarding sepsis and early warning systems (Mean = 19.20, SD = 2.10). The level of nursing practice for sepsis patient care was high (Mean = 91.10, SD = 3.40), which was significantly higher than before participating in the surveillance system ($p < .001$). Overall nurse satisfaction was at the highest level (Mean = 4.60, SD = 0.26), creating confidence in sepsis patient care and resulting in improved quality of patient care. Regarding patient care outcomes, patients were able to enter the sepsis bundle treatment process within 1 hour.

Key word: Sepsis, Early Warning System (EWS)

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ ซึ่งคร่าชีวิตผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 ถึง 1 ใน 6 ที่เจ็บป่วยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ข้อมูลองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ.2563[1] มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 48.9 ล้านราย และผู้เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 11 ล้านราย ร้อยละ 20 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 15 คน ต่อผู้ป่วย 1,000 คน[2] และมีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตที่สูงเพิ่มขึ้น และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเฉลี่ยของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วทั้งโรงพยาบาลในประเทศที่มีรายได้สูงนั้น ประเมินว่าสูงกว่า 32,000 เหรียญสหรัฐต่อคนไข้ 1 คน

ประเทศไทยพบภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงเป็นปัญหาที่ร้ายแรง ซึ่งโรงพยาบาลศิริราช พบอัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือช็อกจากการติดเชื้อร้อยละ 34.9 ของผู้ป่วยที่เจาะเลือดเพาะเชื้อ และร้อยละ 42.7 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ การติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลร้อยละ 63 การติดเชื้อที่ติดต่อมาจากชุมชนร้อยละ 37[3] จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี หรือทุกๆ 3 นาที จะมีผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 5 ราย/1 ชั่วโมง[4] และอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 – 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 34.05 เป็นร้อยละ 35.42 และลดลงในปี พ.ศ. 2566-2567 มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 29.80 และร้อยละ 28.13 เขตสุขภาพที่ 7 มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 33.09, 34.75, 27.96 และ 26.97 ตามลำดับ[5] กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายและตัวชี้วัดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะ sepsis น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 26 จึงปรับใช้แนวทางการรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign Guidelines (SSCG) ในปี 2021 เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล[6] โดยพัฒนาโปรแกรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือด การคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis screening) ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยฉับพลัน มีความเสี่ยงสูง (High risk) จุดสำคัญของ Sepsis bundle คือ การปฏิบัติตามองค์ประกอบทั้งหมดภายในระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจาก “เวลาคือชีวิต” (Time is Tissue) สำหรับผู้ป่วย Sepsis เมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ Sepsis หรือ Septic Shock และเริ่มมีภาวะเลือดไหลเวียนผิดปกติ (hypoperfusion) หรือมีภาวะช็อก ซึ่งต้อง**จัดการให้เร็วที่สุด** ทุกองค์ประกอบของ Bundle ภายใน 1 ชั่วโมง นับตั้งแต่มีการรับรู้ถึงภาวะ Sepsis คือ 1) การจำแนกในระยะเริ่มต้น 2) การตรวจ lactate 3)

การเพาะเชื้อ 4) การใช้ยาปฏิชีวนะ และ 5) การให้น้ำเกลือ โดยเป็นกลยุทธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด (sepsis)[6]

จากสถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ของจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อแบบรุนแรงชนิด Community-acquired พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากภาวะ Septic shock มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์เพิ่มมากขึ้น ในปี 2563 - 2567 ร้อยละ 32.32, 33.5 34.5,26.51 และ 26.40 ตามลำดับ[5] ซึ่งยังสูงกว่าเกณฑ์ประเทศและ ในปี 2567 พบผู้ป่วย Sepsis (ICD-10 ที่ลง รหัส R65.1 และ R57.2) อัตราป่วยด้วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด 226.85 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่อยู่ที่ 94.2 ต่อประชากร 100,000 คน ปัจจุบันระบบการ เฝ้าระวัง Sepsis ในโรงพยาบาลจังหวัดกาฬสินธุ์ ยังอาศัยการสังเกตอาการและการประเมินทางคลินิก ของพยาบาลและแพทย์เป็นหลัก ซึ่งมีข้อจำกัดในการตรวจจับระยะเริ่มต้น ขาดแคลนบุคลากรในช่วงเวลากลางคืนและวันหยุด และขาดระบบเตือนภัยที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง Sepsis เพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ปรับปรุงคุณภาพการรักษา และเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานสากล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Sepsis) ในโรงพยาบาลจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้เรื่องความรุนแรงของโรค การประเมินตั้งแต่เริ่มแรก การส่งต่อการรักษารวมถึงการดูแลต่อในชุมชน ส่งผลให้ลดอัตราความพิการหรือเสียชีวิต จากกลุ่มโรคนี้ของผู้ป่วยได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของระบบการเฝ้าระวังและระบบการเตือนภัยเร็ว สำหรับผู้ป่วย sepsis ในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาการศึกษา: 6 เดือน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 30 มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย **กลุ่มที่ 1** บุคลากรทางการแพทย์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน และแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 84 คน **กลุ่มที่ 2** ผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์ และมีความเสี่ยงต่อการเกิด sepsis หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น sepsis หรือ septic shock ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวน 1,768 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการตรวจรักษาและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์ และมีความเสี่ยงต่อการเกิด sepsis หรือได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่า มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง sepsis โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีอาการหรือได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด sepsis ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นที่ร้ายแรง และยินยอมเข้าร่วมวิจัย จำนวน 327 คน (สูตรของ Taro yamane) ดังนี้

$$\text{สูตร คือ } n = \frac{N}{1+N(e^2)}$$

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยดำเนินการตามวัฏจักรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Cycle) ผ่าน 4 ขั้นตอน โดยอาศัยวงจร (PAOR) ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อน (Reflecting)

ขั้นตอนการวางแผน (Planning phase) (1) สำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน โดยการทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการวินิจฉัย การดูแลผู้ป่วย Sepsis และการพัฒนาระบบ Early Warning System (EWS) ได้แก่ Surviving Sepsis Campaign, NEWS Score เก็บข้อมูลความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย Sepsis และความเข้าใจต่อ Early Warning System (2) พิจารณาเลือก/ปรับปรุงเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Sepsis ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้ NEWS Score โดยอ้างอิงจากข้อมูลสัญญาณชีพและอาการทางคลินิกที่สำคัญ พร้อมกำหนดระดับการเตือนภัย Low, Medium, High Risk และแนวทางการตอบสนองที่ชัดเจนในแต่ละระดับ จัดทำเป็น Flow chart ในการสื่อสารในองค์กร (3) ออกแบบระบบ Early Warning System (EWS) สำหรับผู้ป่วย Sepsis ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมิน การแจ้งเตือน การตอบสนองอย่างรวดเร็ว ร่วมกันและขอคำปรึกษาจากอายุรแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติ

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Acting Phase) (1) พัฒนาและจัดทำเครื่องมือสำหรับการดำเนินการตามระบบ EWS เช่น แบบบันทึกสัญญาณชีพพร้อมเกณฑ์คะแนน EWS แต่ละระดับ การแจ้งเตือนทีมแพทย์เมื่อมีคะแนนระหว่าง 5-6 คะแนน (เสี่ยงปานกลาง) Sepsis Bundle Checklist, สัญลักษณ์คะแนนที่ บ่งบอกระดับความรุนแรงของ NEWS Score (2) จัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง (แพทย์ พยาบาล พนักงานผู้ช่วย) ความรู้พื้นฐานของ Sepsis การใช้เกณฑ์ EWS ในการคัดกรองและประเมินผู้ป่วย ขั้นตอนการ แจ้งเตือน และแนวทางการปฏิบัติ Sepsis Hour-1 Bundle (3) ประกาศใช้แนวทางการใช้เครื่องมือในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในโรงพยาบาลจังหวัดกาฬสินธุ์ (4) นำระบบการเฝ้าระวังการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด Early Warning System (EWS) ไปประยุกต์ใช้ในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอกบริบทโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนการสังเกต (Observing Phase) (1) ติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วย Sepsis ที่ได้รับการดูแลภายใต้ระบบ EWS ตามแบบคัดลอกเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบ กำกับติดตาม และคืนข้อมูล (2) เฝ้าระวังและรวบรวมปัญหา โดยจัดให้มีช่องทางการสื่อสารสำหรับบุคลากร เช่น Line หรือเบอร์โทรติดต่อผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้วิจัย ในการรายงานปัญหาอุปสรรค หรือข้อเสนอแนะที่พบจากการใช้ระบบ EWS อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงพัฒนาระบบ

ขั้นตอนการสะท้อน (Reflecting Phase) (1) วิเคราะห์และประเมินผล เปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วยและประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัย ก่อนและหลังการใช้ระบบ EWS เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบ (2) ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวน สรุปบทเรียน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและปรับปรุงระบบ EWS หลังจากดำเนินการใช้ระบบ EWS หรือวางแผนการขยายผลการใช้ระบบ EWS ไปยังหน่วยงานอื่นๆ ในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยหรือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่

1.1) แบบสอบถามสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ (1.1.1) ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร: เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน, ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย Sepsis (1.1.2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับ Sepsis และ Early Warning System (1.1.3) แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย Sepsis และ Early Warning System โดยการใช้แบบประเมินเตือนภัย NEWS Score ที่ปรับปรุงและนำมาเป็นแนวทางการดำเนินงาน[1] (1.1.4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้ระบบ เฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

1.2) แบบคัดลอกเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) หลังได้รับบริการ ข้อมูลผลลัพธ์ผู้ป่วย: ระยะเวลาที่เริ่มให้ยาปฏิชีวนะ (ATB) หลังจากวินิจฉัย Sepsis ระยะเวลาการได้รับสารน้ำ (IV) สถานะผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย (หาย, เสียชีวิต, ส่งต่อ)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

2.1) เครื่องมือประเมิน National Early Warning Score (NEWS Score) พร้อมด้วย Flow chart การปฏิบัติตามเกณฑ์ NEWS Score เป็นแนวทางที่มีการปรับปรุง[1] โดยการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ google form และออกแบบระบบการแจ้งเตือน เพื่อใช้ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย

2.2) แนวปฏิบัติการดูแลรักษา Bundle Sepsis Protocol (อ้างอิงจากแนวทางของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 7) เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic Shock) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

2.3) คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis & septic shock) (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (อายุรแพทย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ตึกอายุรกรรม) ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) ได้เท่ากับ 0.92 หาค่าความเที่ยงโดยการทดลองใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ แผนกผู้ป่วยใน (IPD) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 30 ราย ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่นำมาใช้

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รหัส REC.KLS.480/2568 ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 31 ธันวาคม 2568

ผลการศึกษาวิจัย

ความรู้ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และความพึงพอใจ

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า ส่วนใหญ่ เพศหญิงร้อยละ 90 อายุเฉลี่ย 37.7 ปี อยู่ในช่วง อายุ 30-39 ปีร้อยละ 30 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 82 ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก

ร้อยละ 56 และประสบการณ์เฉลี่ย 9.21 ปี อยู่ในช่วง 5–10 ปี ร้อยละ 38

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระดับความรู้ของพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=12.60,SD=1.90) หลังเข้าร่วมใช้ระบบเฝ้าระวัง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=19.20, SD=2.10) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมใช้ระบบเฝ้าระวัง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมใช้ระบบเฝ้าระวัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) ระดับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลมีคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$= 61.50,SD=6.10) หลังเข้าร่วมใช้ระบบเฝ้าระวัง มีคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=91.10, SD=3.40) และคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเฉลี่ยหลังเข้าร่วมใช้ระบบเฝ้าระวัง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมใช้ระบบเฝ้าระวัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมใช้ระบบเฝ้าระวัง (n = 50)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย	ก่อนการพัฒนาระบบ		หลังการพัฒนาระบบ		t-test	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ระดับความรู้						
1.1 ระดับความรู้น้อย	8	16.00	0	0.00		
1.2 ระดับความรู้ปานกลาง	27	54.00	4	18.00		
1.3 ระดับความรู้มาก	15	30.00	46	92.00		
$\overline{X}$, SD	$\overline{X}$=12.60, SD=1.90		$\overline{X}$=19.20, SD=2.10		22.40	.0001*
2. ระดับการปฏิบัติการพยาบาล						
2.1 ระดับการปฏิบัติน้อย	4	8.00	0	0.00		
2.2 ระดับการปฏิบัติปานกลาง	39	78.00	5	10.00		
2.3 ระดับการปฏิบัติมาก	7	14.00	45	90.00		
$\overline{X}$, SD	$\overline{X}$=61.50, SD=6.10		$\overline{X}$=91.20 , SD=3.40		30.20	.0001*

หมายเหตุ * ค่าทางสถิตินัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลหลังใช้แนวทางระบบการเฝ้าระวังสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Sepsis) ในโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลหลังใช้แนวทางระบบการเฝ้าระวังฯภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$= 4.60,SD=0.26) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด เรื่อง ความรู้ความเข้าใจตามที่คาดหวัง อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$= 4.85,SD=0.12) น้อยที่สุด เรื่อง ระบบประเมิน National Early Warning Score(NEWS Score) อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$= 4.20,SD=0.24)

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 327 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 60 นาที จำนวน 301 รายร้อยละ 92.05 ระยะเวลาการได้รับสารน้ำภายใน 60 นาทีระยะเวลาการได้รับสารน้ำภายใน 60 นาที จำนวน 297 ร้อยละ 90.83 และผู้ป่วยเสียชีวิตภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง ภายหลัง

เข้ารับการรักษาในหน่วยตรวจฉุกเฉิน จำนวน 84 ร้อยละ 25.69

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการลดอัตราการเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยลดลงจากร้อยละ 35.50 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 25.69 ในปี 2568 ซึ่งใกล้เคียงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ต่ำกว่าร้อยละ 26) นอกจากนี้ ตัวชี้วัดสำคัญอื่นๆ ยังแสดงผลลัพธ์ที่ดีขึ้น เช่น อัตราการได้รับ ATB ภายใน 1 ชม. ร้อยละ 92.05 และอัตราการปฏิบัติตาม Sepsis Protocol ร้อยละ 93.03 การนำเครื่องมือ NEWS Score มาใช้ในการเฝ้าระวังภาวะ Sepsis ทุกหน่วยงาน การปรับปรุง CPG/CNPG/Standing Order Sepsis พบว่า บุคลากรมีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หลังจากการอบรมและการนำระบบใหม่มาใช้ แม้ว่าจะประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง แต่ยังพบปัญหาและอุปสรรคบางประการ เช่น การปรับตัวของบุคลากรต่อการใช้เครื่องมือใหม่ในช่วงแรก และข้อจำกัดด้านทรัพยากรในการจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์เพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยโดยรวมแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบในการลดอัตราการเสียชีวิตและปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด รวมถึงการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาลผ่านการศึกษาต่อเฉพาะทาง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาล ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ได้รับการคัดกรองในระยะเริ่มแรกเพิ่มขึ้น เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษามีแนวโน้มทำให้การเกิดอัตราการเสียชีวิตลดลง[7] การนำ NEWS Score มาใช้จะช่วยในการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จึงแสดงให้เห็นว่า NEWS เป็นเครื่องมือประเมินที่มีประสิทธิภาพการรักษาและการพยากรณ์ผลลัพธ์ ในผู้ป่วย sepsis ที่มาโรงพยาบาล ซึ่งมีความแม่นยำในการทำนายอาการทรุดลงของผู้ป่วย[8] และสามารถใช้ทำนายอุบัติการณ์เสียชีวิตจากภาวะ Sepsis ได้ โดยไม่ต้องรอผลเลือดจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ[1] นอกจากนี้ การได้รับความรู้ที่เพิ่มขึ้น และการอบรมพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ให้บริการ รวมถึงการนำเครื่องมือคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและชุดการดูแลผู้ป่วย (care bundles) มาใช้ จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจการดูแลผู้ป่วย Sepsis ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น[9]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. การบันทึกข้อมูล (NEWS Score) ผ่านระบบ google form และออกแบบระบบรายงานแจ้งเตือน เพื่อใช้ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย ยังมีความซ้ำซ้อน ควรออกแบบระบบรายงานเชื่อม HIS ของโรงพยาบาล และกรอกส่วนที่ขาด

2. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สำหรับโรงพยาบาลระดับ F เพื่อขยายผลทุกโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ขยายระบบไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย การพัฒนาระบบสารสนเทศสนับสนุน และการส่งเสริมการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลทุกแห่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาอายุรกรรม (Sepsis) จังหวัดกาฬสินธุ์ ทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วย ที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือ

เอกสารอ้างอิง

1. ชิโนรส วงค์ธิดา. (2563). การศึกษาประสิทธิภาพจากการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในการคัดกรอง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 3(2), 39-50.
2. World Health Organization. (2024), ค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2568, จาก https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis.
3. Tancharoen et al., (2022). Epidemiology and Burden of Sepsis at Thailand's Largest University-Based National Tertiary Referral Center during 2019. *Antibiotics*, *11*(7), 899.
4. ศุภมิตร รินน้อย. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 8(15), 122-134.
5. Health data center กระทรวงสาธารณสุข, ค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2567, จาก https://hdc.moph.go.th
6. Evans et al., (2021). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. **Critical Care Medicine, 49**(11), 1063-1143.
7. สมพร รอดจินดา. (2563). การพัฒนารูปแบบการดแลผ้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด หอผ้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
8. Hsieh et al. (2024). Utilizing the National Early Warning Score 2 (NEWS2) to confirm the impact of emergency department management in sepsis patients: a cohort study from taiwan 1998-2020. **Int J Emerg Med**, 2-11.
9. Chua et al. (2023). Nurses' knowledge and confidence in recognizing and managing patients with sepsis: A multi site cross sectional study. ***Journal of Advanced Nursing***, 79(2), 616–629.

ผลของโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถในการจัดการอาการและสภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

Effects of an Integrated Program of Discharge planning and symptom Experience on Dyspnea Management Ability and Dyspnea Status of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Diseases, Thapla Hospital, Uttaradit Province.

(Received: August 4,2025 ; Revised: August 10,2025 ; Accepted: August 13,2025)

สุวรรณา ขำทอง[1]
Suwanna Khamthong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถในการจัดการอาการและสภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การศึกษาดำเนินการในโรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม 2568 ใช้รูปแบบการวิจัยกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการหายใจลำบากแบบผู้ป่วยใน จำนวน 20 ราย ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง การเก็บข้อมูลใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและแบบประเมินสภาวะอาการหายใจลำบาก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การทดสอบ Paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและสภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และคะแนนเฉลี่ยสภาวะอาการหายใจลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการ, ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก, สภาวะอาการหายใจลำบาก, ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of an integrated program of discharge planning and symptom experience on dyspnea management ability and dyspnea status of patients with chronic obstructive pulmonary diseases, in thapla hospital, Uttaradit Province, over a 3-month period from January 1, to March 31, 2025. The study employed a one-group pretest-posttest design, with 20 participants selected through purposive sampling. Data were collected using a dyspnea management ability questionnaire and a dyspnea status assessment tool. Data analysis was conducted using a Paired sample t-test to compare the mean dyspnea management ability scores and dyspnea status scores.

The result showed a statistically significant increase in dyspnea management ability scores ($p<0.000$), with the mean score rising from 48.70 to 57.10 and a statistically significant decrease in dyspnea status scores ($p<0.000$), with the mean score decrease from 3.15 to 2.40.

Keywords: integrated program of discharge planning and symptom experience, dyspnea management ability, dyspnea status, chronic obstructive pulmonary diseases

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยพบว่า ในปี 2560-2562 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราตายแนวโน้มสูงขึ้น จาก 13.50 เป็น 14.0 ต่อประชากรแสนคน จากคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข ปี 2564-2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียชีวิตจำนวน 18,691, 18,617 และ 20,888 รายตามลำดับ และมีอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน 121.28, 116.32 และ 133.22 ครั้งต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 100 คนต่อปี ซึ่งเกินค่าเป้าหมายและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาการกลับมารับการรักษาซ้ำหลังจำหน่าย จากการศึกษาของปิยวรรณ กุวลัยรัตน์ และคณะ[1] พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ร้อยละ 35.80-54.90 และการศึกษาของ นภัสวรรณ สันจร[2] พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเข้ารับการรักษาซ้ำหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 2 เดือน ร้อยละ 25.90

จากสถิติข้อมูลของโรงพยาบาลท่าปลา[3] พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่พบบ่อย 1 ใน 5 อันดับแรกและเป็นโรคที่มีการกลับมารักษาซ้ำสูงเป็นอันดับ 1 ของแผนกผู้ป่วยใน โดยในปี พ.ศ. 2564-2566 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจำนวน 86, 106 และ 112 รายตามลำดับ มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ร้อยละ 27.17, 24.00 และ 22.32 และมีอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลัน 99.02, 157.28 และ 142.13 ซึ่งพบว่าทั้งอัตราการกลับมารักษาซ้ำและอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันสูงเกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากการทบทวนเวชระเบียนในปี 2566 พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันมาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจลำบากถึงร้อยละ 96.0 ซึ่งอาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการตรวจรักษาในแผนกฉุกเฉินและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทางเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-Related Group [DRG]) ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงขึ้นอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับรุนแรงจะเกิดอาการหายใจลำบากร้อยละ 90.0-95.0[4] ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในด้านต่างๆ ลดลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวเกิดความเครียดและซึมเศร้า บางรายต้องออกจากงานหรือทำงานไม่ได้ทำให้ขาดรายได้ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ดังนั้นอาการหายใจลำบากจึงเป็นสิ่งรบกวนและคุกคามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[5]

อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึงความยากลำบากในการหายใจของตนเองและต้องออกแรงในการหายใจมากกว่าปกติ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการหายใจที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เมื่อผู้ป่วยรับรู้อาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นและไม่สามารถควบคุมและจัดการอาการได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้รู้สึกตื่นกลัวและรู้สึกถูกคุกคามต่อชีวิต[6] การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเป็นระบบเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จะเป็นการส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ช่วยป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โรงพยาบาลท่าปลาใช้การวางแผนจำหน่ายในรูปแบบของ D-METHOD[7] เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ไม่มีการวางแผนการจำหน่ายเฉพาะโรค โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจลำบาก มีสาเหตุมาจากการจัดการตนเองที่ยังไม่ถูกต้องเหมาะสม ปัญหาที่

พบบ่อย ได้แก่ เทคนิคการสูดพ่นยา ความสม่ำเสมอในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การไออย่างมีประสิทธิภาพ การใช้เทคนิคสงวนพลังงาน และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้โปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการจะช่วยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะด้านความสามารถในการป้องกันและจัดการอาการหายใจลำบากซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อย การจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการอาการ และ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันออกไป[8] ร่วมกับมีปัจจัยอื่นๆ มาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถจัดการอาการหายใจลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยบรรเทาและป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบาก ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและสมรรถภาพทางกาย ส่งเสริมความผาสุกด้านจิตสังคม และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[9] ซึ่งโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการ จะเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีมาตรฐานและเป็นแบบแผนเดียวกัน เข้าใจง่าย ปฏิบัติได้จริง มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดการยอมรับและนำไปใช้ในที่สุด

ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงพัฒนาโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการ โดยใช้รูปแบบ D-METHOD[7] ร่วมกับแนวคิดการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ[8] ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งคาดว่าจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ดีขึ้น เพิ่มความสามารถในการจัดการอาการและมีสภาวะอาการหายใจลำบากลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการ

2. เพื่อศึกษาสภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม

2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีคะแนนสภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการ ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและสภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะเวลาการศึกษาดำเนินการ 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการ

หายใจลำบากแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมจีสตาร์เพาเวอร์ (G*Power) (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ด้วยวิธี t-test ทดสอบแบบทางเดียว และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยหาขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ การศึกษาของ อาดีละห์ สะไร (2559) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถในการจัดการอาการและสภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มาคำนวณขนาดค่าอิทธิพล (Effect size = d) ได้เท่ากับ .81 และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ประกอบด้วย (1) อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเข้ารับการรักษาด้วยอาการหายใจลำบากแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าปลา (2) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสาร และให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง (3) ไม่มีข้อจำกัดในการฝึกการบริหารปอดและการพ่นยา เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว (4) ผู้ป่วยมีอาการคงที่ ได้แก่ ไม่มีอาการหายใจลำบาก หายใจไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประมาณ 16-24 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) มากกว่าหรือเท่ากับ 90% (5) สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย และสามารถอ่านภาษาไทยได้ (6) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ หรือมีความเจ็บป่วยอื่นๆ ที่เกิดขึ้นเป็นเหตุให้ต้องนอนโรงพยาบาลเกิน 1 สัปดาห์ (2) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่มีผลต่อระบบหายใจ เช่น โรคหัวใจ วัณโรค ปอดอักเสบ (3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ 28 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 โปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ อาดีละห์ สะไร (2559) ตามแนวคิดการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD (กองการพยาบาล , 2539) ร่วมกับแนวคิดการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001)

1.2 คู่มือการส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิในการรักษา ผู้ที่คอยช่วยเหลือท่านขณะอยู่บ้าน

2.2 แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ประวัติการสูบบุหรี่ คนในบ้านหรือคนรอบข้างสูบบุหรี่ ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก ประวัติการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ประวัติการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ประวัติการมาตรวจตามนัด ประวัติการใช้ยา ประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจ สาเหตุส่งเสริมการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ ผู้ดูแล ระดับความรุนแรงของโรค และยาที่ผู้ป่วยได้รับ

2.3 แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก พัฒนามาจากแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ อาดีละห์ สะไร

(2559) ตามแนวคิดการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) มีข้อคำถาม 19 ข้อ โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ (ปฏิบัติทุกครั้ง=4 คะแนน, ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง=3คะแนน ,ปฏิบัติบางครั้ง=2 คะแนน, ปฏิบัติน้อยครั้ง=1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย=0 คะแนน)

2.4 แบบประเมินสภาวะอาการหายใจลำบาก เป็นแบบวัดอาการหายใจลำบากที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ตามแบบประเมินอาการหายใจลำบากแบบตัวเลข (dyspnea numberical rating scale) เป็นการประเมินอาการหายใจลำบากโดยตัวผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากของตนเองขณะพัก แบบประเมินมีลักษณะเป็นเส้นตรง 10 เซนติเมตร ทางด้านซ้ายสุดที่ตำแหน่ง 0 เซนติเมตร หมายถึงท่านไม่มีอาการหายใจลำบาก ส่วนทางด้านขวาสุดที่ตำแหน่ง 10 เซนติเมตร หมายถึงมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด และตรงกึ่งกลางที่ตำแหน่ง 5 เซนติเมตร หมายถึงมีอาการหายใจลำบากปานกลาง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ประเมินค่าความสอดคล้องของข้อคำถามและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) มากกว่า 0.50 ขึ้นไปทุกข้อ โดยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Content validity) โดยนำแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.85

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำแนวคิดแนวคิดการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับแนวคิดการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD (กองการพยาบาล, 2539) มาพัฒนาโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการ สร้างและทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นดำเนินการ

สำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ หลังจากคัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยดำเนินการตามรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวโดยละเอียดแก่กลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และระยะการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยบันทึกข้อทั่วไป ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย

3. เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการเริ่มประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากจากแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และประเมินสภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยจากแบบประเมินสภาวะอาการหายใจลำบาก หลังจากนั้นประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กำหนดข้อวินิจฉัยปัญหาวางแผนจำหน่ายและปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งประเมินผลลัพธ์โปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 พบผู้ป่วย 4 ครั้ง

วันที่ 1 ประเมินประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับการรับรู้อาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการหายใจลำบาก กลวิธีในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย เกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้ 1) โรค

ที่เป็นและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการหายใจลำบากกำเริบ 2) การใช้ยาโดยเฉพะยาขยายหลอดลม 3) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ 4) แผนการรักษาของแพทย์ 5) ภาวะสุขภาพและข้อจำกัดของตนเอง 6) ความต่อเนื่องในการรักษา และ 7) การรับประทานอาหาร พร้อมทั้งประเมินแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และประเมินสภาวะอาการหายใจลำบาก โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที หลังจากนั้นกำหนดข้อวินิจฉัยของปัญหาและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย นัดพบผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลครั้งต่อไปในวันที่ 2

วันที่ 2 ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่เตรียมไว้ ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยใช้แผนการสอน ภาพพลิก แจกคู่มือการส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที นัดพบผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลครั้งต่อไปในวันที่ 3

วันที่ 3 ฝึกทักษะต่างๆ ในการจัดการอาการหายใจลำบากแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ได้แก่ การพ่นยาขยายหลอดลมอย่างถูกวิธี การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการออกกำลังกายโดยใช้สื่อการสอน ภาพพลิก และคู่มือการส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งความช่วยเหลือของญาติผู้ดูแล นัดพบผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลครั้งต่อไปในวันที่ 4

วันที่ 4 ทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับอีกครั้งเกี่ยวกับทักษะต่างๆ ที่ได้ฝึกไป ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที นัดพบผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 5

สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ติดตามความสม่ำเสมอในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งสอบถามปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการจัดการอาการหายใจลำบาก โดยใช้แบบประเมินติดตามทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยการสอบถามจากญาติผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 5 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 28 วัน ทำการประเมินผลลัพธ์โดยประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากจากแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และประเมินสภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยจากแบบประเมินสภาวะอาการหายใจลำบาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive) เพื่อแสดงการการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการและสภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ (UPHO REC No. 092/2567) เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 20 ราย เป็นกลุ่มทดลอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.0 (n = 14) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 40.0 (n = 8) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.10 ปี (SD = 8.52) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 50.0 (n = 10) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.29 (SD = 6.19) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.0 (n = 15) มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45.0 (n = 9) มีรายได้เฉลี่ย 2,001 – 4,000 บาท ร้อยละ 45.0 (n =

9) รายได้พอใช้ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 85.0 (n = 17) และมีผู้ดูแลเป็นคู่สมรส ร้อยละ 65.0 (n= 13)

ข้อมูลสุขภาพและความเจ็บป่วยของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่พบว่า มีระยะเวลาการวินิจฉัยโรค 6-10 ปี ร้อยละ 40.0 (n = 8) ส่วนใหญ่มีประวัติเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 90.0 (n = 18) และมีระยะ เวลาเลิกสูบบุหรี่ 6-10 ปี ร้อยละ 38.89 ไม่มีคนในบ้านหรือคนรอบข้างสูบบุหรี่ ร้อยละ 60.0 (n = 12) ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบากมากที่สุดได้แก่ ควันไฟและควันบุหรี่ ร้อยละ 100 (n = 20) ส่วนใหญ่มีประวัติเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 70.0 (n = 14) มีประวัติเคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 60.0 (n = 12) มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 55.0 (n = 11) มีประวัติรับประทานยา/พ่นยาทุกวัน ร้อยละ 50.0 (n = 10) ส่วนใหญ่ไม่เคยใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 80.0 (n = 16) มีสิ่งแวดล้อม ฝุ่น ควัน เป็นสาเหตุส่งเสริมในการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ ร้อยละ 40.0 (n = 8) และมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.0 (n = 14)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก พบว่า หลังได้รับโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 48.70 (SD = 4.37) และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 57.10 คะแนน (SD = 3.48) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการ (n=20)

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก	48.70	4.37	57.10	3.48	9.914	.000 *

* p < .05

ผลลัพธ์คะแนนสภาวะอาการหายใจลำบาก เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการ พบว่า หลังการใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะอาการหายใจลำบากลดลง โดยคะแนนเฉลี่ยสภาวะอาการหายใจลำบากก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 3.15 (SD = 0.49) หลังได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยสภาวะอาการหายใจลำบากเท่ากับ 2.40 (SD = 0.50) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการ (n=20)

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
สภาวะอาการหายใจลำบาก	3.15	0.49	2.40	0.50	6.097	.000 *

* p < .05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.000) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากได้มากขึ้น เนื่องจากโปรแกรมมี

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบโดยใช้กระบวนการพยาบาลและแนวคิดการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD[7] ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการหายใจลำบาก มีความรู้เกี่ยวกับยาและทักษะที่จำเป็นในการใช้ยา สามารถจัดการสิ่งแวดล้อมและปัญหาด้านเศรษฐกิจ รับรู้แผนการรักษาและเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด และสามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของ ดอดจ์ และคณะ[8] ซึ่งประกอบด้วย การประเมินตามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยแต่ละราย การจัดการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และการประมินผลลัพธ์ในด้านการจัดการอาการหายใจลำบาก ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความสามารถในการป้องกันและจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยให้ได้ผลดีมากขึ้น คำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย โดยประเมินจากประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย จากนั้นจึงค่อยส่งเสริมความสามารถในการป้องกันและจัดการอาการหายใจลำบากตามปัญหาที่พบ สอดคล้องกับการศึกษาของ อานุภาพ กันทะวงศ์[10] พบว่า ผลของการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับแนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนได้รับแนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และการศึกษาของ รัตนา จันแปงเงิน[11] พบว่า ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) สำหรับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนแบบตัวต่อตัวกับผู้วิจัย มีแผนการสอน สื่อการสอนเป็นภาพพลิกและคู่มือการส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก คู่มือมีเนื้อหาและภาษาที่เข้าใจง่าย มีภาพประกอบการปฏิบัติทุกขั้นตอนที่ชัดเจน สามารถนำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้านได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการป้องกันและจัดการอาการหายใจลำบากได้อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ นอกจากนี้การติดตามความก้าวหน้าจากญาติผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่เหมาะสม

ผลของโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อสภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสภาวะอาการอาการหายใจลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.000) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม เนื่องจากโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้แผนการรักษา ความรู้เกี่ยวกับยา การจัดการสิ่งแวดล้อม ความเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองและขีดจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ การเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสม และการมาตรวจตามนัด ร่วมกับการปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างเคร่งครัด ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สามารถจัดการอาการหายใจลำบากได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ราเชนทร์ สุโท[12] พบว่า ผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีการนำโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลท่าปลาทุกราย

2. ควรมีการนำระบบการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพเน้นการประเมินผู้ป่วยตามประสบการณ์อาการ โดยบูรณาการร่วมกับการดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆ

3. ควรมีการนำโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่น โดยปรับปรุงเนื้อหาของสื่อการสอนให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลลัพธ์ที่นานขึ้น เช่น ติดตามประเมินผลลัพธ์ที่ 2, 4 หรือ 6 เดือน เป็นต้น เพื่อตรวจสอบความยั่งยืนของโปรแกรมบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการ และศึกษาผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน อัตราวันนอนโรงพยาบาล อัตราการมารักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน และด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.เบญจวุฒิ ครุฑเมือง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าปลา นางสุรีรักษ์ มั่นคง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลท่าปลา และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุตรดิตถ์ ที่ให้การสนับสนุน อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาของการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยวรรณ กุวลัยรัตน์, กมลพร มากภิรมย์, และสุดฤทัย รัตนโอภาส. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบและมารักษาที่แผนกฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3(2), 29-41.
2. นภัสวรรณ สันจร. (2563). ผลของการใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการตรวจรักษาซ้ำ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 10(2), 54-68.
3. โรงพยาบาลท่าปลา. (2566). รายงานประจำปี พ.ศ. 2566. อุตรดิตถ์: โรงพยาบาลท่าปลา.
4. Solano, J. P., Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. Journal of pain and Symptom Management, 31, 58-69.
5. สุวรรณ์ โมคภา. (2554). การจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะที่มีอาการทางคลินิกคงที่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตร บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
6. Lilly EJ, Senderovich H. (2016). Palliative care in chronic obstructive pulmonary disease. Journal Critical Care; 35: 150-154. Doi:10.1016/j.jcrc.2016.05.019
7. กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2539). แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย.กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 12. ราเชนทร์ สุโท. (2565). ผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองต่ออาการหายใจ ลำบากในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
8. Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing. 33(5), 668-676.
9. อัชฌาณัฐ วังโสม. (2559). การจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 27(1), 2-12.
10. อานุภาพ กันทะวงค์. (2565). ผลการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุโขทัย. งานประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2
11. รัตนา จันแปงเงิน. (2566). ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 4(4), 39-50

การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผง

Promoting child development: 2 case studies in Sam Phong Subdistrict Health Promoting Hospital.

(Received: June 19,2025 ; Revised: July 24,2025 ; Accepted: July 25,2025)

สุมารินทร์ สรญ์สุรินทร์[1]
Sumarin Sornsurin[1]

บทคัดย่อ

การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก กรณีศึกษา 2 รายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษากระบวนการคัดกรองพัฒนาการเด็กผ่านเครื่องมือ Denver II 2. ศึกษาเปรียบเทียบการส่งเสริมพัฒนาการกรณีศึกษาเด็กทั้ง 2 ราย เป็นการวิจัยเชิงกรณีศึกษา โดยเลือกเด็กจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผง เป็นกรณีตัวอย่างในการประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้แบบทดสอบ Denver II ตามขั้นตอน คือ การเก็บข้อมูลเบื้องต้น การประเมินพัฒนาการ ใช้แบบทดสอบ Denver II การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบผลการประเมินของเด็กทั้ง 2 ราย การติดตาม และวางแผนส่งเสริมพัฒนาการ และให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองอย่างเป็นระบบ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบการส่งเสริมพัฒนาการกรณีศึกษาเด็กทั้ง 2 ราย พบว่า เด็กที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว ควรได้รับการฝึกฝนเพิ่มขึ้นในเรื่องการเดิน วิ่ง และการใช้กล้ามเนื้อให้แข็งแรงขึ้น ในด้านภาษาหากเด็กสามารถพูดได้น้อยกว่าปกติ การกระตุ้นผ่านนิทานและการสื่อสารที่ชัดเจนจะช่วยเสริมสร้างพัฒนาการด้านนี้ เด็กที่สนใจของเล่นมากกว่าปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นควรได้รับการส่งเสริมการเล่นที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน การเพิ่มกิจกรรมที่ต้องใช้สมาธิเป็นสิ่งสำคัญสำหรับเด็กที่มีปัญหาด้านสมาธิ สำหรับการให้ความรู้กับผู้ปกครองในการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง ทั้ง 2 กรณีมีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน คือ ควรสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ จัดพื้นที่ให้เด็กสามารถเล่นและเคลื่อนไหวได้อย่างปลอดภัย ลดสิ่งรบกวน กระตุ้นให้เด็กมีโอกาสเรียนรู้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ: การส่งเสริม, พัฒนาการเด็ก, Denver II

Abstract

Promoting child development. These 2 case studies have the objectives to: 1. Study the process of screening child development through the Denver II tool. 2. Comparative study of promoting development. The 2-child case studies are case study research by selecting 2 children who received services at Sam Phong Subdistrict Health Promoting Hospital. This is an example case of evaluating child development using the Denver II test according to the steps of collecting preliminary data. Developmental assessment used the Denver II test. data analysis. Compare the evaluation results of both children, follow up, and plan to promote development. and provide systematic advice to parents II

The results of a comparative study of promoting development in both child case studies found that children with movement problems should receive more training in walking, running, and using stronger muscles. In terms of language, if the child can speak less than normal, stimulation through stories And clear communication will help foster this development. Children who are more interested in toys than in interacting with others should be encouraged to engage in plays that involve interaction with peers. Increasing activities that require concentration is important for children who have attention problems. As for educating parents on proper parenting, both cases have similar characteristics: they should create an environment that is conducive to learning. Provide space for children to play. And move safely, reduce distractions, and encourage children to have the opportunity to learn on their own.

Keywords: promotion, child development, Denver II

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผง

บทนำ

ปัญหาพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่สมองและระบบประสาทมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว หากเด็กไม่ได้รับการกระตุ้นและดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะพัฒนาการล่าช้าในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา สังคม และการรู้คิด[1] ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาพัฒนาการ ได้แก่ พันธุกรรม โภชนาการที่ไม่เหมาะสม การขาดการกระตุ้นที่เหมาะสมในครอบครัว รวมถึงสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการเรียนรู้[2] ข้อมูลจากการติดตามพัฒนาการของเด็กไทยพบว่า มีเด็กจำนวนไม่น้อยที่มีภาวะพัฒนาการล่าช้าแต่ยังไม่ได้รับการคัดกรองหรือช่วยเหลืออย่างเหมาะสม[(3)] พัฒนาการเด็กเป็นกระบวนการที่เด็กเติบโต และเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำรงชีวิต และการเรียนรู้ในอนาคต[2] พัฒนาการของเด็กได้รับอิทธิพลจากทั้งปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมตั้งแต่ช่วงวัยแรกเกิดจนถึงวัยเด็กตอนต้นสามารถช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย และลดความเสี่ยงของความล่าช้าในการพัฒนา[1] กระทรวงสาธารณสุข ได้เน้นถึงความสำคัญของพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะช่วงอายุ 0-5 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่สมองมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วถึง 80% ของขนาดสมองผู้ใหญ่ และเป็นโอกาสทองของชีวิตในการเรียนรู้ และสร้างรากฐานที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก[3] หากเด็กได้รับการเลี้ยงดูและส่งเสริมที่เหมาะสมในช่วงวัยนี้จะช่วยเพิ่มศักยภาพทางปัญญา และส่งผลต่อพฤติกรรมในระยะยาว[4]

แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กควรดำเนินการอย่างเป็นระบบ และครอบคลุมทั้งการส่งเสริมทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนจากชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข การใช้เครื่องมือคัดกรอง เช่น Denver II เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการประเมินพัฒนาการเบื้องต้นของเด็ก[5] การส่งเสริมควรครอบคลุมกิจกรรมที่กระตุ้นทักษะเฉพาะด้าน เช่น การอ่านนิทาน การเล่นที่ใช้กล้ามเนื้อ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น[6] นอกจากนี้ การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและโภชนาการที่เหมาะสม เช่น การให้นมแม่ และสร้างความสัมพันธ์ที่อบอุ่นกับเด็ก เป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการที่สมวัย[(4)] ตามหลักการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก คือ บทบาทของครอบครัวพ่อแม่ และผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญที่สุดในการอบรม เลี้ยงดู และให้ความรัก ความเอาใจใส่แก่เด็ก โดยเฉพาะช่วง 3 ปีแรก ซึ่งเป็นช่วงที่สมองเติบโตสูงสุดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็ก ได้แก่ พันธุกรรม (Genetic Influences) เป็นปัจจัยที่กำหนดลักษณะเฉพาะทางกายภาพของเด็ก เช่น สีผิว สีตา และพัฒนาการด้านเชาว์ปัญญา ปัจจัยแวดล้อมในครรภ์ เช่น โภชนาการของมารดา การได้รับสารพิษหรือโรคต่าง ๆ อาจมีผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก ปัจจัยแวดล้อมหลังคลอด เช่น การได้รับนมแม่และการเลี้ยงดูที่เหมาะสมมีผลต่อสุขภาพและพัฒนาการด้านสติปัญญาและอารมณ์ของเด็ก แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น การสนับสนุนให้เด็กได้รับนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนแรก เนื่องจากช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและพัฒนาสมอง การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กกับผู้เลี้ยงดู เช่น การโอบกอด และการเล่นกับเด็ก เพื่อส่งเสริมพัฒนาการทางสังคมและอารมณ์ การส่งเสริมกิจกรรมที่กระตุ้นพัฒนาการเด็ก เช่น การอ่านหนังสือให้ฟัง และการเล่นที่เสริมทักษะการใช้มือและการเคลื่อนไหว[3]

การติดตามพัฒนาการ (Developmental Monitoring) เป็นกระบวนการเฝ้าระวังพฤติกรรม และทักษะของเด็กเป็นระยะ ๆ โดยอาศัยข้อมูลจากผู้ปกครอง ครู และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและให้การช่วยเหลือเด็กที่มีความเสี่ยงได้เร็วที่สุด[7] แนวทางการติดตามพัฒนาการควรดำเนินการเป็นระบบ เช่น การตรวจคัดกรองเป็นระยะ

ที่ศูนย์อนามัยหรือสถานศึกษา และการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการพัฒนาของเด็กในแต่ละช่วงวัย การเฝ้าระวัง และคัดกรองพัฒนาการเด็กเป็นขั้นตอนสำคัญในการตรวจสอบพัฒนาการตามวัย เพื่อระบุว่าเด็กมีพัฒนาการที่เหมาะสมหรือมีภาวะล่าช้า ซึ่งหากได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่เนิ่น ๆ จะสามารถลดผลกระทบระยะยาวได้[8] หนึ่งในเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในการคัดกรองพัฒนาการเด็กคือ Denver Developmental Screening Test II (Denver II) เป็นแบบคัดกรองพัฒนาการที่ใช้ประเมินเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 6 ปีใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) Gross Motor ทักษะการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น การเดิน การกระโดด 2) Fine Motor-Adaptive ทักษะการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น การหยิบจับสิ่งของ 3) Language ความสามารถทางภาษาทั้งการพูดและเข้าใจภาษา 4) Personal-Social ทักษะทางสังคมและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น[5]

การใช้ Denver II เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าสามารถช่วยระบุเด็กที่มีความล่าช้าทางพัฒนาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเพิ่มเติมได้ การคัดกรองการเป็นเพียงจุดเริ่มต้นของกระบวนการเฝ้าระวังพัฒนาการ หากพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าจำเป็นต้องมีการ ติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และดำเนินการประเมินเชิงลึกเพื่อให้มั่นใจว่าเด็กจะได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม[(9)] ขั้นตอนการประเมินพัฒนาการเด็ก การประเมินพัฒนาการเด็ก (Developmental Assessment) มีขั้นตอนสำคัญได้แก่ 1) การซักประวัติ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการ สุขภาพ และสภาพแวดล้อมของเด็ก 2) การสังเกตพฤติกรรม ของเด็กในสถานการณ์ต่าง ๆ 3) การใช้แบบทดสอบมาตรฐาน เช่น Denver II หรือ Ages and Stages Questionnaires (ASQ) 4) การวิเคราะห์ผล และการวางแผนส่งเสริมพัฒนาการ โดยอิงตามระดับพัฒนาการของเด็กแต่ละราย สรุปได้ว่า การส่งเสริมพัฒนาการเด็กในช่วงปฐมวัยเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับทั้งครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ โดยเน้นการเลี้ยงดูที่มีคุณภาพ การให้โภชนาการที่เหมาะสม และการส่งเสริมพัฒนาการผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศ[3]

เมื่อตรวจพบความล่าช้าในการพัฒนาการขั้นตอนต่อไปคือการจัดทำแผนการส่งเสริมพัฒนาการที่ออกแบบมาให้เหมาะสมกับความต้องการของเด็กแต่ละคน โดยแผนดังกล่าวอาจรวมถึง การกระตุ้นพัฒนาการเฉพาะด้าน ผ่านกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น การเล่นที่กระตุ้นการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ และเล็ก การสนับสนุนทางภาษาศาสตร์ เช่น การอ่านนิทาน พูดคุยกับเด็กบ่อย ๆ การส่งเสริมทักษะทางสังคม ผ่านกิจกรรมกลุ่ม และการเล่นกับเพื่อน[6] รวมทั้งการให้ความรู้กับผู้ปกครองในการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง[3]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผงได้ให้บริการเด็กที่ประสบปัญหาพัฒนาการล่าช้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ประสบปัญหาในการทดสอบพัฒนาการและการวางแผนส่งเสริมพัฒนาการที่เป็นระบบ กรณีศึกษานี้จึงเป็นตัวอย่างของการนำเครื่องมือ Denver II มาใช้ประเมินเด็ก 2 ราย โดยเปรียบเทียบผลการทดสอบในด้านต่าง ๆ และพิจารณาการวางแผนส่งเสริมพัฒนาการอย่างเป็นระบบ แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการอาจรวมถึงการกระตุ้นการเล่น การฝึกทักษะเฉพาะด้าน และการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับกิจกรรมที่เหมาะสมกับช่วงวัยของเด็ก[(6)] พร้อมทั้งแสดงให้เห็นถึงแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมสำหรับเด็กแต่ละราย โดยข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และนำเสนอแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนพัฒนาการเด็กให้เติบโตได้อย่างเต็มศักยภาพ

วัตถุประสงค์

กรณีศึกษา 2 รายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษากระบวนการคัดกรองพัฒนาการเด็กผ่านเครื่องมือ Denver II และ 2. ศึกษาเปรียบเทียบการส่งเสริมพัฒนาการกรณีศึกษาเด็กทั้ง 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกรณีศึกษา (Case Study Research) โดยเลือกเด็กจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผง เป็นกรณีตัวอย่างในการประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้แบบทดสอบ Denver II การดำเนินการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

1. การเก็บข้อมูลเบื้องต้น ซักประวัติสุขภาพทั่วไป สภาพแวดล้อม และการดูแลจากครอบครัว

2. การประเมินพัฒนาการ ใช้แบบทดสอบ Denver II เพื่อประเมินพัฒนาการ 4 ด้าน ได้แก่ กล้ามเนื้อมัดใหญ่ มัดเล็ก ภาษา และสังคม

3. การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบผลการประเมินของเด็กทั้ง 2 ราย เพื่อวางแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมกับรายบุคคล

4. การติดตาม และวางแผนส่งเสริม จัดทำแผนส่งเสริมพัฒนาการ และให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองอย่างเป็นระบบ

การพิทักษ์สิทธิ์

ในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็ก การพิทักษ์สิทธิ์เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง การศึกษาครั้งนี้ยึดหลักจริยธรรมในการวิจัยกับมนุษย์ (Human Subjects Protection) และหลักสิทธิมนุษยชนตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child) ผู้วิจัยได้รับความยินยอมอย่างชัดเจนจากผู้ปกครองของเด็กก่อนการเข้าร่วมการประเมินหรือการเก็บข้อมูล มีการอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ และสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กจะได้รับการปกปิด (Confidentiality) และต้องไม่เปิดเผยตัวตนของเด็กโดยไม่ได้รับอนุญาต ทั้งนี้เพื่อคุ้มครองสิทธิในความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของเด็ก

ผลการศึกษา

ผลการศึกษากระบวนการคัดกรองพัฒนาการเด็กผ่านเครื่องมือ Denver II

ตารางที่ 1 ผลการศึกษากระบวนการคัดกรองพัฒนาการเด็กผ่านเครื่องมือ Denver II

กรณีศึกษาคนที่ 1	กรณีศึกษาคนที่ 2
กรณีศึกษาเด็กคนที่ 1 อายุ 2 ปี 6 เดือน ประวัติสุขภาพ คลอดปกติ น้ำหนักแรกเกิด 3,100 กรัม สุขภาพโดยรวมแข็งแรง	**กรณีศึกษาเด็กคนที่ 2** อายุ 2 ปี 6 เดือน ประวัติสุขภาพ คลอดก่อนกำหนด (36 สัปดาห์) น้ำหนักแรกเกิด 2,500 กรัม มีภาวะตัวเหลืองช่วงแรกเกิด
ผลการทดสอบพัฒนาการ Denver II ด้านการเคลื่อนไหว ผ่านทุกหมวด แต่ยังไม่สามารถกระโดดขาเดียวได้ ด้านภาษา ผ่านเกณฑ์ สามารถพูดเป็นประโยคสั้น ๆ 3-4 คำ ด้านสังคม และอารมณ์ ผ่านเกณฑ์ สามารถเล่นกับเพื่อนได้ดี ด้านสติปัญญา ผ่านเกณฑ์ แต่ยังต้องการการกระตุ้นเพิ่มเติมเรื่องสีและตัวเลข	**ผลการทดสอบพัฒนาการ Denver II** ด้านการเคลื่อนไหว ล่าช้า ยังเดินได้ไม่มั่นคง และต้องจับราวขึ้นบันได ด้านภาษา ล่าช้า พูดคำเดี่ยว ๆ ได้ประมาณ 10 คำ ยังไม่สามารถพูดเป็นประโยคได้ ด้านสังคมและอารมณ์ ต้องได้รับการกระตุ้นเพิ่มเติม สนใจของเล่นมากกว่าปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านสติปัญญา มีสมาธิสั้น สนใจของเล่นที่มีเสียง และแสงไฟมากกว่าสิ่งรอบข้าง
แผนการส่งเสริมพัฒนาการ **1. การกระตุ้นพัฒนาการเฉพาะด้าน** **1.1 ด้านการเคลื่อนไหว**	**แผนการส่งเสริมพัฒนาการ** **1. การกระตุ้นพัฒนาการเฉพาะด้าน** **1.1 ด้านการเคลื่อนไหว**

ตารางที่ 1 ผลการศึกษากระบวนการคัดกรองพัฒนาการเด็กผ่านเครื่องมือ Denver II

กรณีศึกษาคนที่ 1	กรณีศึกษาคนที่ 2
เป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และมัดเล็ก **กิจกรรมที่แนะนำ** กระโดดขาเดียว เพื่อฝึกให้เด็กกระโดดขาเดียวโดยเริ่มจากกระโดดข้าง ๆ ก่อน แล้วพัฒนาเป็นกระโดดไปข้างหน้า เดินบนเส้นตรงโดยใช้เทปกาวติดบนพื้นเป็นเส้นตรงให้เด็กเดินตาม กิจกรรมกลางแจ้ง เช่น วิ่งเล่น ปีนป่าย ขี่จักรยานสามล้อ เล่นบอล ฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น เล่นดินน้ำมัน ต่อบล็อกไม้ วาดภาพด้วยสีเทียน **1.2 ด้านภาษา** **เป้าหมาย** เพื่อเพิ่มคลังคำศัพท์ และความสามารถในการสื่อสาร **กิจกรรมที่แนะนำ** อ่านนิทานที่มีภาพประกอบให้เด็กฟังทุกวัน และตั้งคำถามง่าย ๆ เกี่ยวกับเนื้อเรื่อง พูดคุยกับเด็กบ่อย ๆ เพื่อกระตุ้นให้เด็กเล่าเรื่องราวที่พบเจอในแต่ละวัน ร้องเพลงเด็ก ฝึกให้เด็กจดจำคำศัพท์ผ่านการร้องเพลง และท่าทางประกอบ **1.3 ด้านสังคม และอารมณ์** **เป้าหมาย** เพื่อส่งเสริมการเล่นกับเพื่อน และการควบคุมอารมณ์ **กิจกรรมที่แนะนำ** เล่นเป็นกลุ่ม สนับสนุนให้เด็กเล่นกับเพื่อน เช่น เล่นบทบาทสมมติ เล่นขายของ เล่นทำอาหาร สอนการแบ่งปัน ใช้ของเล่นหรือกิจกรรมที่ต้องเล่นร่วมกัน ฝึกแสดงอารมณ์ ใช้ตุ๊กตาหรือภาพประกอบเพื่อช่วยให้เด็กเข้าใจอารมณ์ต่าง ๆ **1.4 ด้านสติปัญญา** **เป้าหมาย** กระตุ้นการเรียนรู้เกี่ยวกับสี และตัวเลข **กิจกรรมที่แนะนำ** จับคู่สี ใช้บล็อกไม้สี ลูกบอลสี หรือการระบายสี นับเลข นับสิ่งของในชีวิตประจำวัน เช่น นับบันไดขณะเดินขึ้นลง เล่นตัวต่อ ต่อบล็อกไม้หรือเลโก้เพื่อเสริมสร้างการคิดเชิงตรรกะ **2. การให้ความรู้กับผู้ปกครอง** 2.1 การส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม แนะนำให้ผู้ปกครองควรจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับการเล่น หลีกเลี่ยงการให้เด็กดูหน้าจออิเล็กทรอนิกส์เป็นเวลานาน ใช้คำพูดเชิงบวกและให้กำลังใจเด็กเสมอ 2.2 การกระตุ้นภาษา แนะนำให้ผู้ปกครองควรพูดคุยกับเด็กอย่างสม่ำเสมอ ใช้ภาษาที่ชัดเจน และให้เด็กตอบสนองกลับ อ่านนิทานและอธิบายเนื้อหาเพื่อกระตุ้นความเข้าใจ 2.3 การส่งเสริมพฤติกรรมทางสังคม ฝึกให้เด็กเรียนรู้กฎระเบียบง่าย ๆ เช่น การรอคอย และการขอโทษ สนับสนุนให้เด็กเล่นกับเพื่อนเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม 2.4 การดูแลสุขภาพ และโภชนาการ แนะนำให้ผู้ปกครองจัดอาหารที่ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงขนมหวาน และอาหารแปรรูป ส่งเสริมให้เด็กทำกิจกรรมกลางแจ้ง หรือออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดี	**เป้าหมาย** เพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และมัดเล็ก **กิจกรรมที่แนะนำ** ส่งเสริมให้เด็กทำกิจกรรมที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น การปีนป่าย เล่นสนามเด็กเล่น เดินบนพื้นต่างระดับ หรือเล่นวิ่งไล่จับ ให้เด็กเล่นของเล่นที่ต้องใช้การทรงตัว เช่น บอร์ดโยก บอลโยก หรือการเดินบนเส้นตรง ฝึกให้เด็กขึ้นลงบันไดด้วยตนเอง โดยให้จับราวและค่อย ๆ พัฒนาการทรงตัว ส่งเสริมการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น การขีดเขียน ระบายสี ปั้นดินน้ำมัน หรือต่อบล็อกไม้ **1.2 ด้านภาษา** **เป้าหมาย** เพื่อเพิ่มคลังคำศัพท์ และความสามารถในการสื่อสาร **กิจกรรมที่แนะนำ** พูดคุยกับเด็กอย่างสม่ำเสมอ ใช้คำพูดที่ชัดเจน และเข้าใจง่าย อ่านนิทานให้เด็กฟังทุกวัน พร้อมใช้ภาษากาย และสีหน้าเพื่อช่วยกระตุ้นความเข้าใจ ส่งเสริมให้เด็กเลียนแบบเสียงสัตว์ คำง่าย ๆ หรือพูดตามคำที่ผู้ปกครองพูด ใช้ภาพประกอบหรือของเล่นที่เกี่ยวข้องกับคำศัพท์ที่สอน เช่น การ์ดคำศัพท์ หนังสือภาพ เล่นเกมที่ช่วยกระตุ้นภาษา เช่น เกมชี้และบอกชื่อสิ่งของรอบตัว **1.3 ด้านสังคม และอารมณ์** **เป้าหมาย** เพื่อส่งเสริมการเล่นกับเพื่อน และการควบคุมอารมณ์ **กิจกรรมที่แนะนำ** กระตุ้นให้เด็กเล่นกับเพื่อนในวัยเดียวกัน โดยใช้ของเล่นที่ต้องเล่นร่วมกัน เช่น การเล่นบทบาทสมมติ เล่นบ้านตุ๊กตา หรือร้านขายของ สนับสนุนให้เด็กฝึกการรอคอย เช่น การเล่นเกมผลัดกันเล่น เพื่อพัฒนาความอดทน ใช้คำพูดให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อเด็กแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม จัดกิจกรรมกลุ่มเล็ก ๆ เช่น วงกลมร้องเพลง เล่นเกมจับคู่ เพื่อให้เด็กคุ้นเคยกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น **1.4 ด้านสติปัญญา** **เป้าหมาย** เพื่อฝึกให้มีสมาธิจดจ่อมากขึ้น **กิจกรรมที่แนะนำ** ลดการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และหันมาเล่นของเล่นที่เสริมสร้างสมาธิ เช่น การต่อบล็อกไม้ จิ๊กซอว์ หรือเกมจับคู่ ชวนเด็กเล่นเกมที่มีการสังเกตและจดจำ เช่น การเล่นซ่อนหา หรือการเล่นบัตรคำ ส่งเสริมการฟัง และทำตามคำสั่งง่าย ๆ เช่น "หยิบลูกบอลสีแดงให้แม่" เพื่อกระตุ้นการจดจำ และทำความเข้าใจ ใช้กิจกรรมศิลปะ เช่น วาดภาพ ระบายสี หรือปั้นดินน้ำมัน เพื่อช่วยให้เด็กมีสมาธิมากขึ้น **2. การให้ความรู้กับผู้ปกครอง** 2.1 สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ จัดพื้นที่ให้เด็กสามารถเล่นและเคลื่อนไหวได้อย่างปลอดภัย ลดสิ่งรบกวน เช่น โทรทัศน์หรือเสียงดัง 2.2 ใช้เวลาคุณภาพกับเด็ก หมั่นพูดคุย อ่านนิทาน และเล่นกับเด็กอย่างสม่ำเสมอ 2.3 กระตุ้นให้เด็กมีโอกาสเรียนรู้ด้วยตนเอง ให้เด็กลองทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตัวเองก่อนที่ผู้ปกครองจะช่วย 2.4 จำกัดการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ไม่ให้เด็กใช้โทรศัพท์หรือแท็บเล็ตเกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน และควรเลือกเนื้อหาที่มีประโยชน์

ตารางที่ 1 ผลการศึกษากระบวนการคัดกรองพัฒนาการเด็กผ่านเครื่องมือ Denver II

กรณีศึกษาคนที่ 1	กรณีศึกษาคนที่ 2
	2.5 ส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก ใช้การชมเชย เสริมแรงบวกเมื่อลูกทำพฤติกรรมที่เหมาะสมแทนการดุหรือลงโทษ 2.6 เข้าใจและสนับสนุนพัฒนาการของลูก สังเกตพัฒนาการของเด็กอย่างสม่ำเสมอ และหากพบว่ามีความล่าช้ามาก ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับคำแนะนำเพิ่มเติม

ผลการศึกษาเปรียบเทียบการส่งเสริมพัฒนาการกรณีศึกษาเด็กทั้ง 2 ราย

จากการประเมินพัฒนาการโดยใช้แบบทดสอบ Denver II พบว่าเด็กคนที่ 1 พัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในขณะที่เด็กคนที่ 2 มีพัฒนาการล่าช้าในบางด้าน โดยเฉพาะด้านภาษา และการเคลื่อนไหว จึงได้ออกแบบแผนการส่งเสริมพัฒนาการที่แตกต่างกัน เด็กที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว ควรได้รับการฝึกฝนเพิ่มขึ้นในเรื่องการเดิน วิ่ง และการใช้กล้ามเนื้อให้แข็งแรงขึ้นผ่านกิจกรรมที่หลากหลายมากกว่า ในด้านภาษาหากเด็กสามารถพูดได้น้อยกว่าปกติ การกระตุ้นผ่านนิทาน และการสื่อสารที่ชัดเจนจะช่วยเสริมสร้างพัฒนาการด้านนี้ เด็กที่สนใจของเล่นมากกว่าปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นควรได้รับการส่งเสริมการเล่นที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน เช่น การเล่นบทบาทสมมติ การจำกัดการใช้สื่อ และเพิ่มกิจกรรมที่ต้องใช้สมาธิเป็นสิ่งสำคัญสำหรับเด็กที่มีปัญหาด้านสมาธิ เพื่อให้เด็กสามารถจดจ่อกับสิ่งที่ทำได้ดีขึ้น การกระตุ้น และติดตามพัฒนาการของเด็ก หากภายใน 3-6 เดือนยังไม่มีพัฒนาการที่ดีขึ้น ควรส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมิน และให้การช่วยเหลือเพิ่มเติม

สำหรับการให้ความรู้กับผู้ปกครองในการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง ทั้ง 2 กรณีมีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน คือ ควรสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ จัดพื้นที่ให้เด็กสามารถเล่น และเคลื่อนไหวได้อย่างปลอดภัย ลดสิ่งรบกวน เช่น โทรทัศน์หรือเสียงดัง ใช้เวลาคุณภาพกับเด็ก หมั่นพูดคุย อ่านนิทาน และเล่นกับเด็กอย่างสม่ำเสมอ กระตุ้นให้เด็กมีโอกาสเรียนรู้ด้วยตนเอง ให้เด็กลองทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตัวเองก่อนที่ผู้ปกครองจะช่วย จำกัดการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ไม่ให้เด็กใช้โทรศัพท์หรือแท็บเล็ตเกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน และควรเลือกเนื้อหาที่มีประโยชน์ ส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก ใช้การชมเชยเมื่อลูกทำพฤติกรรมที่เหมาะสมแทนการดุหรือลงโทษ เข้าใจ และสนับสนุนพัฒนาการของลูก สังเกตพัฒนาการของเด็กอย่างสม่ำเสมอ และหากพบว่าพัฒนาการของเด็กมีความล่าช้ามาก ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับคำแนะนำเพิ่มเติม

สรุปผลการศึกษา

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กแต่ละคนต้องคำนึงถึงจุดแข็ง และจุดที่ต้องพัฒนาเป็นรายบุคคล กิจกรรมที่ใช้ในการพัฒนาเด็กควรมีความหลากหลาย และปรับให้เหมาะสมกับปัญหาของเด็กแต่ละคน การกระตุ้นผ่านกิจกรรมที่เป็นธรรมชาติ เช่น การเล่น การอ่านนิทาน และการพูดคุย ช่วยส่งเสริมพัฒนาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเด็กจะได้รับการเรียนรู้ และฝึกฝนอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน เด็กที่ได้รับการกระตุ้น และสนับสนุนที่เหมาะสม จะสามารถพัฒนาทักษะต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และลดปัญหาความล่าช้าในด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากผลการประเมินโดยใช้แบบทดสอบ Denver II พบว่าเด็กทั้งสองรายมีพัฒนาการที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยเด็กคนที่ 1 มีพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในขณะที่เด็กคนที่ 2 มีพัฒนาการล่าช้าในหลายด้าน โดยเฉพาะด้านภาษา การเคลื่อนไหว และสมาธิ สาเหตุ

ของความแตกต่างดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากหลายปัจจัย เช่น

1. ปัจจัยด้านชีวภาพและสุขภาพช่วงแรกเกิด เด็กคนที่ 2 มีประวัติคลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของพัฒนาการล่าช้า เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดอาจส่งผลต่อการเจริญเติบโตของสมองและระบบประสาท ทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสติปัญญา ภาษา และการเคลื่อนไหวมากขึ้น[10-11]

2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและการกระตุ้น เด็กคนที่ 1 ได้รับการเลี้ยงดูในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ มีการพูดคุย เล่น และอ่านหนังสือให้ฟังเป็นประจำ จึงช่วยส่งเสริมพัฒนาการอย่างรอบด้าน ในขณะที่เด็กคนที่ 2 สนใจของเล่นมากกว่าการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และมีแนวโน้มได้รับการกระตุ้นทางสังคมและภาษาน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่า เด็กที่ไม่ได้รับการกระตุ้นผ่านการโต้ตอบกับผู้ใหญ่จะมีพัฒนาการทางภาษาช้ากว่าเด็กที่มีปฏิสัมพันธ์บ่อย[12-13]

3. การใช้สื่อและของเล่นอิเล็กทรอนิกส์ เด็กคนที่ 2 มีแนวโน้มชอบของเล่นที่มีเสียงหรือแสง ซึ่งแม้จะดูน่าสนใจแต่กลับลดโอกาสในการโต้ตอบทางภาษากับผู้ปกครอง และทำให้เด็กขาดทักษะการจดจ่อในกิจกรรมที่ใช้ความคิด ส่งผลให้มีพฤติกรรมสมาธิสั้น (14) ขณะที่เด็กคนที่ 1 ได้รับการกระตุ้นแบบมีส่วนร่วมผ่านกิจกรรมตามธรรมชาติ เช่น การอ่านนิทาน หรือการพูดคุย ซึ่งมีผลดีต่อการพัฒนาสมองในช่วงปฐมวัย[15]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามผลการพัฒนาการของเด็กอย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับปรุงแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการให้เหมาะสมกับความต้องการของเด็ก

2. เพิ่มกิจกรรมที่สามารถกระตุ้นพัฒนาการได้อย่างสนุกสนาน เช่น การเล่นดนตรี ศิลปะ หรือการเล่นที่มีการเคลื่อนไหว

3. กระตุ้นให้เด็กทำกิจกรรมกลางแจ้งมากขึ้น เพื่อลดเวลาที่ใช้กับสื่ออิเล็กทรอนิกส์

4. ส่งเสริมให้ผู้ปกครองเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก เพื่อให้มีความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการเลี้ยงดูได้อย่างเหมาะสม

5. ควรปรึกษานักพัฒนาการเด็กหรือแพทย์เฉพาะทาง หากพบว่าเด็กยังคงมีพัฒนาการล่าช้ามากในบางด้าน

เอกสารอ้างอิง

1.Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.). (2000). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. National Academy Press.

2.Berk, L. E. (2020). Infants and children: Prenatal through middle childhood (8th ed.). Pearson.

3.กรมอนามัย. (2556). คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: หลักสูตรเร่งรัดประจำโรงพยาบาล. กระทรวงสาธารณสุข.

4.Luby, J. L., Belden, A., Harms, M. P., Tillman, R., & Barch, D. M. (2013). Preschool is a sensitive period for the influence of maternal support on the trajectory of hippocampal development. Proceedings of the National Academy of Sciences, 113(20), 5742–5747. https://doi.org/10.1073/pnas.1601443113

5.Frankenburg, W. K., Dodds, J., Archer, P., Shapiro, H., & Bresnick, B. (1992). Denver II: Technical manual and training manual. Denver Developmental Materials.

6.Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. Infants & Young Children, 24(1), 6–28.

7.Lipkin, P. H., & Macias, M. M. (2020). Promoting optimal development: Identifying infants and young children with developmental disorders through developmental surveillance and screening. Pediatrics, 145(1), e20193449. https://doi.org/10.1542/peds.2019-3449

8.Council on Children with Disabilities. (2006). Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: An algorithm for developmental surveillance and screening. Pediatrics, 118(1), 405–420. https://doi.org/10.1542/peds.2006-1231

9.Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2009). Ages & stages questionnaires®, third edition (ASQ-3): A parent-completed child monitoring system. Brookes Publishing.

10.Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand KJ. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. JAMA. 2002;288(6):728–737.

11.Luu TM, Ment LR, Schneider KC, Katz KH, Allan WC, Vohr BR. Lasting effects of preterm birth and neonatal brain injury on social-emotional development. Pediatrics. 2009;123(1):103–113.

12.Zimmerman FJ, Gilkerson J, Richards JA, Christakis DA, Xu D, Gray S, et al. Teaching by listening: The importance of adult-child conversations to language development. Pediatrics. 2009;124(1):342–349.

13.Weisleder A, Fernald A. Talking to children matters: Early language experience strengthens processing and builds vocabulary. Psychol Sci. 2013;24(11):2143–2152.

14.Christakis DA. Interactive media use at younger than the age of 2 years: Time to rethink the American Academy of Pediatrics guideline? JAMA Pediatr. 2014;168(5):399–400.

15.Luby JL, Belden A, Harms MP, Tillman R, Barch DM. Preschool is a sensitive period for the influence of maternal support on the trajectory of hippocampal development. Proc Natl Acad Sci U S A. 2013;110(25):9702–9707.

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

Nursing care for diabetic patients: 2 case studies at Sam Phong Subdistrict Health Promoting Hospital Sri Songkhram District, Nakhon Phanom Province.

(Received: May 30,2025 ; Revised: July 24,2025 ; Accepted: July 25,2025)

สุมารินทร์ สรณ์สุรินทร์[1]
Sumarin Sornsurin[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน กรณีศึกษา 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย 2) การสัมภาษณ์ 3) การสังเกต พฤติกรรม 4) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดจากแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยการศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การประสานงาน ติดต่อพยาบาลที่รับผิดชอบในคลินิกเบาหวาน การประเมินสภาพผู้ป่วย การศึกษาตามกระบวนการพยาบาล และการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และสุขภาพเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และออกกำลังกายไปในทางที่ดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น อาการเครียด และวิตกกังวลลดลงจากการได้รับคำปรึกษา ผู้ป่วยมีแนวโน้มลดการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา หรือสามารถหยุดพฤติกรรมดังกล่าวได้ ผลการรักษาเบาหวานทั้งสองรายมีผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีแนวโน้มในการควบคุมโรคได้ดีกว่าเนื่องจากให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 ยังคงมีปัญหาในการปรับตัว และยังมีพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนในอนาคต

คำสำคัญ : การพยาบาล, โรคเบาหวาน, น้ำตาลในเลือดสูง

Abstract

The purpose of this 2 case study was to study the results of nurses in diabetic patients, two case studies. The tools used include 1) a data recording form from a patient's medical record, 2) an interview, 3) behavioral observation, and 4) a nursing record form. Using concepts from Gordon's 11 health plans. Don collects data, including statistical studies of diabetic patients. Research documents and related research, coordination, contacting the nurse in charge of the diabetes clinic, Assessment of patient condition, Education according to the nursing process, and following the nursing process.

The results of the study found that both patients had an understanding of diabetes. and increased health There is a change in food consumption behavior. Exercise in a better way. Blood sugar levels decrease, and blood pressure can be controlled better. Symptoms of stress and anxiety decrease from receiving counseling. Patients tend to reduce smoking and drinking alcohol or can stop such behaviors. The results of the two diabetes treatments were different. Patient 1 is likely to have better disease control because he cooperates in changing health behaviors. While the second patient still had problems adjusting. and have risky behavior. This may lead to complications in the future.

Keywords: nursing, diabetes, high blood sugar

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผง

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภาวะเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินกว่าปกติ สาเหตุหลักเกิดจากการที่ร่างกายผลิตฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ไม่เพียงพอ หรือร่างกายไม่ตอบสนองต่ออินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ เรียกว่าภาวะดื้ออินซูลิน ในบางกรณี ผู้ป่วยอาจเผชิญกับทั้งภาวะขาดอินซูลินและภาวะดื้ออินซูลินพร้อมกัน ซึ่งทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยากขึ้นระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอย่างต่อเนื่องและไม่ได้รับการควบคุมอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆ ทั่วร่างกาย โดยเฉพาะในระยะยาว ภาวะนี้อาจก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนในหลายระบบ เช่น ตา ไต เส้นประสาท และสมอง รวมถึงหัวใจ และหลอดเลือด นอกจากนี้โรคเบาหวานยังสามารถส่งผลกระทบต่อการทำงานของเท้า ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาที่รุนแรง เช่น การเกิดแผลเรื้อรัง หรือการสูญเสียอวัยวะในที่สุด โดยเฉพาะในระยะยาว ภาวะนี้อาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนในหลายระบบ เช่น โรคจอประสาทตาจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง ความเสียหายต่อเส้นประสาท โรคหัวใจ และหลอดเลือด นอกจากนี้เบาหวานยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพเท้า อาจนำไปสู่การเกิดแผลเรื้อรัง และการสูญเสียอวัยวะหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม[1] โรคเบาหวานจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องจะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ[2]

จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2566 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกอยู่ที่ 537 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึง 6.7 ล้านคนต่อปี หรือเท่ากับ 1 รายในทุก ๆ 5 วินาที ในประเทศไทยโรคเบาหวานมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 300,000 คนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในระบบสาธารณสุขประมาณ 3.3 ล้านคน ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่าในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี รายงานยังระบุว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนมากยังขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น โรคหัวใจ ไตวาย ตาบอด และปัญหาเกี่ยวกับเท้า อันเป็นผลสืบเนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อย่างเหมาะสม[3] ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ จอตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า และขา[4] ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลง เกิดความสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งทางตรง และทางอ้อม[5]

ในจังหวัดนครพนม พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566 พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเท่ากับ 501.11 , 470.41 และ 545.04[6] การศึกษารายกรณีโรคเบาหวานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในบริบทของการพยาบาล ซึ่งมีภารกิจในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพภายในจังหวัด โดยเฉพาะกับอุบัติการณ์โรคเบาหวานที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี จากการประเมินสถานการณ์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัวยังขาดความรู้ และความเข้าใจที่จำเป็นในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้การรักษาไม่บรรลุผล

ตามที่คาดหวัง เพื่อรับมือกับปัญหานี้ จึงได้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน[7] โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีความรู้ และมีความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ถูกต้องตามสิทธิตนเองได้ ด้วยเหตุนี้การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อสร้างแนวทางในการวางแผน และจัดการการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดนครพนมสามารถทำได้ดีขึ้น และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

ศึกษาผลพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้มุ่งเป้าหมายเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในกรณีศึกษา 2 ราย ซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผง. โดยดำเนินการศึกษาในช่วงระหว่างวันที่ 1-31 มกราคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลเพื่อรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย 2) การสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ 3) การสังเกต สังเกตพฤติกรรม และอาการแสดงของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการศึกษา 4) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดจากแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns)[8] เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยแบ่งเป็น 11 ด้านต่าง ๆ เพื่อให้การวางแผนการพยาบาลมีความชัดเจน อย่างเช่น ด้านสุขภาพกาย, ด้านการนอนหลับ, ด้านการรับประทานอาหาร, ด้านการจัดการความเครียด เป็นต้น

กระบวนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้ 1) การศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน 2) การประสานงาน ติดต่อพยาบาลที่รับผิดชอบในคลินิกเบาหวานเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม แนะนำตัวกับผู้ป่วย และญาติ และขออนุญาตเพื่อเก็บข้อมูล โดยคำนึงถึงประเด็นทางจริยธรรม เช่น ผู้รับบริการต้องสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง ปฏิบัติแต่สิ่งที่ดีให้แก่ผู้รับบริการ ไม่ทำให้ผู้รับบริการได้รับความเสียหาย ยึดถือผลประโยชน์เป็นสำคัญ ให้ความยุติธรรม และความเป็นธรรม และการคุ้มครองผู้รับบริการ[9] 3) การประเมินสภาพผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล ทำการประเมิน และติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 4) การศึกษาตามกระบวนการพยาบาล มีขั้นตอนดังนี้ (1) ประเมิน และรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในการประเมิน (2) ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามข้อมูลที่ได้ (3) วางแผนการพยาบาลโดยคำนึงถึงความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วย (4) ดำเนินการพยาบาลตามแผนการพยาบาล (5) ประเมินผลการพยาบาลและปรับแผนให้เหมาะสมกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย 5) สรุปผลการศึกษาเรียบเรียงเนื้อหาโดยใช้หลักวิชาการ และการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล จากนั้นเผยแพร่ข้อมูลไปยังหน่วยงานภายใน และหน่วยงานภายนอก

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด โดยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เริ่มจากการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและชัดเจนก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล จัดทำเอกสารแสดงความยินยอมให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติอ่านและลงนามโดยสมัครใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการศึกษา จะไม่ส่งผลกระทบต่อการรับบริการทาง

สุขภาพในปัจจุบันหรือในอนาคต ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัย และไม่เปิดเผยชื่อ หรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้ การศึกษาไม่มีขั้นตอนใดที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงต่อสุขภาพกายหรือจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องให้เหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาใด ๆ

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแผนการพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 48 ปี สถานภาพ หม้าย การวินิจฉัย โรคเบาหวานประเภทที่ 2 (Diabetes Mellitus Type 2) อาการปัจจุบัน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีแผลที่เท้าซ้าย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 °C, ชีพจร 80 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 135/87 มม.ปรอท ดัชนีมวลกาย (BMI): 32.20 (ภาวะอ้วน) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ น้ำตาลในเลือด (Glucose) 278 mg% HbA1C 9.40% (ควบคุมน้ำตาลไม่ดี) eGFR 54.70 ml/min/1.73m (มีภาวะไตเสื่อมระดับต้น) Creatinine 2.30 mg/dL (ไตทำงานผิดปกติ) พฤติกรรมสุขภาพ สูบบุหรี่วันละ 10 มวนเป็นระยะเวลากว่า 15 ปี	**ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2** ชายไทย อายุ 50 ปี การวินิจฉัย Diabetes mellitus type 2 with Hypertension ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน อุณหภูมิร่างกาย 37.0 °C ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 144/86 mmHg น้ำหนัก 85 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI 29.41 (ภาวะน้ำหนักเกิน) รอบเอว 97 เซนติเมตร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ Glucose 364 mg% HbA1C 10.7% eGFR 43.01 ml/min (การทำงานของไตลดลง) Creatinine 1.60 mg/dL ยาที่ได้รับ Mixtard 70/30 เช้า 40 ยูนิต SC ac Mixtard 70/30 เย็น 44 ยูนิต SC ac ยากินสำหรับควบคุมความดันโลหิต
การวิเคราะห์ปัญหาตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการจัดการสุขภาพ มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน คิดว่าสูบบุหรี่ช่วยลดความเครียด แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ บริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง สูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ออกกำลังกายน้อย เนื่องจากอาการปวดเข่าและขาดแรงจูงใจ แบบแผนที่ 6 การรับรู้และความคิด มีภาวะแทรกซ้อนที่ดวงตาเริ่มต้นจากเบาหวาน แบบแผนที่ 10 การเผชิญปัญหาและความเครียด สูบบุหรี่เป็นวิธีการรับมือกับความเครียด	**การประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน** แบบแผนที่ 1. การรับรู้และการจัดการสุขภาพ ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่เพียงพอ ยังคงดื่มสุราเป็นประจำ และไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ขาดแรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและดูแลสุขภาพตนเอง แบบแผนที่ 2. โภชนาการและการเผาผลาญ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง ดื่มสุราทุกวัน ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI = 29.41) และมีรอบเอวเกินมาตรฐาน (97 ซม.) แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำ มีกิจวัตรประจำวันที่ไม่ค่อยเคลื่อนไหวมากนัก แบบแผนที่ 5 การนอนหลับและพักผ่อน ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับ อาจเกิดจากความเครียดและผลข้างเคียงจากแอลกอฮอล์ หลับไม่สนิท ตื่นกลางดึกบ่อยครั้ง แบบแผนที่ 6. การรับรู้และการทำหน้าที่ของระบบประสาท มีอาการมึนศีรษะบ่อยครั้ง อาจเกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและผลกระทบจากแอลกอฮอล์ มีปัญหาด้านสายตา ซึ่งอาจเป็นผลมาจากโรคเบาหวาน แบบแผนที่ 7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยรู้สึกเครียดและกังวลเกี่ยวกับโรคของตนเอง แต่ยังขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแผนการพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	แบบแผนที่ 8. บทบาทและความสัมพันธ์ มีปัญหาความสัมพันธ์กับครอบครัว เนื่องจากพฤติกรรมการดื่มสุราและการไม่ดูแลสุขภาพตนเอง แบบแผนที่ 10 การเผชิญปัญหาและความอดทนต่อภาวะเครียด ผู้ป่วยใช้การดื่มสุราเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียด มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของตนเอง แบบแผนที่ 11. คุณค่าและความเชื่อ ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพระยะยาว
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการสูบบุหรี่ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวาย และแผลที่เท้า ขาดความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อโรคเบาหวาน ภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน รูปแบบการใช้ชีวิตที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลต่อการจัดการโรค	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล** ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองไม่เพียงพอ เนื่องจากยังมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง ระดับน้ำตาลในเลือดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการดื่มสุรา เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น โรคไต โรคตา และความดันโลหิตสูง ขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย ภาวะซึมเศร้า และความเครียดเกี่ยวข้องกับการมีโรคเรื้อรังและปัญหาครอบครัว
แผนการพยาบาล 1.ให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ต่อโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการเพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด 2.ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีเลิกบุหรี่ เช่น การใช้สารทดแทนนิโคติน และการสนับสนุนจากครอบครัว 3.ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดินหรือโยคะ 4.ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการควบคุมปริมาณแคลอรี 5.ประเมินและติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะแทรกซ้อนเป็นประจำ 6.ประสานงานกับนักโภชนาการและแพทย์เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพมากขึ้น มีแรงจูงใจในการลดการสูบบุหรี่ โดยลดลงเหลือ 5 มวนต่อวัน สามารถเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดเริ่มลดลงเล็กน้อย HbA1C ลดลงเหลือ 8.7% สุขภาพจิตดีขึ้น เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพ **สรุป** จากกรณีศึกษานี้ พบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและเพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การให้คำแนะนำเรื่องการเลิกบุหรี่ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการและการออกกำลังกายสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น การพยาบาลที่เน้นการให้ความรู้ การสนับสนุนทางอารมณ์ และการดูแลแบบองค์รวมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ให้ความรู้เรื่องโทษของสุราต่อโรคเบาหวาน อธิบายผลกระทบของสุราที่ทำให้ระดับน้ำตาลไม่คงที่ และเพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน 2.ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการลดปริมาณสุราทีละน้อย แนะนำเครื่องดื่มทางเลือก และสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมอื่น ๆ แทนการดื่ม 3.แนะนำโภชนาการที่เหมาะสม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง และลดการรับประทานอาหารร่วมกับการดื่มสุรา 4.สนับสนุนให้มีการออกกำลังกาย ช่วยออกแบบกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย 5.ดูแลสุขภาพจิต ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียดและส่งเสริมการพูดคุยกับครอบครัว **การประเมินผล** ผู้ป่วยเข้าใจผลกระทบของสุราต่อโรคเบาหวานและพยายามลดปริมาณการดื่ม ค่า HbA1C มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการควบคุมอาหารดีขึ้น ผู้ป่วยเริ่มมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น สุขภาพจิตดีขึ้น และมีการนอนหลับที่ต่อเนื่องมากขึ้น **สรุป** จากการดูแลผู้ป่วยรายนี้ พบว่า การให้ความรู้และการสนับสนุนที่เหมาะสมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การติดตามผลอย่างต่อเนื่องยังเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะการลดการดื่มสุรา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อโรคเบาหวานและสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย

สรุปและข้อเสนอแนะจากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

การศึกษาผลการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน กรณีศึกษา 2 ราย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และมีโรคแทรกซ้อนเหมือนกัน สามารถสรุปผลการศึกษากรณีศึกษา 2 ราย ได้ดังนี้

การประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 1. แบบแผนการรับรู้และการจัดการสุขภาพ ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่เพียงพอ ยังคงดื่มสุราเป็นประจำและสูบบุหรี่ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม ขาดแรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและดูแลสุขภาพตนเอง 2. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง ดื่มสุราทุกวันและสูบบุหรี่ ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI = 29.41) และมีรอบเอวเกินมาตรฐาน (97 ซม.) 4. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำ มีกิจวัตรประจำวันที่ไม่ค่อยเคลื่อนไหวมากนัก 5. แบบแผนการนอนหลับและพักผ่อน ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับ อาจเกิดจากความเครียดและผลข้างเคียงจากแอลกอฮอล์และบุหรี่ หลับไม่สนิท ตื่นกลางดึกบ่อยครั้ง 6. แบบแผนการรับรู้และการทำหน้าที่ของระบบประสาท มีอาการมึนศีรษะบ่อยครั้ง อาจเกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและผลกระทบจากแอลกอฮอล์และบุหรี่ มีปัญหาด้านสายตา ซึ่งอาจเป็นผลมาจากโรคเบาหวาน 7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยรู้สึกเครียดและกังวลเกี่ยวกับโรคของตนเอง แต่ยังขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 8. แบบแผนบทบาทและความสัมพันธ์ มีปัญหาความสัมพันธ์กับครอบครัว เนื่องจากพฤติกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการไม่ดูแลสุขภาพตนเอง 10. แบบแผนการเผชิญปัญหาและความอดทนต่อภาวะเครียด ผู้ป่วยใช้การดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นวิธีผ่อนคลายความเครียด มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของตนเอง 11. แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพระยะยาว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสูบบุหรี่และดื่มสุราส่งผลเสียต่อสุขภาพและการควบคุมโรคเบาหวาน

กิจกรรมการพยาบาล ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและผลกระทบจากการดื่มสุราและสูบบุหรี่แก่ผู้ป่วย จัดทำแผนโภชนาการและออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ประเมินและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและจัดกิจกรรมสนับสนุนจากครอบครัว ประสานงานกับแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาให้เหมาะสม สนับสนุนให้ผู้ป่วยลดหรืองดการสูบบุหรี่และดื่มสุรา โดยให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางในการเลิกพฤติกรรมดังกล่าว

การประเมินผล ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และสุขภาพเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น อาการเครียดและวิตกกังวลลดลงจากการได้รับคำปรึกษา ผู้ป่วยมีแนวโน้มลดการสูบบุหรี่และดื่มสุรา หรือสามารถหยุดพฤติกรรมดังกล่าวได้

การเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

1. ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 โดยสามารถลดปริมาณการสูบบุหรี่

และดื่มสุราได้บางส่วน ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 ยังไม่สามารถลดพฤติกรรมเหล่านี้ได้อย่างชัดเจน

2. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยรายที่ 1 มีแนวโน้มลดลงและสามารถควบคุมได้ดีกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งยังมีระดับน้ำตาลที่สูงและไม่สม่ำเสมอ

3. ผู้ป่วยรายที่ 1 เริ่มมีการออกกำลังกายบ้าง ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 ยังคงมีกิจกรรมทางกายน้อย

4. ด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความเครียดลดลงหลังได้รับการให้คำปรึกษา และสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ยังคงมีความวิตกกังวล และใช้การดื่มสุราเป็นทางออก

สรุปผลการรักษา

จากการศึกษากระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานกรณีศึกษา 2 ราย พบว่าแม้ทั้งสองรายจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีปัญหาสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน แต่ผลลัพธ์ในการควบคุมโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีความร่วมมือในการดูแลตนเองมากกว่า โดยสามารถลดการสูบบุหรี่ เลือกรับประทานอาหารที่ดีขึ้น และเริ่มออกกำลังกาย ส่งผลให้ระดับ HbA1C ลดลง และสุขภาพจิตดีขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 ยังไม่สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา การกินอาหารไม่เหมาะสม และไม่ออกกำลังกาย ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดยังคงสูงต่อเนื่อง และยังมีปัญหาทางอารมณ์และความสัมพันธ์กับครอบครัว

สรุปและอภิปรายผล

ความแตกต่างของผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยทั้งสองรายอาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย ได้แก่

1. แรงจูงใจและความร่วมมือของผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 1 แสดงออกถึงแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และมีแนวโน้มตอบสนองต่อการให้คำปรึกษาได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem's Self-Care Theory ที่ระบุว่าการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับแรงจูงใจ ความรู้ และความสามารถในการจัดการตนเอง[10]

2. ปัจจัยด้านสุขภาพจิตและครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยรายที่ 1 ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Baig et al.[11] ที่พบว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการช่วยผู้ป่วยเบาหวานปรับพฤติกรรมและควบคุมโรคได้ดีขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 ยังมีปัญหาความเครียด ความวิตกกังวล และความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี ทำให้ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

3. พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

การสูบบุหรี่และการดื่มสุราในทั้งสองรายส่งผลกระทบอย่างมากต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะในรายที่ 2 ที่ยังไม่สามารถลดหรือเลิกพฤติกรรมดังกล่าวได้ ทำให้ระดับ HbA1C ยังคงสูงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ American Diabetes Association[12] ที่ระบุว่าการสูบบุหรี่และดื่มสุราเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน รวมถึงลดประสิทธิภาพของการรักษา

4. แนวทางการพยาบาลแบบองค์รวม

การใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยได้อย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และบริบททางสังคม ทำให้สามารถวางแผนการดูแลได้ตรงจุด และเหมาะสมกับแต่ละบุคคล ซึ่งได้รับการสนับสนุนโดยงานวิจัยของ Jarrin[13] ที่เสนอว่าการพยาบาลเชิงองค์รวมมีผลต่อความพึงพอใจ และผลลัพธ์ของผู้ป่วยในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามและสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง

2. ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่และสุราเพื่อเพิ่มโอกาสในการควบคุมโรค

3. จัดกิจกรรมให้ความรู้และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ

4. สนับสนุนให้ครอบครัวมีบทบาทในการช่วยผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5. ใช้เทคนิคทางจิตวิทยา เช่น การให้รางวัลและการสร้างแรงบันดาลใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. Clinical practice guideline for Diabetes 2023. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด; 2566
2. วรรณี นิธิยานันท์. (2557). ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: วิวัฒน์การพิมพ์.
3. สุรีพร คนละเอียด. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย
4. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยฯ, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย
5. สถาบันวิจัย และประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ.(2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560: Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด. 2560.
6. เฉลาศรี เสงี่ยม. (2558). การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน. ใน ศิริอร สินธุ และพิเชต วงรอต (บรรณาธิการ). การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพมหานคร: สมาคมผู้จัดการรายกรณีประเทศไทย. 9–46
7. Nakhon Phanom Provincial Public Health Office., (2024). Datacenter Public. Available Source: https://datacenter-npm.moph.go.th/datacenter/index.php January 30, 2024.
8. พรศิริ พันธสี. (2552). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ : พิมพ์อักษร จำกัด.
9. รัชนี ผิวผ่อง. (2565). เอกสารประกอบการสอนวิชา 9552203 การประเมินภาวะสุขภาพ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์.
10. Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of Practice (6th ed.). Mosby.
11. Baig, A. A., Benitez, A., Quinn, M. T., & Burnet, D. L. (2015). Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. Annals of the New York Academy of Sciences, 1353(1), 89–112.
12. American Diabetes Association. (2023). Standards of Medical Care in Diabetes—2023. Diabetes Care, 46(Suppl 1): S1–S291.
13. Jarrín, O. F. (2012). The integrative review of nursing scholarship: from evidence-based practice to evidence-informed practice. Advances in Nursing Science, 35(1), 51–60.

ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดเปรียบเทียบกับการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารร่างกายด้วยโยคะในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง

Effects of Physical therapy Compared with Physical Therapy Combined with Yoga Exercise in Patients with Low Back Pain.

(Received: August 4,2025 ; Revised: August 10,2025 ; Accepted: August 13,2025)

สมสาย ชินะภัทรพงศ์[1]
Somsai Chinapattarapong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการรักษาทางกายภาพบำบัดและการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารร่างกายด้วยโยคะต่อคะแนนความเจ็บปวดความสามารถในการทรงตัว ความยืดหยุ่นของลำตัวและความบกพร่องในการทำหน้าที่ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง เป็นการศึกษากึ่งทดลองก่อนและหลังการรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่เข้ารับบริการทางกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู รพ.จอมทอง จ.เชียงใหม่ ผู้ป่วยจำนวน 56 คน ถูกคัดเข้ามาในการศึกษาครั้งนี้และจะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มโดยการสุ่ม กลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดและการบริหารร่างกายด้วยโยคะ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งจะถูกประเมินด้วย คะแนนความเจ็บปวด ความสามรถในการทรงตัว ความยืดหยุ่นของลำตัวและความบกพร่องในการทำหน้าที่ (คะแนนจากแบบสอบถาม ODI ฉบับภาษาไทย) ซึ่งจะถูกวิเคราะห์ด้วยข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test และ Paired t- test ในตัวแปรที่มีการกระจายตัวปกติและสถิติ Mann-Whitney U Test และ Wilcoxon Signed Rank Test ในตัวแปรที่มีการกระจายตัวไม่ปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา อาสาสมัครจำนวน 52 คน เสร็จสิ้นการรักษาตามแผนที่วางไว้โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 27 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน ตัวแปรในการศึกษาคะแนนความเจ็บปวด เมื่อเทียบกันก่อนและหลังการรักษาของทั้งสองกลุ่มมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและในกลุ่มทดลองแสดงให้เห็นถึงการลดลงของคะแนนความเจ็บปวดที่มากกว่ากลุ่มควบคุม ตัวแปรในด้านของความสามารถในการทรงตัว ความยืดหยุ่นของลำตัวและความบกพร่องในการทำหน้าที่ (คะแนน ODI) ของทั้งสองกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่ม

คำสำคัญ: อาการปวดหลังส่วนล่าง , การบริหารร่างกายด้วยโยคะ, การรักษาทางกายภาพบำบัด, การศึกษาเชิงทดลอง

Abstract

This study aimed to compare the effects of physical therapy treatment with physical therapy treatment combined with yoga on pain intensity, balance , trunk flexibility, and functional disability in patients Low back pain. There was pre – and post – treatment experimental study conducted at the Department of Rehabilitation Medicine and the Department of Physical Therapy ,Chom Thong Hospital ,Chiang Mai Province. A total of 56 participants with low back pain were randomly assigned to either and experimental group (physical therapy treatment combined with yoga) or a control group (physical therapy treatment alone). Both group received 60 – minute sessions, twice weekly for a duration of four weeks. Outcome measures included pain scores , balance ability ,trunk flexibility , and Thai version ODI scores . Data were analyzed using the independent t-test and paired t-test for normally distributed variables , and the Mann- Whitney U test and Wilcoxon signed –rank test for non –normally distributed variables statistical significance was set at $p<0.05$

[1] นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

Results : Of the 56 participant , 52 completed the intervention (27 in the experimental group and 25 in the control group). Both groups demonstrated statistically significant improvements in pain scores from pre –to post – intervention. However , the experiment group showed a significantly greater reduction in post –treatment pain scores compared to the control group (P<0.05). Although balance , trunk flexibility , and ODI score improve significant differences for these variables .

Keywords: Low back pain , yoga , Physical therapy treatment and experimental study design.

บทนำ

อาการปวดหลัง (Back pain) โดยเฉพาะปวดหลังส่วนล่าง หรือปวดเอว (Low back pain) เป็นปัญหาที่พบบ่อยมากในเวชปฏิบัติทั่วไป เป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบได้บ่อยอันดับสอง รองจากโรคระบบทางเดินหายใจส่วนต้นอักเสบ ซึ่งเป็นสาเหตุของการหยุดงานและความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย[1] และยังเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความพิการของคนทั่วโลก ซึ่งในปี พ.ศ. 2533 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังล่างทั่วทั้งโลกมีจำนวนทั้งสิ้น 43.4 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2563 พบว่าจำนวนผู้ป่วยอาการปวดหลังล่างทั่วโลกมีเพิ่มขึ้นมากถึง 619 ล้านคน ซึ่งพบได้มากในกลุ่มประชากรทวีปยุโรปกลาง ยุโรปตะวันออก และกลุ่มทวีปออสเตรเลีย โดยกลุ่มทวีปเอเชียตะวันออกมีอัตราการเกิดผู้ป่วยอาการปวดหลังล่างต่ำที่สุด แต่อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มว่า ภายในปี พ.ศ. 2563 จำนวนของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 36.4 หรือประมาณ 843 ล้านคน[2] จากการสืบค้นข้อมูลผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2568 พบว่าในประเทศไทยพบกลุ่มประชากรที่มีปัญหาอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานทั้งสิ้น 86,678 ราย[3] ส่วนใหญ่มักพบในกลุ่มอายุ 15-59 ปี (53,900 ราย) และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (32,482 ราย) ซึ่งพบมากในเขตสุขภาพที่ 8 (28,468 ราย) โดยเขตสุขภาพที่ 1 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 2,220 ราย[3] จากการสืบค้นข้อมูลจำนวนผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาลจอมทอง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2563-2567 พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดหลังล่างรวมทั้งสิ้น 3,433 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 5.2 จากจำนวนประชากรทั้งหมดในเขตอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ 66,248 ราย[4] จากการศึกษาของ ณัฐพงศ์ และคณะ ในปี พ.ศ.2564 เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังล่างของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังล่างถูกแบ่งออกเป็นสองส่วน ได้แก่ปัจจัยภายใน อาทิ ดัชนีมวลกายที่เกินมาตราฐาน และความเครียด อีกทั้งปัจจัยภายนอก อาทิ การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ใช้เตียงปรับระดับความสูงได้ในการเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วย และการไม่ใช้เก้าอี้เตี้ยสำหรับวางเท้าในการเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วยขณะการทำงาน เป็นต้น[5]

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ กชกร และคณะ ในปี พ.ศ. 2565 เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างในพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอย อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่าง ได้แก่ น้ำหนักของถังขยะ รูปทรงต่างๆ ของถังขยะ และแรงสนับสนุนทางสังคม ($p < 0.05$)[6] จากการศึกษาของ วงศักดิ์ และคณะ ในปี พ.ศ. 2548 เกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่ออาการปวดหลังล่าง ได้แก่ ดัชนีมวลกายที่เกินมาตราฐาน ความยืดหยุ่นของร่างกายที่ไม่ดี ผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกาย ระยะเวลาที่ใช้ในการนั่งขับรถ การนั่งขับรถเอนตัวไปข้างหน้า และพิงร่างกายส่วนบนไว้กับพวงมาลัยรถ ความรู้สึกว่ามีแรงสั่นสะเทือนบริเวณเบาะคนนั่งขับ และการนั่งอยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานาน ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงโดยตรงต่อหลังส่วนล่างทั้งสิ้น[7] จากการศึกษา

เหล่านี้แสดงให้เห็นว่าเกิด สาเหตุของการเกิดอาการปวดหลังล่าง มักเกิดจากการบาดเจ็บหรือการอักเสบของกล้ามเนื้อและเอ็นของกระดูกสันหลัง จากการใช้อิริยาบถที่ไม่ถูกต้องเป็นเวลานาน การใช้งานหลังที่ไม่ถูกต้อง เช่น ก้มยกของหนัก (1) รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลเช่นความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว เป็นต้น[8]

แนวทางการรักษาอาการปวดหลังล่างที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ควรคำนึงถึงสุขภาพทางกาย สุขภาพทางใจ รวมถึงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่ออาการปวดหลังส่วนล่างทั้งการปรับพฤติกรรมและลักษณะการทำงาน รวมไปถึงความรู้เบื้องต้นเช่น การดูแลตัวเองเมื่อมีอาการเจ็บปวด การเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ เช่น การทำกายภาพบำบัดเพื่อลดอาการปวด ซึ่งเป็นที่รู้จักกันในวงกว้างในระบบสาธารณสุขในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ไม่ว่าจะเป็นการใช้คลื่นเหนือเสียงเพื่อสร้างความร้อน (Ultrasound therapy) การกระตุ้นไฟฟ้าเพื่อลดอาการปวด (Electrical stimulation) หรือจัดดัด ดึง ข้อต่อ (Mobilization) ล้วนมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง [9,10,11] อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดซ้ำของอาการปวดหลังส่วนล่างอยู่ที่ 40% ภายใน 12 เดือน[12] การป้องกันการเกิดซ้ำจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่เข้ามามีบทบาทในกระบวนการการรักษาในระบบสาธารณสุขเพื่อความยั่งยืนของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเป็นที่รู้กันดีว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพในหลากหลายด้าน ทั้งนี้การออกกำลังกายมีหลายประเภท ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนโลหิต หรือความยืดหยุ่นของร่างกาย รวมไปถึงการออกกำลังกายที่ถูกออกแบบมาเพื่อการรักษา[13] เช่นการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของลำตัว เช่น ไทชิและโยคะ ที่ผู้ป่วยสามารถนำกลับไปปฏิบัติตามได้จากคำแนะนำของนักกายภาพบำบัด เพื่อลดและป้องกันความรุนแรงของอาการที่มีได้[14] จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาของคุณ Singphow et al., พบว่าการทำออกกำลังกายด้วยโยคะมีประโยชน์ในหลากหลายด้าน อาทิด้านของสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า) รวมไปถึงด้านการเคลื่อนไหวของลำตัว พบว่ามีการเคลื่อนไหวของหลังส่วนล่างที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่น การก้มตัว การแอ่นตัว และการเอียงตัว หลังจากการออกกำลังกายด้วยโยคะในกลุ่มคนที่ต้องนั่งทำงานหน้าคอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลานาน[15] อย่างไรก็ตามประชาการในอำเภอจอมทองมักจะประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งมีวิถีชีวิตที่แตกต่างออกไปจากการศึกษาก่อนหน้า ซึ่งทำให้ผลของการออกกำลังกายด้วยโยคะในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังล่างจากการศึกษาก่อนหน้าไม่สามารถนำมาประยุกต์ร่วมกับการรักษาด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดได้ ด้วยเหตุนี้จึงเป็นที่มาและความสำคัญของการศึกษาในครั้งนี้ ร่วมด้วยบริบทของโรงพยาบาลจอมทองที่มีแนวโน้มพบผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังล่างเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องศึกษาเพื่อหาวิธีการการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพประกอบกับการทำกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลจอมทอง เพื่อช่วยลดระยะเวลาการรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างยั่งยืน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังล่าง ในอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของการรักษาทางกายภาพบำบัด และการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารร่างกายด้วยโยคะ ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ที่เข้ารับบริการทางกายภาพบำบัด โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้การเปรียบเทียบผลการทดลองระหว่างกลุ่มการทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบผลของการรักษาทางกายภาพบำบัด (Physical therapy treatment; control group) และการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารร่างกายด้วยโยคะ (Physical therapy treatment combined with Yoga exercise; experimental group) ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ต่อค่าความเจ็บปวด (pain scale) ความสามาถในการทรงตัว (Time up and go test) ความยืดหยุ่นของลำตัว (Sit and reach test) และความบกพร่องในการทำหน้าที่ (Oswestry Disability Index; ODI)

กลุ่มประชากรที่วิจัย และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังล่างที่มีอายุตั้งแต่ 25-59 ปี ที่เข้ารับบริการทางกายภาพบำบัด โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่ามีอาการปวดหลังส่วนล่าง (ICD10 M5455) มีความเข้าใจ-สื่อสารภาษาไทย และปฏิบัติตามคำสั่งได้ สามารถเดินได้เองอย่างอิสระ ไม่ใช้เครื่องช่วยเดิน โดยไม่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยกระดูกขาและสะโพกหัก ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ผ่าตัดซ่อมแซมเส้นเอ็นข้อเข่า และผู้ป่วยผ่าตัดซ่อมแซมและเปลี่ยนข้อสะโพกหักทุกรูปแบบ ผู้พิการและผู้มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ผู้ที่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์ และผู้ที่เข้ารับการรักษาไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด (น้อยกว่า 8 ครั้ง)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจาก งานวิจัยของ จามรี อัศวภารุจ[16] คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*POWER version 3.1.9.7 Effect size d 0.5, power 0.95, αerror 0.05 (16) ซึ่งคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างละ 25 รายต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการตกหล่นและสูญหายของข้อมูล จึงได้มีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ของอาสาสมัคร ซึ่งคิดเป็น 3 รายต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 56 ราย ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด และทำการจับฉลากโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กำหนดให้กลุ่ม Experimental group เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารร่างกายด้วยโยคะ และกลุ่ม Control group เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลจอมทอง ผู้วิจัยดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความรู้เรื่องการออกกำลังกายด้วยโยคะในผู้ป่วยปวดหลังล่าง โดยได้ทำการทบทวนศึกษา ค้นคว้าเพิ่มเติม จากบทความ สื่อการเรียนการสอน งานวิจัย และการศึกษาก่อนหน้านี้ รวมทั้งพัฒนาทักษะการออกกำลังกายด้วยโยคะ โดยฝึกปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดความชำนาญ

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้และหา ค่าความเที่ยงก่อนการใช้งาน

1.3 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ และผู้มารับบริการโรงพยาบาลจอมทอง โดยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลจอมทองพร้อมโครงร่างวิจัยฯ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเข้าเก็บข้อมูลงานวิจัย

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.5 แจ้งข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ และให้เซ็นยินยอมเอกสารการเข้าร่วมการวิจัย โดยนัดหมายการทำกิจกรรมตามโครงการวิจัย

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยให้ผู้ทำการทดลองจับฉลากหมายเลขกลุ่ม และทำการประเมินสมรรถภาพร่างกายทางกายภาพบำบัด ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ แบบประเมินความเจ็บปวด และแบบประเมินสมรรถภาพทางกายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1. มาตราวัดอาการปวดด้วยตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) หมายถึง เครื่องมือการประเมินความเจ็บปวดด้วยการบอกตัวเลข ซึ่งมีตัวเลข 0-10 โดยเลข 0 แปลผลว่าไม่มีความเจ็บปวดเลย และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆตามความปวดจนถึงเลข 10 แปลผลว่ามีความเจ็บปวดมากที่สุด[17]

2. การทดสอบนั่งงอตัวไปข้างหน้า (Sit and reach test) หมายถึง เครื่องมือการประเมินความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างและต้นขาด้านหลัง โดยวัดระยะเป็นเซนติเมตร[18]

3. การประเมินความสามารถในการทรงตัวขณะเดิน (Time up and go test) หมายถึง เครื่องมือการประเมินความเสี่ยงการหกล้มในขณะเดิน โดยวิธีการทำการทดสอบให้ผู้ทดสอบลุกเดินจากเก้าอี้ไป-กลับเป็นระยะทางรวม 6 เมตร และจับเวลาเป็นวินาที เกณฑ์เสี่ยงล้ม มากกว่า 15 วินาที[19]

4. ความบกพร่องในการทำหน้าที่ (Oswestry Disability Index; ODI) 1.0 ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยปวดหลัง หมายถึงเครื่องที่ใช้ประเมินความพิการในผู้ป่วยปวดหลังล่าง[20]

2.2 การรักษาทางกายภาพบำบัดได้แก่

2.2.1 ประคบอุ่น: โดยใช้แผ่นประคบอุ่นขนาดความกว้าง 10 นิ้ว และความยาว 22 นิ้ว ห่อด้วยผ้าขนหนูหนา 8 ชั้น ว่างบริเวณหลังส่วนล่างในท่านอนหงาย โดยใช้เวลาทั้งสิ้น 20 นาที[21]

2.2.2 การรักษาด้วยคลื่นเสียง: บริเวณหลังส่วนล่าง โดยใช้เวลาทั้งสิ้น 5 นาที (คลื่นแบบต่อเนื่อง ความถี่ 1 เฮิรตซ์ ความเข้ม 1.0 วัตต์/ตารางเซนติเมตร)[22]

2.2.3 การบริหารร่างกายด้วยท่าออกกำลังกายทางกายภาพบำบัด

1) ท่า Abdominal hollowing มีขั้นตอนดังนี้

- นอนหงายชันเข่าทั้ง 2 ข้าง หายใจเข้า-ออก (เน้นหายใจโดยใช้ท้องส่วนล่าง) อย่างช้าๆ

- หายใจออกจนสุด ร่วมกับแขม่วหน้าท้องอย่างช้าๆ โดยให้ดึงท้องเข้าหากระดูกสันหลังและกระดูกเชิงกราน จากนั้นให้หายใจเข้า-ออกปกติ ร่วมกับการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องค้างไว้ 10 วินาที

- ค่อยๆ ปล่อยคืนช้าๆ ทำซ้ำ 10 ครั้ง[23]

2) ท่า Bridging มีขั้นตอนดังนี้

- นอนหงายชันเข่าทั้ง 2 ข้าง กางขาและวางเท้าให้กว้างเท่ากับความกว้างของไหล่

- วางมือทั้ง 2 ข้างไว้บนอก หายใจเข้า-ออกช้าๆ ยกก้นขึ้นให้พ้นพื้นค้างไว้ 10 วินาที

- ค่อยๆ วางก้นลงบนพื้นช้าๆ ทำซ้ำ 10 ครั้ง[24]

3) ท่า Hamstring self stretching มีขั้นตอนดังนี้

- นอนหงายขา 2 ข้างเหยียดตรง

- มือทั้ง 2 ข้างจับปลายผ้าขนหนูโดยที่กึ่งกลางผ้าขนหนูคล้องไว้ที่ปลายเท้า

- ดึงผ้าขนหนูเข้าหาตัวพร้อมยกขาขึ้น โดยที่เข่าเหยียดตรง จนรู้สึกว่าตึงแต่ไม่เจ็บ

- ค้างไว้ 30 วินาที ทำซ้ำ 3 ครั้ง[25]

2.2.4 การปรับท่าทางที่เหมาะสม (Postural training)

2.3 การบริหารร่างกายด้วยโยคะ มีทั้งหมด 3 ท่า ได้แก่

1) ท่างู มีขั้นตอนดังนี้

- นอนคว่ำกับพื้น เท้าทั้ง 2 ข้าง ชิดกัน มือทั้ง 2 ข้าง วางบนพื้นใต้ข้อไหล่

- หายใจเข้าค่อยๆออกแรงดันที่แขนทั้ง 2 ข้าง ยกตัวขึ้น ร่วมกับเงยหน้าขึ้นมองเพดานค้างไว้ 10 วินาที

- หายใจออก ค่อยๆวางตัวลง ทำซ้ำ 3 ครั้ง

2) ท่าแมว มีขั้นตอนดังนี้

- นั่งบนขาทั้ง 2 ข้างฝ่ามือทั้ง 2 ข้างวางไว้กับพื้นด้านหน้าหัวเข่า

- ยกสะโพกขึ้น ยืนบนเข่าทั้ง 2 ข้าง หายใจเข้าค้างไว้ 10 วินาที

- หายใจออก ค่อยๆโกงหลังให้โค้งมากที่สุด ร่วมกับแขม่วท้องค้างไว้ 10 วินาที ทำซ้ำ 3 ครั้ง

3) ท่าซากศพ มีขั้นตอนดังนี้

- นอนหงายทิ้งน้ำหนักตัวลงบนพื้น ขาทั้ง 2 ข้าง แยกออกจากกันเล็กน้อย โดยที่แขนทั้ง 2 ข้าง วางไว้ห่างจากลำตัวเล็กน้อย

- หายใจเข้า-ออกช้าๆ ทำสติสังเกตการณ์เคลื่อนไหวของหน้าอกหรือหน้าท้อง ทำซ้ำ 10 ครั้ง[26] เวลาที่ใช้ทำวิจัยโดยรวมแต่ละครั้ง ครั้งละ 60 นาที แบ่งเป็นช่วงการให้การรักษาทางกายภาพบำบัด 40 นาที และช่วงออกกำลังกาย 20 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 4 สัปดาห์

2.4 ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยซ้ำหลังให้การรักษาครบ 4 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1คน, แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข(แพทย์แผนจีน) 1 คน เพื่อพิจารณาดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: 10C) แล้วนำมาแปลผลโดยค่า IOC ที่ยอมรับได้ คือ 0.5 ขึ้นไป โดยแต่ละข้อคำถามได้คะแนนอยู่ระหว่าง 0.67-1 ซึ่งถือว่ามีความเที่ยงตรงใช้ได้ และคำนวณค่า CVI ได้เท่ากับ 1

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ CTH-IRB 2025/3005

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลของพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา และตัวแปรในการศึกษา ซึ่งการกระจายตัวของข้อมูลถูกทดสอบโดยใช้การทดสอบ Kolmogorov-Smirnov และสำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยข้อมูลที่มีการกระจายตัวปกติ จะถูกนำไปทดสอบด้วยสถิติชนิด Independent sample t-test และในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติ จะถูกนำไปทดสอบด้วยสถิติชนิด Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม โดยในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ จะถูกทำไปทดสอบด้วยสถิติชนิด Paired Sample t-test และในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวไม่ปกติ จะถูกทำไปทดสอบด้วยสถิติชนิด Wilcoxon Signed Rank test ซึ่งใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติทั้งหมด โดยกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่น้อยกว่า 0.05

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยได้ทำหนังสือจากกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจอมทอง เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

ผลการวิจัย

จากการคำนวณจำนวนอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 56 คน ซึ่งถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) ซึ่งมีจำนวนผู้เสร็จสิ้นกระบวนการการรักษาในระยะเวลา 4 สัปดาห์จำนวน

ทั้งสิ้น 52 คน (ถูกคัดออก 4 คนเนื่องจากเหตุผลส่วนตัวและไม่สามารถเข้ารับการรักษาในแต่ระดับสัปดาห์ได้) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้ 1. กลุ่มทดลอง (การรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารร่างกายด้วยโยคะ) จำนวน 27 คน (ชาย 11 และ หญิง 16) และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน (ชาย 10 และ หญิง 15) จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ในด้านของอายุ และส่วนสูง แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในด้านของน้ำหนัก และดัชนีมวลกาย ดังแสดงในตารางที่ 1

Table 1. Demographic data of participants (Mean ± SD)

Demographic data	Experimental group (n=27)		Control group (n=25)		P-value
	Mean±SD	Range	Mean±SD	Range	
Age (years)	52.52 ± 8.26	32.00-59.00	49.28 ± 9.52	25.00-59.00	0.20
Weight (kg)	56.00 ± 8.81	41.00-75.00	63.24 ± 14.60	42.00-105.00	0.03*
Height (cm)	158.04 ± 7.30	147.00-175.00	159.52 ± 10.17	145.00-185.00	0.55
BMI (kg/m^2)	22.40 ± 3.09	17.58-29.17	24.75 ± 4.75	17.28-40.44	0.04*

BMI = Body Mass Index, Range (Minimum - Maximum)

*Statistical significant difference at p-value less than 0.05

ข้อมูลในด้านของตัวแปรของการศึกษา อาทิ มาตราวัดอาการปวดด้วยตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) การทดสอบการทรงตัว (Time up and go Test) การทดสอบความยืดหยุ่น (Sit and Reach Test) และคะแนนของแบบสอบถามความพิการสำหรับผู้ป่วยปวดหลัง (Oswestry Disability Index; ODI) พบว่าทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ในช่วงก่อนเริ่มรับการรักษา (pre-intervention)

หลังจากเข้าร่วมการศึกษาจนครบระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ พบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม เข้ารับการประเมินการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรในการศึกษา ได้แก่ มาตราวัดอาการปวดด้วยตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) การทดสอบการทรงตัว (Time up and go Test) และคะแนนของแบบสอบถามความพิการสำหรับผู้ป่วยปวดหลัง (Oswestry Disability Index; ODI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกันภายในกลุ่มทดลอง (ก่อนและหลังเข้ารับการรักษา) เช่นเดียวกับ การทดสอบความยืดหยุ่น (Sit and Reach Test) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีการเพิ่มขึ้นของระยะที่เอื้อมถึงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อแสดงถึงข้อมูลของตัวแปรต่าง ๆ ในการศึกษาหลังเข้าร่วมการศึกษาเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกัน ของระดับความปวด (Numeric Rating Scale: NRS) โดยที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลอง (2.36 ± 1.99) และกลุ่มควบคุม (3.60 ± 1.55) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$) ในตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ การทดสอบการทรงตัว (Time up and go Test) การทดสอบความยืดหยุ่น (Sit and Reach Test) และคะแนนของแบบสอบถามความพิการสำหรับผู้ป่วยปวดหลัง (Oswestry Disability Index; ODI)

table 2. Comparison of outcome variables between experimental group and control group (pre vs post intervention and post vs post intervention as the mean ± SD)

Outcome variables	Experiment group (n = 27)		Mean Difference (95% CI)	Effect size	Control group (n = 25)		Mean Difference (95% CI)	Effect size
	Pre-training	Post training			Pre-training	Post training		
NRS (point)[a]	7.28 ± 1.88	2.36 ± 1.99*†	4.92 (4.27, 5.58)	2.54	7.28 ± 1.72	3.60 ± 1.55*	3.68 (3.02, 4.34)	2.24
Time up and go (sec)[a]	11.93 ± 4.17	7.99 ± 2.11*	3.82 (2.58, 5.06)	1.09	10.87 ± 3.34	9.59 ± 2.89*	1.28 (0.91, 1.65)	0.41
Sit and reach test (cm)	2.11 ± 10.58	10.19 ± 8.10*	8.07 (5.74, 10.40)	0.84	1.68 ± 8.50	5.04 ± 7.96*	3.36 (-4.69, -2.02)	0.41
ODI score (0-100)	56.62 ± 15.14	38.95 ± 16.19*	17.67 (12.00, 23.33)	1.13	56.07 ± 14.42	46.11 ± 14.87*	9.96 (6.69, 13.23)	0.68

NRS = Numerical Rating Scale for pain, ODI = Oswestry Disability Index

**Statistical significant difference within group at p-value less than 0.05*

†Statistical significant difference between group at p-value less than 0.05

[a]Non-parameteric (Mann-Whitney U Test and Wilcoxon Signed Rank Test); the significance level was set at < 0.05.

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลของการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารร่างกายด้วยโยคะ และการรักษาทางกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังแบบไม่เฉพาะเจาะจงที่มีผลต่อ ความเจ็บปวด (Numerical pain scale; NRS) ความสามาถในการทรงตัว (Time up and go test; TUG) ความยืดหยุ่นของลำตัว (Sit and reach test; SRT) และความพิการ (Oswestry disability index; ODI) โดยคณะผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายด้วยโยคะจะมีความเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละตัวแปร เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว

โดยหลังจากเข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า ความเจ็บปวดบริเวณหลังส่วนล่าง ในกลุ่มทดลองมีค่าความเจ็บปวดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ 2.36±1.99 คะแนน จากเดิม 7.28±1.88 คะแนน ขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียวมีค่าความเจ็บปวดลดลงเหลือ 3.60±1.55 คะแนน จากเดิม 7.28±1.72 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีกลุ่มทดลองมีค่าความเจ็บปวดที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cramer H และคณะ พบว่าการบริหาร่างกายด้วยโยคะทั้งในระยะสั้นเป็นจำนวน 4 สัปดาห์และระยะยาวเป็นจำนวน 8 สัปดาห์ สามารถช่วยลดอาการปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างได้[27] แสดงให้เห็นว่าผลจากการรักษาทางกายภาพบำบัดและการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายสามารถช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้ โดยอาการปวดที่ลดลงอาจเกี่ยวข้องกับการผสมผสานการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบดั้งเดิม เช่น การประคบอุ่น การรักษาด้วยคลื่นเหนือเสียง ที่เป็นการรักษาด้วยความร้อนซึ่งมีกลไกกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต (Vasodilation) และการระงับอาการปวดผ่านการเพิ่มเพดานของตัวรับอาการปวด (Increase the threshold of nociceptors)[28] รวมไปถึงการปรับท่าทางที่เหมาะสมและการบริหารร่างกายด้วยท่าออกกำลังกายทางกายภาพบำบัดเสริมสร้างความแข็งแรงของโครงสร้างบริเวณหลังส่วนล่าง อย่างไรก็ตามการเพิ่มการออกกำลัง

กายด้วยโยคะเป็นการเพิ่มความยืดหยุ่นของโครงสร้างบริเวณหลังส่วนล่างไม่ว่าจะเป็นตัวกล้ามเนื้อหรือข้อต่อ ทำให้ค่าความเจ็บปวดลดลงมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ทั้งนี้หลังจากการเข้ารับการรักษาอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น มีคะแนนความบกพร่องในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมทางกายน้อยลง ถึงแม้คะแนนของแบบประเมินความพิการในกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบกับกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตามทั้งสองกลุ่มแสดงถึงการลดลงของคะแนนความพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Oz M และคณะ พบว่าการบริหารร่างกายด้วยโยคะ สามารถช่วยลดระดับความพิการในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างได้ ช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกาย และช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น[29] นอกจากตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้น ค่า ความสามารถในการทรงตัว และความยืดหยุ่นของลำตัว มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม ($p > 0.05$) ซึ่งบ่งบอกว่าการรักษาที่อาสาสมัครได้รับหรือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลจอมทองมีประสิทธิภาพ และสามารถเพิ่มสมรรถภาพทางกายได้จริง ซึ่งอาจเกิดจากอาการปวดบริเวณหลังส่วนล่างที่ลดลง ความแข็งแรงของแกนกลางลำตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณ ๆ อาทิกลุ่มกล้ามเนื้องอและเหยียดลำตัว (Trunk flexor and extensor group) ทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพร่วมกับความยืดหยุ่นของแกนกลางลำตัวที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนล่างที่เชื่อมกับบริเวณเชิงกรานมีการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นในทิศทางต่าง ๆ (Pelvic innominate) ที่ดีขึ้น ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น สมรรถภาพทางกายอาทิ ระยะเวลาในการทดสอบการทรงตัว และความยืดหยุ่นของลำตัวมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นจากปัจจัยทางด้านโครงสร้างร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป (Force closure adaptation)[30,31] อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในระยะสั้นเพียง 4 สัปดาห์จึงไม่สามารถสรุปผลการรักษาในระยะยาวได้ จึงจำเป็นต้องการศึกษาเพื่อยืนยันเพิ่มเติมในอนาคตเกี่ยวกับผลในระยะยาวของการทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกาย รวมถึงการเฝ้าติดตามการเกิดซ้ำ จุดเด่นของการศึกษาครั้งนี้คือ มีการนำการบริหารร่างกายด้วยโยคะมาเสริมผลการรักษาแบบดั้งเดิมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการที่อาสาสมัครใช้ระยะเวลาในการรักษาเพียง 8 ครั้ง (2 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์) ก็สามารถช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่าง และช่วยให้อาสาสมัครมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ อีกทั้งการบริหารร่างกายด้วยโยคะยังส่งผลช่วยปรับปรุงความสามารถในการทรงตัว และความยืดหยุ่นของลำตัวในอาสาสมัครหรือผู้ที่มีอาการปวดหลังล่างได้

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำการบริหารร่างกายด้วยโยคะไปเสริมการรักษาที่ใช้ปฏิบัติเป็นประจำในคลินิกกายภาพบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังส่วนล่างลดลง และมีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น สามารถนำไปใช้ในการฝึกร่วมกับการประกอบกิจวัตรประจำวันในอนาคต อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการศึกษาระยะสั้น โดยมีระยะเวลาเพียง 4 สัปดาห์ ดังนั้นหากการบริหารร่างกายด้วยโยคะเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้ส่งผลเทียบเท่ากับการรักษาร่วมกัน ในการรักษาผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างในทางคลินิกจึงยังจำเป็นต้องใช้การรักษาร่วมระหว่างการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบดั้งเดิมกับการบริหารร่างกายด้วยโยคะ นอกจากนี้ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างมีโอกาสที่จะกลับมาปวดหลังซ้ำได้อีก แม้จะรักษาหายในรอบระยะเวลาหนึ่งแล้วจึงจำเป็นต้องออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. บุญมาประเสริฐ ต.(2557). เอกสารคำสอน กระบวนวิชาออร์โธปิดิกส์ ปวดหลัง-ปวดคอ. 2557.
2. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Rheumatol. 2023;5(6):e316-e29.
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2567). โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม อัตราป่วยจากโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ. 2567.
4. กลุ่มงานสารสนเทศโรงพยาบาลจอมทอง.(2563). รายงานจำนวนผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง. 2563.
5. ศรีสุขโข ณ, ลักษมีจรัลกุล พ, ไชยนันทน์ ส, มรกตศรีวรรณ น.(2021). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 2021;17(1):84-112.
6. กชกร ชัยพฤกษ์ สก, จุฑารัตน์ รักประสิทธิ์* ชุติมา กลิ่นหอม.(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างในพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอย อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. วารสารความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม E–Journal. 2565(1):43-8.
7. ยิ้มศิริวัฒนะ ว.(2548). อัตราความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานขับรถโดยสารประจำทางระหว่างจังหวัด ในสถานีขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพ (จตุจักร). 2548.
8. Parreira P, Maher CG, Steffens D, Hancock MJ, Ferreira ML. Risk factors for low back pain and sciatica: an umbrella review. Spine J. 2018;18(9):1715-21.
9. George SZ, Fritz JM, Silfies SP, Schneider MJ, Beneciuk JM, Lentz TA, et al.(2021). Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021. J Orthop Sports Phys Ther. 2021;51(11):Cpg1-cpg60.
10. Namnaqani FI, Mashabi AS, Yaseen KM, Alshehri MA.(2019). The effectiveness of McKenzie method compared to manual therapy for treating chronic low back pain: a systematic review. J Musculoskelet Neuronal Interact. 2019;19(4):492-9.
11. Apeldoorn AT, Swart NM, Conijn D, Meerhoff GA, Ostelo RW.(2024). Management of low back pain and lumbosacral radicular syndrome: the Guideline of the Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF). Eur J Phys Rehabil Med. 2024;60(2):292-318.
12. da Silva T, Mills K, Brown BT, Pocovi N, de Campos T, Maher C, et al(2019).. Recurrence of low back pain is common: a prospective inception cohort study. Journal of Physiotherapy. 2019;65(3):159-65.
13. Fernández-Rodríguez R, Álvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, Torres-Costoso A, Pozuelo-Carrascosa DP, Reina-Gutiérrez S, et al.(2022). Best Exercise Options for Reducing Pain and Disability in Adults With Chronic Low Back Pain: Pilates, Strength, Core-Based, and Mind-Body. A Network Meta-analysis. J Orthop Sports Phys Ther. 2022;52(8):505-21.
14. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al.(2018). Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. Lancet. 2018;391(10137):2368-83.
15. Singphow C, Purohit S, Tekur P, Bista S, Panigrahy SN, Raghuram N, et al.(2022). Effect of Yoga on Stress, Anxiety, Depression, and Spinal Mobility in Computer Users with Chronic Low Back Pain. Int J Yoga. 2022;15(2):114-21.
16. จามรี อัศวภารุจ. (2565). ประสิทธิผลของการออกกำลังกายด้วยโยคะต่ออาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง. กาญจนบุรีเวชสาร; 41
17.Darin J. Correll. (2007). The Measurement of Pain: Objectifying the Subjective. Pain management volume 1; 197-211
18. ชมรมนักกายภาพบำบัดจังหวัดเชียงใหม่. 2558. คู่มือการใชชุดทดสอบสมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุ สำหรับนักกายภาพบำบัด เขตสุขภาพที่ 1; 43-46
19. ชมรมนักกายภาพบำบัดจังหวัดเชียงใหม่. (2558). คู่มือการใชชุดทดสอบสมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุ สำหรับนักกายภาพบำบัด เขตสุขภาพที่ 1; 55-58
20. Nopawan Sanjaroensuttikul MD. (2007). The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (Version 1.0) Thai Version. Department of Physical Medicine and Rehabilitation; 1417-1422

21. เสาวนีย์ เหลืองอร่าม. (2565). เอกสารประกอบการสอนการรักาด้วยความร้อยตื้น (Superficial heat).
22. ปริญญา เลิศสินไทย. (2561). การรักษาด้วยคลื่นอัลตร้าซาวด์ (Ultrasound therapy). เอกสารประกอบการสอน เรื่อง การรักษาด้วยความร้อน ความเย็น และแสง; 40
23. ปนดา เตชทรัพย์อมร. (2566). การออกกำลังกายเพื่อความมั่นคงของกระดูกสันหลัง. เอกสารประกอบการสอนเรื่อง การออกกำลังกายเพื่อรักษาอาการปวดหลังแบะปรับปรุงท่าทาง
24. Min Yong EoM. (2013). Effects of Bridging Exercise on Different Support Surfaces on the Transverse Abdominis. Physical Therapy Rehabilitation Science vol 25, 1343-1346
25. Dae-sung Park , Seung-hwa Jung. (2020). Effects of hamstring self-stretches on pelvic mobility in persons with low back pain. Physical Therapy Rehabilitation Science 2020; 140-148
26. นายแพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ, นางสุพินดา ศิริขันธ์, นางสาวนวนันทน์ กิจทวี. (2551). โยคะบำบัดสำหรับโรคเรื้อรัง. สำนักการแพทย์ทางเลือกกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข; 73,80,84
27. Cramer H, Lauche R, Haller H, Dobos G.(2013). A systematic review and meta-analysis of yoga for low back pain. Clin J Pain. 2013;29(5):450-60.
28. Ebadi S, Henschke N, Forogh B, Nakhostin Ansari N, van Tulder MW, Babaei-Ghazani A, et al.(2020). Therapeutic ultrasound for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2020;7(7):Cd009169.
29. Oz M, Ulger O.(2024). Yoga, Physical Therapy and Home Exercise Effects on Chronic Low Back Pain: Pain Perception, Function, Stress, and Quality of Life in a Randomized Trial. Percept Mot Skills. 2024;131(6):2216-43.
30. Kim B, Yim J.(2020). Core Stability and Hip Exercises Improve Physical Function and Activity in Patients with Non-Specific Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. Tohoku J Exp Med. 2020;251(3):193-206.
31. Vleeming A, Schuenke M.(2019). Form and Force Closure of the Sacroiliac Joints. Pm r. 2019;11 Suppl 1:S24-s31.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านฝาง กรณีศึกษา 2ราย

Nursing care of chronic kidney disease in the Chronic Disease Clinic at Banfang Hospital: patients 2 Case Study.

(Received: August 4,2025 ; Revised: August 10,2025 ; Accepted: August 13,2025)

อรดี ชมบุญ[1]
Oradee Chomboon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล และหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ(7 Aspect of care)เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคโรคไตเรื้อรัง กรณีศึกษา 2 รายที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านฝาง ผลการศึกษาพบว่า รายที่ 1 วินิจฉัยเป็น DM ,HT ,CKD 4 และรายที่ 2 วินิจฉัยเป็น DM ,HT, Gout ,CKD 3 มีการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ทำให้ข้อมูลครบถ้วนมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหาการวางแผนการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลจากการติดตามประเมินอาการมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกันคือ1)เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตวาย 2)มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมการดูแล ตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน3))มีความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง4)ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดขาและข้อเข่าข้อวินิจฉัยที่ต่างกันคือ กรณีศึกษาที่1 1)เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่องจากเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ 2)เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากภาวะซีด3)เสี่ยงต่อการได้รับยาฉีดควบคุมระดับน้ำตาลไม่ครบตามแผนการรักษา 4)มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการเตรียมพร้อมก่อนการบำบัดทดแทนไต กรณีศึกษาที่2 1)เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายพลัดตกหกล้มเนื่องจากการปวดบวมข้อเท้าและเข่า 2)มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการปวดข้อเท้าและปวดเข่า 3)เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์พบว่าการใช้กระบวนการควบคู่กับการปฏิบัติตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อโรคและภาวะสุขภาพได้ถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะของโรค ลดการเกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ รวมถึงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและปลอดภัย

คำสำคัญ: กระบวนการพยาบาล , แบบแผนสุขภาพ11แบบแผนกอร์ดอน , โรคไตเรื้อรัง

Abstract

This study was 2 case study aimed to compare the application of the nursing process alongside the core clinical functions of professional nurses (7 Aspects of Care) as a guideline for nursing care in patients with CKD. The study employed two case studies of patients receiving services at Ban Fang Hospital .Case 1 was diagnosed with diabetes mellitus (DM), hypertension (HT), and CKD stage 4, while Case 2 was diagnosed with DM, HT, gout, and CKD stage 3. Comprehensive health assessments were conducted, resulting in complete and high-quality data that enabled accurate nursing diagnoses, effective care planning, appropriate interventions, and thorough evaluations.

Result : The common nursing diagnoses identified in both cases included: 1. Risk for complications related to kidney failure,2. Hyperglycemia with inadequate diabetes self-care behaviors,3. Hypertension with suboptimal self-management, and4. Discomfort associated with lower extremity and joint pain. Distinct nursing diagnoses in Case 1 comprised: 1. Risk of hypoglycemia2. Risk of tissue hypoxia due to anemia3. Risk of inadequate insulin administration as

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง

per treatment plan4.Anxiety related to CKD and preparation for renal replacement therapy In contrast, Case 2 presented with: 1. Risk of injury from falls due to joint swelling and pain2. Anxiety related to ankle and knee pain3. Risk of complications from hypertension The findings revealed that utilizing the nursing process in conjunction with the core clinical responsibilities of professional nurses led to continuous and holistic care for CKD patients. This approach addressed individual patient problems and needs across physical, psychological, emotional, and social dimensions. Patients were able to adopt appropriate self-care behaviors and manage risk factors effectively within their personal and community environments. This resulted in improved patient safety, prevention of avoidable complications, greater satisfaction with nursing services among patients and families, and ultimately better quality of life and health outcomes for the patients.

Keywords: Nursing process, Gordon's 11 Functional Health Patterns, Chronic kidney disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนับเป็นปัญหาสาธารณสุขและมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก จากคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในปี 2565 พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 420,212 ราย ระยะ 4 จำนวน 420,212 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 62,386 ราย[1] โรงพยาบาลบ้านฝางเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านฝาง พ.ศ.2565-2567มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 ทั้งหมดจำนวน 1209,1223 ,1311 เพิ่มขึ้นตามลำดับ[2]โรคไตเรื้อรัง เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยต้องเผชิญความทุกข์ทรมานต่างๆ ฉะนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือภาวะไตวายจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านฝาง ตระหนักถึงความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จึงได้ศึกษาผู้ป่วยจำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาล(7 Aspect of Care) เป็นแนวทางในการศึกษาเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย ชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไต ลดความรุนแรงของไตเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคโรคไตเรื้อรัง กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอบ้านฝาง จำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ในความดูแลและศึกษาเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2567 ถึงวันที่ 6 มิถุนายน 2568 รวมระยะเวลา 5เดือน 25 วัน

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในความดูแลและศึกษาเมื่อวันที่ 29 มกราคม2568 ถึงวันที่ 15กรกฎาคม 2568 รวมระยะเวลา 4 เดือน 19วัน

วิธีดำเนินการศึกษา :

1.ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังย้อนหลัง 3 ปี

2.เลือกศึกษาการพยาบาลโรคไตเรื้อรังเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงมากขึ้น

3.ขออนุมัติหัวหน้าพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

4.ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังที่มารับการรักษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลได้แก่ รวบรวมข้อมูลและประเมิน วินิจฉัยการพยาบาล แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล

6.วิเคราะห์ สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค ประเด็นการนำไปใช้ประโยชน์

7.เสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้าพยาบาลและทีมการพยาบาล และนำไปใช้ประโยชน์

8.จัดทำผลงานวิชาการและเผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยไตเรื้อรังทั้ง2รายได้เสนอผลการศึกษาโดยใช้กระบวนการพยาบาลและนำหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspects of care)มาใช้ในวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วย ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษาโดยเปรียบเทียบตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
1.การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย(assessment)	
ข้อมูลทั่วไปหญิงไทยอายุ 69 ปี สถานภาพ สมรส จบชั้นป. 6อาชีพทำนา 23ปีก่อนผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน8ปีก่อน เป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาที่โรงพยาบาลบ้านฝาง1ปีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนพบไตเรื้อรังระยะ4 7 เดือนก่อนผู้ป่วยตัดสินใจมาขอใบส่งตัวไปรพ.ขอนแก่นพบแพทย์เฉพาะทางขอคำปรึกษาเข้าสู่กระบวนการเตรียมความพร้อมในการบำบัดทดแทนไต CC.มาตรวจตามนัด case DM ,HT ,CKD stage 4 -เหนื่อย วิงเวียนเล็กน้อย ปวดขาและเข่า ขาบวมทั้ง2ข้าง+1 -มีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย นอนไม่หลับ -บ้านพักอาศัยบ้านสองชั้น ผู้ป่วยนอนชั้นล่าง	ข้อมูลทั่วไป.ผู้ป่วยชายไทยอายุ 65 ปี สถานภาพ โสด จบการศึกษาปริญาตรี อาชีพค้าขาย20 ปี เป็นความดันโลหิตสูง รักษาที่รพ.มงกุฎวัฒนะ ทำงานที่กรุงเทพ รักษาไม่สม่ำเสมอ 3 ปีก่อนผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงต่อ ที่โรงพยาบาลบ้านฝาง2 ปีก่อนมาได้รับการตรวจพบไตเรื้อรังระยะที่3 ผู้ป่วยมีอาการปวดบวมข้อเท้าขวา(เคยเป็นเก๊าท์หยุดยา10ปี) ไปซื้อยาชุดแก้ปวดมารับประทานเวลามีอาการ เมื่อมีอาการปวดมากจะไปฉีดยาบรรเทาอาการปวดที่คลินิกใกล้บ้าน CC.มาตรวจตามนัด DM ,HT,GOUT,CKD stage3 มีอาการปวดบวมเข่าขวาและข้อเท้าทั้ง 2ข้าง -มีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย พักอาศัยอยู่กับญาติ
แบบแผนสุขภาพ แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย การฉีดยาเบาหวาน - แบบแผนที่ 2 โภชนาการ พฤติกรรมบริโภคอาหาร ชอบปรุงอาหารด้วยผงชูรส เติมน้ำปลา ชอบทานผลไม้และเสี่ยงต่อการได้รับสารสเตียรอยด์จากการรับประทานยาต้มสมุนไพรและน้ำผลไม้สกัดรักษาเบาหวาน แบบแผนที่4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย -ไม่เข้าใจเรื่องการออกกำลังกายที่ถูกต้องคิดว่าการทำนาทำสวนทำงานบ้านคือการออกกำลังกาย เพียงพอแล้ว แบบแผนที่ 5 การนอนหลับพักผ่อน นอนไม่ค่อยหลับจากวิตกกังวลเรื่องไตเสื่อมและการต้องล้างไต แบบแผนที่7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์-มีความวิตกกังวล เรื่องการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายถ้าได้รับการล้างไต	แบบแผนสุขภาพ แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ -ความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย แบบแผนที่ 2 โภชนาการ พฤติกรรมบริโภคอาหาร ชอบปรุงอาหารด้วยผงชูรส เติมน้ำปลา เสี่ยงต่อการได้รับสารสเตียรอยด์จากการซื้อแก้ปวดกินเองและฉีดยาแก้ปวดตามคลินิก ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มกาแฟ แบบแผนที่4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย -ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายเดินขายของทุกวัน และมีอาการปวดข้อเท้าและเข่า แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ นอนไม่ค่อยหลับมีอาการปวดเข่าขวาหลังหกล้ม แบบแผนที่7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ วิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย การเดินไม่สะดวก
การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ น้ำหนัก 75Kg ส่วนสูง165 cm. รอบเอว 110cm.	การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ น้ำหนัก 67Kg ส่วนสูง160 cm. รอบเอว 85 cm.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษาโดยเปรียบเทียบตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
BMI= 27.54 kg/m² V/S T= 36.0 ˚c P=89 /min R=18/min BP137/55mmHg รูปร่างท้วม เปลือกตาชีดเล็กน้อย ขาบวมทั้ง2ข้าง มีอาการชาที่ปลายมือและเท้า ทั้ง 2 ข้าง	BMI= 26.17 kg/m² V/S T= 36.2 ˚c P=81 /min R=18/min BP139/81mmHg รูปร่างท้วม ปวดบวมเข่าขวาหลังหกล้มเข่ากระแทกพื้น ข้อเท้าบวมทั้ง2ข้าง
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(แรกรับ) FBS136 mg/dl HbA1C 12.4% Creatinine 2.29 mg/dl eGFR21.0 ml/min/1.73m Hb 10.2 g/dl Hct 31% LDL 85 mg/dl	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(แรกรับ) FBS124 mg/dl Creatinine 1.74 mg/dl eGFR40 ml/min/1.73m Hb 15.2 g/dl Hct 47% uric acid 7.6
การวินิจฉัยโรค 1.Chronic Kidney disease stage 4 2.Diabetes Mellitus 3.Hypertension	การวินิจฉัยโรค 1.Chronic Kidney disease stage 3 2.Diabetes Mellitus 3.Hypertension 4.Gout
แผนการรักษาของแพทย์ Gensulin M 30/70 Insulin 100u/ml 32 ยูนิต sc acเช้า และ 20 ยูนิต sc ac เย็น Manidipine (20 mg) 2 x 1 pc Losartan (50 mg) 1 x 1 pc ASA (gr 81 mg) 1 x1 pc CaCO 3 (1,000 mg.) 1x1 pc Folic acid (5 mg.) 1x1 pc Vit.Bcomplex 1 x 2 pc Sodamint (300 mg.) 1x3 pc Atorvastatin (40 mg.) 1x1 hs	.แผนการรักษาของแพทย์ Manidipine 20 mg 1 *1 pc Doxazosin 2 mg 1 *1 pc Atenolol 50 mg 1*1 pc Simvastatine 20 mg 1*1 hs Alloperinol 100 mg 2*1 pc Colchicine 0.6 mg 1*1pcทุก 2วัน Glipizide 5 mg 1*1 pc Tramadol HCl 1 * PRN oral for pain q 8 hr.
2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
1.มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมการดูแล ตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน 2.มีความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง 3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตวาย เนื่องจากการทำงานของไตลดลง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม 4.เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่องจากเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ 5.ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดขาและข้อเข่า 6.เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากภาวะชีด 7.เสี่ยงต่อการได้รับยาฉีดควบคุมระดับน้ำตาลไม่ครบตามแผนการรักษา 8.มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต	1.มีความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง **2.**เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายพลัดตกหกล้มเนื่องจากการปวดบวมข้อเท้าและเข่า 3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตวาย เนื่องจากการทำงานของไตลดลง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม 4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 5.ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดขาและข้อเข่า 6.มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการปวดข้อเท้าและปวดเข่า
วิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันคือ 1) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางไต 2) มีพฤติกรรมการการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมเกี่ยวกับโรค3)ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดขาและข้อเข่า4)มีภาวะวิตกกังวล และข้อวินิจฉัยที่ต่างกันคือ กรณีศึกษาที่1 มีดังนี้1)เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่องจากเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ2)เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากภาวะชีดกรณีศึกษาที่2 1)มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้เนื่องจากปวดข้อเท้า2)เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง	
2. การวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล	
ก่อนตรวจ **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** เป้าหมาย ไม่เกิดภาวะแทกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง	**ก่อนตรวจ** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** เป้าหมาย เพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษาโดยเปรียบเทียบตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
เกณฑ์การประเมินผล 1.ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการทางระบบประสาท 2.ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ FBS <130 mg/dl HbA1C < 7% 3.ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการฉีดอินซูลินและขนาดที่ได้รับอินซูลินได้ กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินอาการจากการซักประวัติถึงอาการแทรกซ้อนถึงภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำ ของผู้ป่วย เช่น มึนงง ปวดศีรษะ เหงื่อออก ตัวเย็น อ่อนเพลีย เป็นต้น 2.แนะนำผู้ป่วยและญาติใน สังเกตภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ-สูง และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อดูแลใช้ตนเอง หรือแจ้งให้ผู้อื่นดำเนินการช่วยเหลือได้ทันท่วงที 3.แนะนำข้อดีข้อเสียของการได้รับการฉีดอินซูลิน 4.ทบทวนคำสั่งแพทย์และให้คำแนะนำในการใช้ยาฉีดอินซูลินเรื่องวิธีการเตรียมยาฉีด ขนาดยา การฉีดยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากการฉีดยา การจัดเก็บยา **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานได้ เกณฑ์การประเมินผล 1.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยาเหมาะสมกับโรค 2.ผู้ป่วยบอกถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้อง 3.ไม่พบอาการผิดปกติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง กิจกรรมการพยาบาล 1.ให้ความรู้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยในเรื่องโรคเบาหวาน และจัดโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3.แนะนำอาหารที่มีเหมาะสมงดดื่มน้ำหวาน อาหารรสหวานมันเค็มและแนะนำวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ 4.แนะนำการออกกำลังกาย สัปดาห์ละ3 ครั้งนาน30 นาที 5.แนะนำการใช้ยาตามแผนการรักษา และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 6.ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาชุดแก้ปวดยาลดการอักเสบ ระมัดระวังการใช้สมุนไพร 7.แนะนำการสังเกตภาวะแทรกซ้อนวิธีแก้ไขที่อาจเกิดขึ้น เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง 8..แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์คือ มีแผล ชาปลายมือปลายเท้า ตาพร่ามัว แขนขาอ่อนแรง บวม เป็นต้นและมาตรวจตามนัด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่2** เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงได้	เกณฑ์การประเมินผล 1.ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุหกล้มและไม่มีรอยฟกช้ำ 2.อาการปวดข้อเท้าลดลงรู้สึกสบายขึ้น 3.Pain score น้อยกว่า 5 คะแนน 4.ประเมินภาวะหกล้ม (Time up and go test) ใช้เวลาน้อยกว่า 12 วินาที กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความเสียงต่อการหกล้มกับผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินภาวะหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ (Time up and go test)ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีท้าวแขนเดินเป็นเส้นตรงระยะ3เมตรหมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิมจับเวลาใช้เวลาตั้งแต่15วินาทีขึ้นไป มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม 2.ให้คำแนะนำการป้องกันการหกล้มที่บ้านได้แก่การจัดสภาพแวดล้อมในและนอกบ้าน เสื้อผ้า รองเท้า การออกกำลังกาย การใช้ยา/อาการข้างเคียงของยา/การเคลื่อนไหว แหล่งประโยชน์ชุมชนออกกำลังกายที่เหมาะสม 4.หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดการอักเสบของข้อเพิ่มขึ้น เช่น อาหารที่มีพิวรีนสูง ความเครียดต่างๆซึ่งจะทำให้มีภาวะกรดยูริกในเลือดสูงประเมินความเจ็บปวด 9.ประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการบรรเทาความปวดด้วยตนเองหรือกิจกรรมที่ช่วยบรรเทาปวดเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การสวดมนต์ 10.แนะนำผู้ป่วยพักข้อเคลื่อนไหวน้อยเพื่อให้ข้อขยับน้อยลงป้องกันการเสื่อมและชะลอการเสื่อมของข้อ 11.แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยง การงอ คุกเข่า หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ใช้ข้อเพื่อลดอาการปวดข้อ 12.ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาชุดแก้ปวดยาลดการอักเสบ ระมัดระวังการใช้สมุนไพร ที่ทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น 13.แนะนำการรับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์คือ Tramadol HCL 50 mg 1 เม็ด ทุก 8 ชม.เวลาปวด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่4** เป้าหมายเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เกณฑ์การประเมินผล 1.ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 2.BP ≤ 139/89 mmHg กิจกรรมทางการพยาบาล 1.ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง อาการแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะต่างๆที่สำคัญ ที่พบบ่อยที่สุดคือ หัวใจ สมอง ไต และตา 2.แนะนำการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับชนิดของอาหารที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพ อาหารหวาน อาหารมัน อาหารเค็ม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษาโดยเปรียบเทียบตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
เกณฑ์การประเมินผล 1เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยาเหมาะสมกับโรค.ผู้ป่วย 2.ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง BP ≤ 139/89 mmHg กิจกรรมทางการพยาบาล 1.ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง อาการแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ติดต่อกันเป็นเวลานานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ 2.แนะนำการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับชนิดของอาหารที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพ อาหารหวาน อาหารมัน อาหารเค็ม 3.การออกกำลังกายที่เหมาะกับผู้ป่วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ สาธิตวิธีการยืดเส้นยืดสาย การใช้ยางยืดและการบริหารร่างกายเฉพาะที่และการเคลื่อนไหวร่างกายให้มากขึ้นในชีวิตประจำวัน 4.แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์และการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยา มาตรวจตามนัด 5.การจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม เช่นการระบายความรู้สึกกับบุคคลใกล้ชิด การสวดมนต์	3.การออกกำลังกายที่เหมาะกับผู้ป่วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ สาธิตวิธีการยืดเส้นยืดสาย การใช้ยางยืดและการบริหารร่างกายเฉพาะที่และการเคลื่อนไหวร่างกายให้มากขึ้นในชีวิตประจำวัน 4.แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์และการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยา **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่2** เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคได้ เกณฑ์การประเมินผล 1เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยาเหมาะสมกับโรค.ผู้ป่วย 2.ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง BP ≤ 139/89 mmHg กิจกรรมทางการพยาบาล 1.ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง อาการแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ติดต่อกันเป็นเวลานานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ 2.แนะนำการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับชนิดของอาหารที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพ อาหารหวาน อาหารมัน อาหารเค็ม 3.การออกกำลังกายที่เหมาะกับผู้ป่วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ สาธิตวิธีการยืดเส้นยืดสาย การใช้ยางยืดและการบริหารร่างกายเฉพาะที่และการเคลื่อนไหวร่างกายให้มากขึ้นในชีวิตประจำวัน 4.แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์และการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยา มาตรวจตามนัด 5.การจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม เช่นการระบายความรู้สึกกับบุคคลใกล้ชิด การสวดมนต์
ขณะตรวจรักษา **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 3** เป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากไตเสื่อม เกณฑ์การประเมินผล 1.ระดับCreatinine≤ 1.17mg/dleGRF>90ml/min/1.73m 2.ไม่มีอาการแสดงของภาวะของเสียคั่ง เช่น ปัสสาวะออกน้อย คันตามตัว คลื่นไส้อาเจียน กิจกรรมการพยาบาล 1.สังเกตอาการภาวะของเสียคั่งในร่างกายหรือยูเรียคั่ง ได้แก่ อ่อนเพลีย มึนงง เบื่ออาหาร เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะของเสียคั่ง 2.ประเมินสัญญาณชีพเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 3.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า BUN Creatinine eGFR เพื่อประเมินการทำงานของไต 4.แนะนำให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารอย่างถูกต้อง เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไตเช่นการจำกำโปรตีน	**ขณะตรวจรักษา** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 3** เป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากไตเสื่อม เกณฑ์การประเมินผล 1.ระดับ Creatinine ≤1.17mg/dleGFR>90ml/min/1.73m 2.ไม่มีอาการแสดงของภาวะของเสียคั่ง เช่น ปัสสาวะออกน้อย คันตามตัว คลื่นไส้อาเจียน กิจกรรมการพยาบาล 1.สังเกตอาการภาวะของเสียคั่งในร่างกายหรือยูเรียคั่ง ได้แก่ อ่อนเพลีย มึนงง เบื่ออาหาร เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะของเสียคั่ง 2.ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 3.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า BUN Creatinine eGFR เพื่อประเมินการทำงานของไต 4.แนะนำให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารอย่างถูกต้อง เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต เช่นการจำกำโปรตีน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษาโดยเปรียบเทียบตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
5.ประเมินภาวะบวม โดยให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนัก ,ตรวจPitting edema , ถามจำนวนปริมานของปัสสาวะ 6.หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวด ลดการอักเสบ ใช้ยาสมุนไพร น้ำผลไม้สกัดอย่างระมัดระวัง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่6** เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการแทรกซ้อนจากภาวะซีด เกณฑ์การประเมินผล 1.ผลHct อยู่ในเกณฑ์ปกติ 36-47% 2.เยื่อบุตามีสีแดง กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซีด ได้แก่ ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เวียนศีรษะ มีอาการซีด เยื่อบุตา เพื่อทำให้ทราบถึงภาวะซีดและ ให้การพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสม 2.ประเมินเยื่อบุตาและตรวจ capillary refill < 2 วินาที เพื่อประเมินระดับความซีด 3.แนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนท่าควรทำอย่างช้าๆเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ 4.แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์มีคุณค่าสูงและอาหารที่มีธาตุเหล็ก เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และเพื่อเสริมสร้างเม็ดเลือดแดงเช่น ถั่วแดง ถั่ว เขียว เนื้อปลา ไข่ไก่ ตับ เลือด ผักใบเขียว เป็นต้น 6.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของ RBC, Hb, Hctเพื่อประเมินภาวะซีด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่5** เป้าหมาย ลดอาการปวดขาและข้อเข่า เกณฑ์การประเมินผล 1.ผู้ป่วยมีความสุขสบายอาการปวดข้อขาและเข่าลดลง 2. Pain score น้อยกว่า 5 คะแนน กิจกรรมการพยาบาล 1.แนะนำการลด/บรรเทาอาการปวดเข่าพักข้อเคลื่อนไหวน้อยเพื่อให้ข้อขยับน้อยลงป้องกันการเสื่อมและชะลอการเสื่อมของข้อ 2.แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยง การงอ คุกเข่า หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ใช้ข้อเพื่อลดอาการปวดข้อ 3.ประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการบรรเทาความปวดด้วยตนเองหรือกิจกรรมที่ช่วยบรรเทาปวดเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การสวดมนต์ 4.ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาชุดแก้ปวดยาลดการอักเสบ ระมัดระวังการใช้สมุนไพร ที่ทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น	5.ประเมินภาวะบวม โดยให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนัก ,ตรวจPitting edema ,ถามจำนวนปริมานของปัสสาวะ 6.หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวด ลดการอักเสบ ใช้ยาสมุนไพรอย่างระมัดระวัง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่5** เป้าหมาย ลดอาการปวดขาและข้อเข่า เกณฑ์การประเมินผล 1.ผู้ป่วยมีความสุขสบายอาการปวดข้อขาและเข่าลดลง 2. Pain score น้อยกว่า 5 คะแนน กิจกรรมการพยาบาล 1.แนะนำการลด/บรรเทาอาการปวดเข่าพักข้อเคลื่อนไหวน้อยเพื่อให้ข้อขยับน้อยลงป้องกันการเสื่อมและชะลอการเสื่อมของข้อ 2.แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยง การงอ คุกเข่า หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ใช้ข้อเพื่อลดอาการปวดข้อ 3.ประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการบรรเทาความปวดด้วยตนเองหรือกิจกรรมที่ช่วยบรรเทาปวดเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การสวดมนต์ 4.ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาชุดแก้ปวดยาลดการอักเสบ ระมัดระวังการใช้สมุนไพร ที่ทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น 5.หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดการอักเสบของข้อเพิ่มขึ้น เช่น อาหารที่มีพิวรีนสูง ความเครียดต่างๆซึ่งจะทำให้มีภาวะกรดยูริกในเลือดสูงประเมินความเจ็บปวด
หลังตรวจรักษา **ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่8**	**หลังตรวจรักษา** **ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่6**

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษาโดยเปรียบเทียบตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เกณฑ์การประเมินผล 1.ผู้ป่วยมีวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความวิตกกังวล 2.สีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล 3.ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรคไตเรื้อรัง กิจกรรมการพยาบาล 1.สร้างสัมพันธภาพให้ความสนใจกับผู้ป่วยรับฟังปัญหาของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกความคับข้องใจในปัญหาสุขภาพ 2.ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและซักถามเกี่ยวกับอาการของตนและให้กำลังใจในการปฏิบัติเพื่อลดอาการวิตกกังวล 3.แนะนำความจำเป็นขั้นตอนการรักษาพยาบาลต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อเตรียมความพร้อมในการบำบัดทดแทนไต 4.วิธีการจัดการความวิตกกังวล ให้กำลังใจ ชมเชย ให้ความหวังและสร้างความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่7** เป้าหมาย เพื่อให้ผุ้ป่วยเข้าใจเหตุผลของการได้รับการฉีดอินซูลิน ใช้ยาและจัดเก็บยาได้ถูกต้อง เกณฑ์การประเมินผล 1.สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง การเตรียมยา ฉีดยา สังเกตผลข้างเคียงหลังการฉีดยา 2.การจัดเก็บยาและการทิ้งขยะจากการฉีดยาได้ถูกต้อง กิจกรรมการพยาบาล 1.ทบทวน/ให้คำแนะในการใช้ยาฉีดอินซูลินเรื่องการเตรียมยา ฉีดยา สังเกตอาการข้างเคียงจากการฉีดยา 2.แนะนำการจัดเก็บยาและการทิ้งขยะจากการฉีดยาโดยให้เก็บใส่ขวดมาทิ้งที่รพ. 3.ติดตามเยี่ยมบ้านให้ผู้ป่วย/ญาติ บอกและสาธิตการฉีดเพื่อประเมินความถูกต้องและตรวจสอบการจัดเก็บว่าถูกต้อง	เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เกณฑ์การประเมินผล 1.ผู้ป่วยมีวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความวิตกกังวล 2.สีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล กิจกรรมการพยาบาล 1.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยรับฟังปัญหาของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก 2.ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและซักถามเกี่ยวกับอาการของตน 3.ส่งเสริมให้กำลังใจในการปฏิบัติเพื่อลดอาการวิตกกังวล วิธีการจัดการความวิตกกังวล ให้กำลังใจ ชมเชย ให้ความหวังและสร้างความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง 4.แนะนำควบคุมอาหารโรคเก๊าท์และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัด
5.การประเมินผลการพยาบาล	
1.ผู้ป่วยไม่มีอาการเหงื่อออก อ่อนเพลีย รู้สึกตัวดี ระดับน้ำตาลในเลือดนัดครั้งที่3 ได้ 113 mg%(เดิม 183 mg%)ผู้ป่วยบอกจำนวน Gensulin ที่ตนเองฉีดและฉีดอินซูลินได้ 2.มีความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในระดับที่พอใจค่าระดับน้ำตาลลดลงและระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ 135/58 mmhg ค่าBMI ลดลงจาก 28.28kg/m2 เหลือ27.54 kg/m2 3.อาการขาบวมลดลง กดบุ๋ม+1 ไม่มีอาการของเสียคั่งเช่น บวม หอบเหนื่อย Cr.2.48 mg/dl eGFR 19ml/min/1.73m	1.ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้มในห้องน้ำ เข่าขวากระแทกพื้นปวดบวมข้อเข่าขวา Pain score 5 คะแนน ประเมินภาวะหกล้ม(Time up and go test)ใช้เวลา 12วินาที 2.ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ 137/81 mmhg ค่าBMIเพิ่มจาก 25.78kg/m2 เป็น 26.17 kg/m2 เนื่องจากไม่ได้ออกกำลังกายปวดบวมข้อเข่าจากการหกล้ม 3.ไม่มีภาวะน้ำเกิน ไม่มีอาการหอบเหนื่อยน้ำหนักตัวขึ้น 1กิโลกรัม Cr.1.74 mg/dl eGFR 40 ml/min/1.73m

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษาโดยเปรียบเทียบตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
4.เปลือกตายังซีด มีเวียนศีรษะเวลาลุกนั่งเร็วๆสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ผลHb 10.2 g/dl , Hct 31% 5.ผู้ป่วยและญาติบอกขนาดยาที่ใช้ฉีด ฉีดยาอินซูลิน จัดเก็บยาในตู้เย็นได้ถูกต้อง ทิ้งขยะเข็มเก็บใส่ขวดมาส่งรพ. 5.อาการปวดเข่าและขาทั้ง2ข้างลดงลง จะปวดเวลาเดินไกล pain score 2-3 6.ประเมินโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าคำถาม2Q ผลปกติ ประเมินความเครียด(ST-5) ลดลงจาก6คะแนน(ความเครียดปานกลาง)เป็น3 คะแนน(เครียดน้อย)หลังไปพบแพทย์โรคไตที่รพ.ขอนแก่นผู้ป่วยเข้าใจและคลายความกังวลลง	5.อาการปวดเข่าขวาและข้อเท้าทั้ง2ข้างลดลง pain score 4 ยังปวดเข่าขวาที่ล้ม 6.ผู้ป่วยมีวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความวิตกกังวล เช่น ฟังเพลงยูทูป ไหว้พระ สวดมนต์ ทำสมาธิ นอนหลับได้วันละ6-7ชม.ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแต่ยังกังวลในการที่ต้องเดินขายของบ่อย ประเมินโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าคำถาม2Q ผลปกติ ประเมินความเครียด(ST-5) ลดลงจาก8คะแนน(ความเครียดปานมาก)เป็น4 คะแนน(เครียดน้อย)

หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspects of care)ผู้ศึกษาได้นำมาใช้ในวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในการประเมินจนถึงการประเมินผลผู้ป่วยทั้ง2รายดังนี้

1.การประเมินผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง2รายได้รับการประเมินปัญหาโดยการรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ สังเกตการตรวจร่างกายการตรวจทางห้องปฏิบัติการประเมินความรุนแรงและมีการประเมินซ้ำ

2.การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆทั้งด้านร่างกายและจิตใจ;กรณีศึกษาทั้ง2รายมีความวิตกกังวลเรื่องโรคที่เจ็บป่วยได้ให้ความรู้เรื่องโรค วิธีลดความวิตกกังวล ชมเชยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ผลลัพธ์ ผู้ป่วยหาวิธีผ่อนคลายเครียดได้ นอนหลับได้6-8ชั่วโมง มีอาการปวดข้อเข่าเท้า แนะนำการลด/บรรเทาอาการปวด การออกกำลังกายที่เหมาะแต่ละบุคคล ควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับโรคเก๊าท์การใช้ยาบรรเทาปวดตามแพทย์สั่ง ผลลัพธ์อาการปวดลดลง Pain score = 2-4

3. การดูแลความปลอดภัย กรณีศึกษาทั้ง2 รายเป็นวัยสูงอายุ มีการเคลื่อนไหวลำบาก กรณีศึกษาที่1 ปวดข้อเข่าและขาเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการเคลื่อนไหวและมีภาวะซีดได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม กรณีศึกษาที่2 มีข้อเข่าขวาบวมหลังจากหกล้มในห้องน้ำและข้อเท้าบวมจากโรคเก๊าท์ แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้กีดขวางทางแนะนำการควบคุมอาหารไม่ให้เหมาะสมกับโรค สวมรองเท้าที่ไม่ลื่น เคลื่อนไหวช้าๆเพื่อป้องกันอาการหน้ามืดวิงเวียน ผลลัพธ์ไม่เกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง2รายเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรังได้ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารอย่างถูกต้อง การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ผลลัพธ์ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนไม่มีบวมไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีอาการคัน กรณีศึกษาที่1 ได้ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติใน สังเกตภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ-สูงและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเพื่อดูแลใช้ตนเองหรือแจ้งให้ผู้อื่นดำเนินการช่วยเหลือได้ทันท่วงที ผลลัพธ์ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูง ผู้ป่วยมีภาวะซีดประเมินอาการ แนะนำอาหารเสริมสร้างเม็ดเลือดแดง การติดตามภาวะซีด กรณีศึกษาที่2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมและปลอดภัยเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยอาการแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและโรคเก๊าท์

5. การดูแลต่อเนื่อง กรณีศึกษาทั้ง2ราย ติดตามผู้ป่วยที่มาตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรังเพื่อประเมินผลการพยาบาล 3ครั้ง ติดตามเยี่ยมบ้าน 1ครั้ง ประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผลลัพธ์ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและได้รับการดูแลประเมินติดตามอาการต่อเนื่อง

6.การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงแนะนำแนวทางการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคไตเรื้อรัง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้น แนะนำญาติและคนในครอบครัวเฝ้าระวังความปลอดภัยและสังเกตอาการผิดปกติ ให้กำลังใจและเสริมพลังผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ผลลัพธ์ ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

7.การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ คำนึงถึงสิทธิ ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย รักษาความลับข้อมูลผู้ป่วย ดูแลเอาใจใส่ทุกกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลลัพธ์พบว่ากรณีศึกษาที่1ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 89 กรณีศึกษาที่2 มีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลร้อยละ 90 จากเกณฑ์การประเมินร้อยละ ≥85

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่1 หญิงไทยอายุ 69 ปี ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมา23 ปีมีโรคความดันโลหิตสูงและไตเรื้อรังระยะ4ร่วม รับไว้ในความดูแลเมื่อ12 ธันวาคม 2567 ถึงวันที่ 6 มิถุนายน 2568 มาตรวจรักษาตามนัดสม่ำเสมอ 10ปีแรกที่เริ่มป่วย ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ต้องได้รับการปรับเพิ่มขนาดยาอย่างต่อเนื่อง ต้องเพิ่มยาฉีด พบพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ มีปวดข้อเข่าและขา และการใช้ยา/ยาสมุนไพร น้ำผลไม้สกัด นอนไม่ค่อยหลับมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วย ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ให้การพยาบาลที่คลินิกโรงเรื้อรัง 3ครั้ง ผลลัพธ์ทางการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ควบคุมความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ แต่ระดับการกรองของไตลดลงเรื่อยๆเป็นไตวายระยะที่4 จะเห็นว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยและพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรค สัมพันธ์ต่อการเข้าสู่ระยะภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อนใดๆเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เหมาะสมและปัญหาที่ยังคงเหลืออยู่ได้แก่ ภาวะซีดและไตเสื่อมระยะ4 ทบทวนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้กำลังใจเพื่อให้พฤติกรรมที่ดีคงอยู่อย่างยั่งยืน มีนัดดูแลต่อเนื่องเพื่อจัดกิจกรรมชะลอการเสื่อมของไต และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 65 ปี เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวานมา 20ปีและมีภาวะไตเรื้อรังระยะที่3 มา 2ปี รับไว้ในความดูแลเมื่อวันที่ 29 มกราคม2568 ถึงวันที่ 15กรกฎาคม 2568 รักษาโรคไม่สม่ำเสมอ หยุดยาโรคเก๊าท์เองมา10ปีคิดว่าหายแล้ว ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ สภาวะโรคเก๊าท์ได้ไม่ดีพบพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมด้านอาหาร การออกำลังกาย การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาแก้ปวด เมื่อมีอาการปวดข้อเท้าและข้อเข่าจะซื้อยาแก้ปวดกินเองและถ้าปวดมากจะไปฉีดยาที่คลินิก ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ให้การพยาบาลที่คลินิกโรงเรื้อรัง 3ครั้ง ผลลัพธ์ทางการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ แต่ระดับการกรองของไตอยู่ในระยะที่3 จะเห็นว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยและพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคสัมพันธ์ต่อการเข้าสู่ระยะภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังปัญหาที่ยังคงอยู่ ได้แก่ อาการปวดบวมข้อเข่าขวาและข้อเท้าทั้ง2ข้าง ภาวะไตเสื่อมระยะ3 ทบทวนความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เหมาะสม ให้กำลังใจเพื่อให้พฤติกรรมที่ดีคงอยู่อย่างยั่งยืน จัดกิจกรรมการให้ความรู้ชะลอการเสื่อมของไต นัดติดตามเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

โรคไตเรื้อรัง มีการเสื่อมถอยของร่างกายส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง การศึกษา“การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง:กรณีศึกษา2ราย”ผู้ศึกษาได้ใช้

กระบวนการพยาบาลเปรียบเทียบกับหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care)พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจไม่ถูกต้องในการดูแลตนเองมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาชุด นำมาสู่การปฏิบัติการพยาบาล ผลลัพธ์พบว่าผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสมกับโรคทั้งด้านอาหารการออกกำลังกาย การใช้ยารวมทั้งลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้ไตเสื่อมมากขึ้นไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ของเสียคั่งและไม่เกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์[3,4] การใช้กระบวนการควบคู่กับการปฏิบัติตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยและชุมชน ลดการเกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้เกิดความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและปลอดภัย[5,6]

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาให้หน่วยงานการพยาบาลนำกระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspects of care) มาใช้ในเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อให้เกิดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2. พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรังควรมีการจัดทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับกรปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะต่างๆเพื่อประเมินและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1.สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2560). คำแนะนำสำหรับดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประครองพ.ศ. 2560

2.กันตพร ยอดไชย.(2562).ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง:การพยาบาลและการจัดการอาการ(พิมพ์ครั้งที่2).สงขลา:นีโอพ้อย์.

3.คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. (2567). Health Data Center: HDC.

4.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทสไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเดชพระเทพรัตนราชสุดาฯ สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทสไทย.(2566).แนวทางปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566:Cliinical Practice Guideline for Diabetes 2023. กรุงเทพมหานคร:ศรีเมืองการพิมพ์

5.สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2562).แนวทางการรักษาโรคความดันลิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562:2019 Thai Guidelines on Treatment of Hypertension.เชียงใหม่: ทริคธิงค์

6.เทพ หิมะทองคำ และทีมสหวิชาชีพดูแลเบาหวาน โรงพยาบาลเทพธารินทร์.(2561).เบาหวานฉบับเทพธารินทร์.กรุงเทพมหานคร:พิมพ์ดี จำกัด.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2ราย

Nursing Care for Stroke Patients at Somdet Hospital, Kalasin Province: Case Study of 2 Patients.

(Received: August 8,2025 ; Revised: August 10,2025 ; Accepted: August 13,2025)

เพียงขวัญ สาชะรุง[1]
Peangkhwan Sacharung[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลสมเด็จ จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษา: พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยวัย 70 ปี อาการสำคัญ เดินเซ แขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง แรกรับรู้สึกตัวดี มีประวัติเคยดื่มสุรา เคยสูบบุหรี่ มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันร่วมด้วย รับประทานยาไม่ต่อเนื่องขาดยามา 4 ปี ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke มาพบแพทย์ได้เร็วได้รับการรักษาผ่านช่องทางด่วน (Stroke Fast Track) ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์และตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย จนระยะฟื้นฟู/วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้านต่อในชุมชน กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี อาการสำคัญ ชักเกร็ง นอนซึม ถามไม่ตอบ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติดื่มสุราประจำ มีโรคเบาหวาน โรคมะเร็งกล้ามเนื้อ โรคไทรอยด์ร่วมด้วย เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ 2 ครั้ง 2565 แรกรับแพทย์วินิจฉัย Hypoglycemia ต่อมาผู้ป่วยนอนซึม ปลุกตื่น แต่ไม่พูด มีแขนขาซ้ายอ่อนแรง พบว่า มีภาวะเลือดออกเฉียบพลับบริเวณด้านขวาในสมองส่วนกลาง แพทย์วินิจฉัย Cerebral infarction , Respiratory failure แพทย์พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ส่งต่อโรงพยาบาบาลศรีนครินทร์

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาล

ABSTRACT

This is a case study investigating and comparing the nursing care of two stroke patients admitted to Somdet Hospital. Data collection tools included medical record reviews, family interviews, and direct observation. The data were analyzed to compare risk factors for stroke, pathophysiology, signs and symptoms, medical treatments, nursing problems and diagnoses, and discharge planning with continuity of care.

Study Findings: Case Study 1: A 70-year-old Thai male presented with an unsteady gait, left-sided limb weakness, and dysarthria, occurring one hour prior to hospital arrival. Upon admission, he was conscious and alert. His medical history included chronic alcohol consumption, smoking, hypertension, and dyslipidemia. He reported poor medication adherence, having discontinued his antihypertensive and lipid-lowering medications four years prior. He was diagnosed with acute ischemic stroke and received prompt management via the Stroke Fast Track protocol. Nursing care was provided according to the physician's treatment plan and the patient's specific needs, leading to recovery and discharge planning. Interdisciplinary team collaboration was initiated for home visits and follow-up in the community.

Case Study 2: A 63-year-old Thai male presented with generalized seizures and lethargy, unresponsive to verbal stimuli for 30 minutes prior to hospital arrival. He had a history of chronic alcohol consumption, diabetes mellitus, muscle cancer, and thyroid disease. He had experienced two previous ischemic strokes in 2022. Upon admission, the physician initially diagnosed hypoglycemia. Subsequently, the patient remained lethargic but

[1] งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

arousable, with left-sided limb weakness and no verbal response. An acute right-sided intracranial hemorrhage was identified in the midbrain. The final diagnoses were cerebral infarction and respiratory failure. The patient received intravenous thrombolytic therapy (rt-PA) and was transferred to Srinagarind Hospital for further management.
Keyword: Stroke, Nursing care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง โดยเกิดจากการแตกหรือตีบตันที่หลอดเลือดสมอง นำไปสู่กรเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงที่สมองหรือรอยโรคสมองตาย รวมถึงเมื่อเกิดโรคแล้วมักมีภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจโดยรวม ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศ จากรายงานขององค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก[1] พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมากกว่า 101 ล้านราย เสียชีวิตประมาณ 6.5 ล้านรายต่อปี

สำหรับประเทศไทยในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง จากข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567 พบว่า คนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 355,213 ราย เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2566 ที่มีผู้ป่วย 350,934 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวน 47,275 ราย เพิ่มขึ้นมากสุดในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบผู้เสียชีวิตแล้ว 35,116 ราย (เฉลี่ยวันละ 100 คน) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในประชาชนทุกกลุ่มวัย และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สำหรับจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รายงานจำนวนอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2565-2567 จำนวน 209.72, 220.45 และ 255.68 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ โรงพยาบาลสมเด็จเป็นโรงพยาบาลขนาด M2 ได้เปิดให้บริการช่องทางด่วน Stroke Fast Track มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) มีบริการให้ยา rt-PA จากสถิติปี 2565-2567 มีผู้ป่วยจำนวน 81, 151 และ 258 รายตามลำดับ การเข้าถึงระบบ Stroke Fast Track ทันเวลา 4.5 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 42.01, 33.33 และ 31.66 ผู้ป่วยที่มาด้วยระบบ EMS คิดเป็นร้อยละ 14, 22.22 และ 30 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยายา rt-PA ปี 2566 จำนวน 9 ราย ปี 2567 จำนวน 22 ราย และเปิดให้บริการหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการดูแลรักษาในปี 2566 - 2567 จำนวน 181 และ 227 ราย โดยรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอสมเด็จ และอำเภอใกล้เคียงคือ อำเภอสามชัย คำม่วง และนามน จากที่กล่าวมาพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจุบันแนวทางการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งวิธีการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานสากล โดยเฉพาะการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราตาย และอัตราความพิการได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงจำเป็นต้องมีระบบการบริหารจัดการในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ดังนั้น ผู้เขียนจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : รายกรณี ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องแบบองค์รวมและต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วย 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ.2568 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ราย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลสมเด็จ จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	70 ปี	63 ปี
สถานภาพ	สมรส (ภรรยาเสียชีวิต)	โสด
อาชีพ	เกษตรกรรม	รับจ้าง
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	บัตรทอง
ผู้ดูแล	บุตรชาย	พี่ชาย
วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	22 กุมภาพันธ์ 2568	28 กุมภาพันธ์ 2568
วันจาหน่ายออกจากโรงพยาบาล	3 มีนาคม 2568	2 มีนาคม 2568
การวินิจฉัยโรค	Acute Ischemic Stroke	1. Hypoglycemia 2. Cerebral infarction

ข้อมูลการเจ็บป่วย

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญนำส่งโรงพยาบาล	แขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด 1 ชั่วโมง 18 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล	ชักเกร็ง นอนซึม ถามไม่ตอบ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ขณะนั่งเล่นอยู่ ลุกขึ้นแล้วเดินเซ แขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ญาตินำส่ง รพ. ประเมินสภาพผู้ป่วย GCS E4V5M6	กู้ชีพให้ประวัติว่า ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งไม่ทราบระยะเวลา หลังชัก มีอาการนอนซึม ถามไม่ตอบ กู้ชีพศรีสมเด็จนำส่ง รพ.ประเมินสภาพผู้ป่วย GCS E4V2M6
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/โรคประจำตัว	-โรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 16 ปี รับยาที่โรงพยาบาลสมเด็จ -โรคไขมันในเลือด (DLP) เป็นมา 9 ปี ส่งรับยา รพ.สต.สร้างแก้ว -ขาดยามา 4 ปี รับยาครั้งล่าสุด 14/2/63 -เคยขาดยาความดันโลหิตตอนปี 2554-2557 ประมาณ 2 ปี	-โรคเบาหวาน เป็นมา 7 ปี รับยาที่โรงพยาบาลสมเด็จ -โรคมะเร็งก้อนเนื้อ รักษาที่ รพ.ราชวิถี CA Lymphnode ติดต่อม Thyroid จึงได้ Thyroidectomy, Thyroid Old -9/2/63 มีประวัติลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ก่อนมา รพ. 2 ชั่วโมง 45 นาที ส่งตัวไปรักษาที่ รพ.กาฬสินธุ์ -26/2/65 ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ก่อนมา รพ. 3 ชม. 25 นาที ไปรักษาที่ รพ.กาฬสินธุ์ (Stroke)

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการแพ้ยาและสารเสพติดต่าง ๆ	ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ปฏิเสธการการใช้สารเสพติด	ดื่มสุรา ปฏิเสธการสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
ปัจจัยเสี่ยง	เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือด ขาดยามา 4 ปี	เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม เบาหวาน, มะเร็งก้อนเนื้อ, Thyroid, Old CVA => dysarthria, Stroke
อาการแรกรับ	เพศชาย อายุ 70 ปี แขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด 1 ชั่วโมง 18 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS E4V5M6, Pupil 3 mm, RTLBE motor power Rt gr 5 Lt gr 5, No facial palsy, อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส, ชีพจร 80 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 195/91 มิลลิเมตรปรอท, Oxygen saturation 99%, เจาะ DTX แรกรับ 125 mg%	เพศชาย อายุ 63 ปี ชักเกร็ง นอนซึม ถามไม่ตอบ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล GCS E4V2M6, อุณหภูมิร่างกาย 35 องศาเซลเซียส, ชีพจร 88 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 117/73 มิลลิเมตรปรอท, Oxygen saturation 100%, เจาะ DTX แรกรับ 33 mg%
อาการบนหอผู้ป่วย	-วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 00.10 น. ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง รู้สึกตัว ถามตอบไม่รู้เรื่อง GCS E4V2M6, Pupil 3 mm, RTLBE motor power Rt gr 1 Lt gr 5, No facial palsy, หลังส่ง CT brain scan	วันที่ 1 มีนาคม 2567 เวลา 07.30 น. ผู้ป่วยนอนซึม ปลุกตื่น ไม่พูด มีแขนซ้ายอ่อนแรง Motor Power Grade 2, DTX 97 mg% GCS E4V2M6, Pupil 3 mm, RTLBE motor power Rt gr 4 Lt gr 3, No facial palsy, หลังส่ง CT brain scan ผู้ป่วยซึมลง ไม่พูด GCS E3V1M5

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 70 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2568 (10 วัน) ได้รับการวินิจฉัย Ischemic Stroke ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 64 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 (3 วัน) ได้รับการวินิจฉัย 1) Hypoglycemia 2) Cerebral infarction, 3) Respiratory failure

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
1.ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	-ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 70 ปี -มีประวัติเคยดื่มสุรา -มีประวัติเคยสูบบุหรี่ -โรคความดันโลหิตสูง -โรคไขมันในเลือดสูง -ขาดยามา 4 ปี -เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ -ค่า BMI 24.26	-ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 63 ปี -ดื่มสุรา -ไม่มีประวัติเคยสูบบุหรี่ -โรคเบาหวาน -โรคมะเร็งก้อนเนื้อ ติดต่อม Thyroid -มีประวัติผ่าตัด Thyroidectomy -เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ 2 ครั้ง -ค่า BMI 19.70	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงที่คล้ายคลึงกัน คือ เป็นเพศชาย สูงอายุ ที่มีโรคประจำตัว ดื่มสุรา และเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง“เพศ”เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดหลอดเลือดสมอง จากรายงานในต่างประเทศพบว่า เพศชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.25 เท่า เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองของเพศชายจะน้อยกว่าเพศหญิง อีกทั้งยังมีปัจจัยเสี่ยงเสริม คือ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และเมื่อ“อายุ”มากขึ้นอวัยวะและระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกายจะเสื่อมสภาพลง ความเสี่ยงก็จะสูงขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยที่ความคุมไม่ได้ ส่วน“การดื่มสุรา”ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นก็เป็นความเสี่ยงประการหนึ่งของหลอดเลือดสมองอยู่แล้ว การดื่มสุราในปริมาณมากๆ นั้นส่งผลให้เลือด “อ่อนตัว” เลือดออกง่ายแต่หยุดยาก เมื่อเกิดการปริแตกของหลอดเลือดในสมอง ประกอบกับ ความดันโลหิตสูงและภาวะเลือดออกง่าย

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
			จากการดื่มสุรา ความ เสียหายต่อเนื้อเยื่อสมองย่อมต้องมากขึ้น และเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้จึงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ กรณีศึกษารายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงต่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ เป็น“โรคความดันโลหิตสูง”มาประมาณ 16 ปีขาดการกินยาต่อเนื่องมาประมาณ 4 ปี จากข้อมูลดังกล่าวภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดเสื่อมเนื่องจากแรงดันเลือดที่ออกมาจากหัวใจมีแรงดันสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะง่าย พบว่ากว่า 35-73 % ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะคามดันโลหิตสูงร่วมด้วย ประกอบกับผู้ป่วยเป็น “โรคไขมันในเลือดสูง” แต่ขาดการกินยาต่อเนื่องมาประมาณ 4 ปี การเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด Atherosclerosis ของหลอดเลือดแดง Carotid และภาวะไขมันในเลือดสูงที่ สะสมอยู่ตามผนังหลอดเลือด ทำให้กีดขวางการลำเลียงเลือด ส่งผลให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือดแดงในสมอง กรณีศึกษารายที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยงต่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ เป็น“โรคเบาหวาน” ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวานถึง 1.5 เท่า และมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวานเกือบ 2 เท่า โรคเบาหวานทำให้ร่างกายไม่สามารถย่อยอาหารได้อย่างเหมาะสม และร่างกายไม่สามารถสร้างอินซูลินหรือใช้ประโยชน์จากอินซูลินได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้กลูโคส (น้ำตาล) สะสมในเลือด เมื่อเวลาผ่านไประดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอาจส่งผลเสียต่อหลอดเลือดในร่างกาย ส่งผลให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาพยาบาลต้องเฝ้าระวังและให้ความรู้รวมถึงอธิบายให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง
2. พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง	<u>แรกรับ</u> เดินเซ แขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด 1 ชั่วโมง 18 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล - E4V5M6, RTLBE motor power แขนขาขวา Gr5 แขนขาซ้าย Gr5 - CT brain ผลพบว่า	<u>แรกรับ</u> ชักเกร็ง นอนซึม ถามไม่ตอบ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล - E4V2M6 power แขนขาไม่มีข้อมูลการประเมิน - ภาวะ Hypoglycemia <u>บนหอนอน</u> - นอนซึม ปลุกตื่น ไม่พูด มีแขนซ้ายอ่อนแรง - Motor Power Grade 2	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อาการแสดงแรกรับแตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 เดินเซ แขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด จากผล CT brain ผลพบว่าภาวะสมองเสื่อมตามวัย ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 พยาบาลให้ดูแล1) ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการสื่อสารทางวาจาเนื่องจากพยาธิสภาพที่สมอง พยาบาลควรประเมินความสามารถในการสื่อสารและสอนวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมให้กับญาติและผู้ป่วย 2) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูงเพื่อไม่เกิดภาวะสมองขาดเลือดซ้ำอีก จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา และบริหารยาลดความดัน

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
	- Hypodense lesion at right thalamus, probly acufe infarction. - Old lacunar infarctions at right basal ganglia and left cerebellum. - Dilatation of ventricular system, probably ydrocephalus. บนหอนอน - มีภาวะความดันโลหิตสูง รู้สึกตัว ถามตอบไม่รู้เรื่อง - E4V2M6, Pupil 3 mm, RTLBE motor power แขนขาขวา Gr0 แขนขาซ้าย Gr5 - CT brain ผลพบว่า -Aging brain atrophy.	- E4V2M6, Pupil 3 mm, RTLBE motor power แขนขาขวา Gr4 แขนขาซ้าย Gr3 - หลังส่ง CT brain scan ผู้ป่วยซึมลง ไม่พูด - E3V1M5 - CT brain ผลพบว่า -Suggested acute right MCA territory cerebral infaretion wit hyperdense right MCA sign (ASPECT8) -No evidence of intracranial hemorrhage. - Werlge-shape, well-defined hypodense lesions at right temporal lobe, left frontal lobe, and right cerebellar hemisphere; favored chronic cerebebral infarction. -Aging brain atrophy.	โลหิตตามแผนการรักษา 3) ผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่องเนื่องจากกำลังกล้ามเนื้อลดลง เพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับ ควรพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ทำกายภาพบำบัด สอนการออกกำลังกายที่เหมาะสม 4) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง ประเมินการกลืนก่อนให้อาหาร จัดท่านอนศีรษะสูงขณะให้อาหาร ฝึกการกลืน และแนะนำญาติในการให้อาหารอย่างปลอดภัย กรณีศึกษารายที่ 2 ชักเกร็ง นอนซึม ถามไม่ตอบ หลังนอนโรงพยาบาลมีแขนซ้ายอ่อนแรง CT brain ผลพบว่า ภาวะกล้ามเนื้อสมองขาดเลือดเฉียบพลันบริเวณ MCA ด้านขวาร่วมกับอาการ MCA หนาแน่นเกินปกติบริเวณขวา (ASPECT 8) : ภาวะสมองขาดเลือดเรื้อรัง ไม่พบเลือดออกในสมอง และภาวะสมองเสื่อมตามวัย ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 พยาบาลต้องให้ดูแลอย่างใกล้ชิด ร่วมกับต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการทางระบบประสาทและประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และให้การพยาบาลได้ทันเวลาเมื่ออาการทางระบบประสาทเลวลง 7 ถ้า GCS ลดลง >2 หรือ motor movement ลดลงหรือ motor movement ลดลง 1 คะแนน รายงานแพทย์ทันทีต้องประเมิน GCS อย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด รวดเร็ว เฝ้าระวังภาวะ
3. การรักษา	-0.9 % NSS 1000 ml Rate 80 cc/hr. -DTX, CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT/INR, CXR, EKG, CT brain -Consult PT -ASA (V) 1x1 pc. -Atrovastatin 40 mg. 1x1 hs. -Folic acid 1x1 pc. -Admit Stroke unit <u>Admit วันที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง</u> -0.9 % NSS 1000 ml Rate 80 cc/hr. -Amlodipine 5 mg. 1x1 pc. ให้ Amlodipine 5 mg. 1 tab stat. และ Hydralazine 25 mg. 2 tab stat. <u>Admit วันที่ 3</u> - มีภาวะความดันโลหิตสูง รู้สึกตัว ถามตอบไม่รู้เรื่อง - E4V2M6, Pupil 3 mm, RTLBE motor power แขนขาขวา Gr0 แขนขาซ้าย Gr5	-DTX,CBC,BUN, Cr, Electrolyte, PT/INR, CXR,Ca,Mg,PO4 -50% glucose 50 ml. iv slowly. -10 % DN/2 1000 ml/80 cc/hr. -Vit B1 100mg. iv OD x 3 day. -Admit Stroke unit <u>Admit วันที่ 2 ผู้ป่วยซึมลงแขนซ้ายอ่อนแรง</u> - CBC,BUN, Cr, Electrolyte, PT/INR, Ca,Mg,PO4,DTX -CT brain -ให้ยา rt-PA total 42.2 mg (bolus 4.2 mg, IV drip 38 mg in 1 hr.) -on ETT no.7 depth 22 cm. Retain Foley's catheter. -Refer โรงพยาบาลศรีนครินทร์	พร่องออกซิเจน และเตรียมความพร้อมในการส่งต่อการให้การรักษาโรคหลอดเลือดสมองประเภท Ischemic Stroke มี 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่ม Antiplatelet aggregation หรือ Platelet inhibitors ซึ่งเป็นการต้านการแข็งตัวของเลือด โดยในกลุ่มนี้กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการให้ยา Aspirin 2) กลุ่ม Anticoagulants ในกรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่ได้พิจารณาให้ยากลุ่มดังกล่าว 3) กลุ่ม Thrombolysis agents หรือ Fibrinolysisagents เช่น Recombinant tissue plasminogenactivator (rt-PA) ซึ่งในกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการพิจารณาได้รับยาดังกล่าว ในการรักษาสิ่งสำคัญการพยาบาลการดูแลรักษาในระยะเฉียบพลันต้องประเมินผู้ป่วยว่าไม่มีภาวะ cardiac arrest การดูแลเรื่องการหายใจให้โล่งให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ วัดระดับออกซิเจนในเลือดได้ 97% ระวังการอุดกั้นทางเดินหายใจจากภาวะต่าง ๆ จัดศีรษะให้ตรง การดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดเตรียมผู้ป่วยให้ได้รับยา Recombinant tissue plasminogenactivator (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำ ขณะให้ยาเฝ้าระวังอาการภาวะความดันโลหิตในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) และมีการเฝ้าระวังโดยประเมินระบบประสาทด้วย Glasgow Coma Scale ทุก 15 นาทีในระหว่างที่ให้ยา rt-PA จบครบ 1 ชั่วโมง และประเมินทุก 30 นาทีต่อเนื่องจนถึงโรงพยาบาลที่ส่งต่อ

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
	-0.9% NSS 500 ml load. (Total 1,500) - CT brain, Trop T (0,1,3), EKG 12 leads, CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT/INR, CaMg, PO4, FT3, FT4, TSH, Lactate -Dobutamine (2:1) iv titrate 5 ml/hr. - CT brain ผลพบว่า Aging brain atrophy.		
4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากภาวะสมองขาดเลือด 2. มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก เนื่องจากความรู้สึกตัวลดลง 3. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติด กล้ามเนื้อลีบจากภาวะกล้ามเนื้อ แขนขาขวาอ่อนแรง เนื่องจากไม่สามารถยกขยับแขนขาได้เอง 4. การเคลื่อนไหวบกพร่อง เนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก 5. การสื่อสารบกพร่องพูดไม่ชัด 6. วิตกกังวล เนื่องจากการเคลื่อนไหวบกพร่อง ขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การคาดการณ์ในอนาคตเกี่ยวกับชีวิต 7. เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก M-E-T-H-O-D	1. เสี่ยงต่อการภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 2. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากภาวะสมองขาดเลือด 3. เสี่ยงต่อการเกิดอาการชักซ้ำเนื่องจากประวัติชักและพยาธิสภาพที่สมอง 4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติด กล้ามเนื้อลีบจากภาวะกล้ามเนื้อ แขนขาซ้ายอ่อนแรง เนื่องจากไม่สามารถยกขยับแขนขาได้เอง 5. การเคลื่อนไหวบกพร่อง เนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก 6. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากเลือดออกในสมองเนื่องจากได้รับยา rt-PA	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ความแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีปัญหาซับซ้อนและรุนแรงมากกว่ากรณีศึกษารายที่ 1 อาจเกิดจากปัจจัยหลายด้านที่กล่าวมาข้างต้นเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ร่วมกับการมีโรคประจำตัว และเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ กรณีศึกษารายที่ 1 1. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการสื่อสารทางวาจาเนื่องจากพยาธิสภาพที่สมอง ด้วยการประเมินความสามารถในการสื่อสาร ว่าผู้ป่วยมีเข้าใจภาษา ความสามารถในการพูด การแสดงสีหน้าท่าทาง จัดวิธีการสื่อสารสอนญาติและคนไข้สื่อสารด้วยวิธีการที่เหมาะสม 2. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้น ด้วยการประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา บริหารยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา 3. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่องเนื่องจากกำลังกล้ามเนื้อลดลง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดแผลกดทับ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดท่านอนที่เหมาะสม ทำกายภาพ ฝึกการทรงตัว และสอนการออกกำลังที่เหมาะสมแก่ญาติ 4. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง เพื่อป้องกันการสำลัก ประเมินการกลืนก่อนให้อาหาร จัดท่านอนศีรษะสูงขณะให้อาหาร ดูดเสมหะตามความเหมาะสม พร้อมฝึกทักษะการกลืนให้กับผู้ป่วย และแนะนำการให้อาหารอย่างปลอดภัยแก่ญาติ กรณีศึกษารายที่ 2 1. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะระดับความรู้สึกลดลงจากความผิดปกติของสมอง ซึ่งอาจอาการซึมลง ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ต้องมีการประเมิน GCS อย่างต่อเนื่อง 2. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหยุดหายใจเนื่องจากกลไกการควบคุมการหายใจถูกกระทบ ผู้ป่วยอาจ

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
			มีการหายใจไม่สม่ำเสมอ ต้องเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินอัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง การซีด เขียว ประเมิน V/S ทุก 1 ชั่วโมง Monitor Oxygen Saturation ≥ 95% ดูแล Suction ให้ผู้ป่วยลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอด ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานมีประสิทธิภาพดูแลไม่ให้สายหักพับงอ หรือมีน้ำคั่งค้างในสาย ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่คงที่ ไม่ให้สายท่อช่วยหายใจหักพับงอ 3. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการชักซ้ำ ประเมินและสังเกตอาการนำก่อนชัก เช่น ตาค้าง กระตุก เตรียมพร้อมในการดูแลขณะชักและยากันชัก 4. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่องเนื่องจากกำลังกล้ามเนื้อลดลง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดแผลกดทับ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดท่านอนที่เหมาะสม ทำกายภาพ ฝึกการทรงตัว และสอนการออกกำลังที่เหมาะสมแก่ญาติ 5. การพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากเลือดออกในสมองและภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยา rt-PA จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแลศีรษะ ลำคอและสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที 2 ชั่วโมง, ทุก 30 นาที 6 ชั่วโมง, ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าผู้ป่วยจะอาการคงที่ ถ้า GCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 รายงานแพทย์ทันที ตรวจเฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 15 นาที 2 ชั่วโมง, ทุก 30 นาที 6 ชั่วโมง, ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าผู้ป่วยจะอาการคงที่ หากพบสัญญาณชีพผิดปกติดังนี้ ระดับความดันโลหิต SBP >180 mmHg, DBP >105 mmHg. BT ≥ 38 องศาเซลเซียส รายงานแพทย์ทราบ เฝ้าระวังและประเมินอาการเลือดออกผิดปกติ เช่น เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด ปัสสาวะ หรืออุจจาระเป็นเลือดอาการซึมลงซึ่งบ่งบอกว่าอาจมีเลือดออกในสมอง
5. ระยะฟื้นฟู/การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	-รู้สึกตัวดี พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงซีกขวา Coma scale E4V5M6 (วันกลับบ้าน) ให้อาหารทางสายยาง -ผู้ดูแล คือ บุตรชาย -กลับบ้าน	-ได้รับยา rt-PA -On ETT -Refer โรงพยาบาลศรีนครินทร์	กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ดังนี้ 1. ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ปัญหาที่ยังคงหลงเหลืออยู่และสิ่งที่ต้องดูแลต่อการป้องกันกลับเป็นซ้ำ 2. การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการทางประสาทที่เลวลง หายใจหอบเหนื่อย 3. แนะนำสอนให้ปฏิบัติเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันข้อ

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
			ติด การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การเฝ้าระวังการพลัดตกเตียง การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และการมาตรวจตามแพทย์นัด เมื่อกลับบ้านไปแล้วควรมีการติดตาอาการและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเมื่อมีปัญหา กรณีศึกษารายที่ 2 ได้ส่งตัวต่อไปที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ อาการทรุดลงแพทย์ให้คำแนะนำแก่ญาติ ญาติขอส่งตัวกลับมา (ผู้ป่วยเสียชีวิต)

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยอาการเดินเซ แขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง แรกรับรู้สึกตัวดี มีประวัติเคยดื่มสุรา เคยสูบบุหรี่ มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันร่วมด้วย รับประทานยาไม่ต่อเนื่องขาดยามา 4 ปี แพทย์วินิจฉัย Acute Ischemic Stroke มาพบแพทย์ได้เร็ว ได้รับการรักษาผ่านช่องทางด่วน (Stroke Fast Track) จากผล CT brain ผลพบว่า ภาวะสมองเสื่อมตามวัย พยาบาลดูแลประเมินสภาพทั้งสัญญาณชีพ ความผิดปกติทางระบบประสาท ซักประวัติทั่วไปและประวัติทางระบบประสาท ให้การดูแลรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์และตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย จนระยะฟื้นฟู/วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงซีกขวา ให้อาหารทางสายยาง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พยาบาลประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ พบว่าผู้ป่วยมีบุตรชายเป็นผู้ดูแล เสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำการฝึกทักษะการออกกำลังกาย การทำความสะอาดร่างกาย การฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการปัญหาที่ยังคงหลงเหลืออยู่และสิ่งที่ต้องดูแลต่อการป้องกันกลับเป็นซ้ำ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้านต่อในชุมชน

กรณีศึกษารายที่ 2 มาด้วยอาการชักเกร็ง นอนซึม ถามไม่ตอบ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ดื่มสุราประจำ มีโรคเบาหวาน โรคมะเร็งกล้ามเนื้อ โรคไทรอยด์ร่วมด้วย เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ 2 ครั้ง เมื่อปี พ.ศ.2563 และ 2565 แรกรับแพทย์วินิจฉัย Hypoglycemia , Hypomagnesemia แรกรับไม่ได้ทำ CT Scan แต่ด้วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างมากจึงได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช้าวันถัดพบว่ามาผู้ป่วยนอนซึม ปลุกตื่น แต่ไม่พูด มีแขนขาซ้ายอ่อนแรง แพทย์ส่ง CT Scan พบว่า มีภาวะเลือดออกเฉียบพลันบริเวณด้านขวาในสมองส่วนกลาง และภาวะสมองเสื่อมตามวัย แพทย์วินิจฉัย Cerebral infarction , Respiratory failure แพทย์พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) พร้องส่งตัวต่อโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พยาบาลประเมินอาการ ตรวจวัดสัญญาณชีพ และตรวจทางระบบประสาททุก 15 นาที ในขณะที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด จนครบ 1 ชั่วโมง และประเมินทุก 30 นาที ต่อเนื่องจนถึงโรงพยาบาลที่ส่งต่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคแทรกซ้อนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้หากปฏิบัติตัวโดยลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการดูแล ป้องกันไม่ให้เกิดความพิการของร่างกายมากขึ้นและป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยตั้งแต่อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ควรมาพบแพทย์โดยเร็ว ไม่ช้ากว่า 4.5 ชั่วโมง ทั้งการประเมินผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันที่มาโรงพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วย

ขณะรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและการวางแผนจำหน่าย รวมถึงเฝ้าติดตามให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ประสานการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องประสานทีมเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ โดยให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนดูแล จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำและทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในระยะเฉียบพลัน ฟื้นฟู และการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข[2]

ข้อเสนอแนะ

การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดลเลือดสมองถือว่ามีความสำคัญ ปัจจุบันแนวโน้มในการพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยมาก่อนและที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและกลับมาเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนแก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ให้หลากหลายช่องทางเข้ากับยุคเทคโนโลยี และควรจัดทำโครงการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดัน ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง 35-60 ปี เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เร็วขึ้นลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

ติดตามกำกับการดูแลผู้ป่วย stroke เป็นระยะและมีการสะท้อนกลับข้อมูล และประเมินผล แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในเครือข่ายจังหวัดกาฬสินธุ์ เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จ และโรงพยาบาลลูกข่าย รวมถึงรพ.สต.ทุกแห่งในเขตรับผิดชอบ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Stroke Day 2022. [Internet]. 2022 [cited 1 Sep 2023]; Available from: https://www.who.int/srilanka /news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022.
2. กระทรวงสาธารณสุข. 2567. Health Data Center [Internet]. 2024 [cited 1 Sep 2024]; Available from: https://hdc.moph.go.th/ksn/public/standard-report-detail/.

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี

FACTORS AFFECTING THE ENVIRONMENTAL HEALTH MANAGEMENT FOR PUBLIC HEALTH SERVICE IN PRACHIN BURI PROVINCE.

(Received: August 4,2025 ; Revised: August 10,2025 ; Accepted: August 13,2025)

สราวุฒิ อินทร์อนันต์[1]
SARAWUT INANAN

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี เป็นการวิจัยแบบสำรวจ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 86 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และมีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก จากผลทดสอบสมมติฐานพบว่า ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ด้านการสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Advocate) และด้านการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (Build Capacity) มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี โดยตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปรนี้สามารถร่วมกันทำนายการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ได้ร้อยละ 74

คำสำคัญ : ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ, การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข

Abstract

The purposes of this study was to the management process factors affecting the environmental health management for public health service in Prachin Buri province. This research is survey research methods. The sample consisted of 86 personnel working in environmental health in public health service establishments in Prachin Buri province by a stratified random sampling technique. The instrument used for collecting the data was questionnaire. Data analysis was performed by descriptive statistics and inferential statistics: frequency, percentage, means, standard deviations, Pearson's correlation coefficients, and multiple regression analysis.

The results showed that the overall of management process factors and the environmental health management for public health service in Prachin Buri province were at high level. Hypothesis testing revealed that the management process factors with respect to Advocate and Build Capacity had a significant influence on the environmental health management for public health service in Prachin Buri province. The Advocate and Build Capacity variable could predict the environmental health management for public health service in Prachin Buri province at 74 percent.

Keywords: Management process factors, The environmental health management for public health service.

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (2560 - 2579) ด้านสาธารณสุขตามนโยบายการปฏิรูปของประเทศไทยรัฐบาลเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย ด้วยการกำหนดวิสัยทัศน์เป็นองค์กรหลักด้าน

[1] กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

สุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี มีนโนบายการปฏิบัติภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence) กำหนดให้มีการดำเนินงานเพื่อดูแลสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาลภายใต้ GREEN & CLAEN Hospital เพื่อให้เกิดการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งนโยบายดังกล่าวส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การยกระดับมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital สู่ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวกำหนดมาตรฐานไว้ ใน 8 ประเด็น ดังนี้ การจัดการมูลฝอยทั่วไป การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การจัดการมูลฝอยอันตราย การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทยและการจัดการสิ่งปฏิกูล การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร การจัดการสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกสถานบริการ การจัดการสุขาภิบาลอาหารและการจัดการน้ำอุปโภคบริโภค เป็นการเปิดโอกาสให้สถานพยาบาลที่สามารถพัฒนาได้ตามมาตรฐานแล้ว สามารถเลือกพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน และเกิดการบูรณาการแนวทางการดำเนินงานกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของสถานพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[1]

สถานบริการสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาล สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข ฯ หรือคลินิก จึงมีภาระงานที่หนักที่ต้องการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขเพื่อให้บริการแก่ผู้มารับบริการที่มีจำนวนมากขึ้นทุกปี โดยสภาพแวดล้อมของสถานพยาบาลเกิดความแออัดจากจำนวนผู้ป่วย ส่งผลให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกิดความเครียด ส่งผลต่อการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และมีผลต่อคุณภาพบริการในแต่ละแผนก ซึ่งอาจส่งผลต่อความพึงพอใจและความมั่นใจของผู้รับบริการ/ประชาชน รวมถึงเป็นแหล่งสำคัญในการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้ป่วยและชุมชนได้ เนื่องจากสถานบริการเป็นสถานที่ที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด ประชาชนไปใช้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริม สุขภาพ และการป้องกันโรค ตลอดจนการไปติดต่องานหรือใช้บริการอื่น ๆ ตามบทบาทหน้าที่ของสถานบริการนั้น ดังนั้นหากสถานบริการดังกล่าวมีเชื้อโรคที่จะเป็นสาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการแพร่ไปยังผู้ป่วย หรือผู้ที่ไปใช้บริการได้ และสถานบริการนี้ถือว่าเป็นแหล่งการแพร่กระจายเชื้อโรคที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยนำเชื้อโรคมาให้เกิดการปนเปื้อน หรืออาจจะเกิดจากการที่บุคลากรซึ่งเป็นผู้ให้บริการนำเชื้อโรคที่ปนเปื้อนติดไปยังผู้รับบริการได้จากการที่ผู้ป่วยสัมผัสเชื้อโรคโดยตรงจากการกิน การ หายใจ หรือสัมผัสอากาศที่มีเชื้อโรค หรืออาจเป็นการสัมผัสโดยอ้อม คือ เชื้อโรคปนเปื้อนไปกับ เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์การแพทย์ ที่ให้บริการผู้ป่วย เป็นต้น บุคลากรของสถานบริการควรมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ดังนั้นหากขาดการจัดการที่ดีแล้วอาจทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อและสามารถแพร่กระจายไปยังชุมชน ทำให้เกิดความเสียหายต่อชุมชนและประเทศชาติ ซึ่งการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมจึงเป็นมาตรการที่สำคัญที่จะสามารถป้องกันการเกิดและแพร่กระจายของเชื้อโรคในสถานบริการสาธารณสุขได้

โดยผลการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 (เฉพาะงบดำเนินงาน) มีผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) เท่ากับร้อยละ 87.5 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด[2]

แต่ด้วยสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมเทคโนโลยีในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ซึ่งสภาพดังกล่าวก่อให้เกิดความเจริญในมิติต่าง ๆ แก่จังหวัดปราจีนบุรี มีการเติบโตทางเศรษฐกิจ มีความมั่นคงในโครงสร้างอาคารเส้นทางคมนาคม ทำให้เกิดความสะดวกสบายการดำเนินชีวิต แต่ผลอีกด้านจากการพัฒนานั้นพบว่า มีปัญหาในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหาการจัดการมูลฝอยที่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามหลักวิชาการ เนื่องจากขยะมีปริมาณมากกว่าประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาขยะมูลฝอยของท้องถิ่น นอกจากนี้ยังมีเรื่องมลพิษทางอากาศเกิดเพิ่มในพื้นที่ โดยพบว่าเกิดจากการเผาในที่โล่งแจ้งของเกษตรกรจากเดิมที่จะพบปัญหานี้จากแหล่งกำเนิดทางอุตสาหกรรมเท่านั้น และในด้านโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นเช่น โควิด19 บางรายงานการสอบสวนโรคก็พบว่า มีสาเหตุจากการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมไม่ดี มีความแออัดของสถานที่ประกอบการทำให้เกิดการติดเชื้อโรคในพื้นที่ตลาดสดที่จัดสุขลักษณะของสถานที่ไม่ได้ตามที่กฎหมายกำหนด ปัญหาที่ยกตัวอย่างมานี้ นำมาซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพ การสูญเสียงบประมาณของสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ในการดูแลจัดการแก้ไขปัญหา ค่าใช้จ่ายในการจัดการสุขภาพของผู้ได้รับผลกระทบจนถึงขั้นเจ็บป่วย และอาจก่อให้เกิดปัญหาในอนาคตอีกหลายประการ หากสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรีไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีนโยบายการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่มีการบูรณาการ และมีกลไกในการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการพัฒนาสู่ความยั่งยืน มีนโยบายและแนวทางการดำเนินงานร่วมกับชุมชน ภาคเอกชน ตลอดจนเครือข่ายทำงานในพื้นที่เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมและมีความสามารถจัดการปัญหาและพัฒนาท้องถิ่นและชุมชนด้านต่าง ๆ ของตนเองได้ในเบื้องต้น โดยสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรีคอยสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าวด้วยการใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์ และกำหนดวิธีการดำเนินงาน รวมถึงการประเมินความสำเร็จของหน่วยงานในพื้นที่

ดังนั้น ในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขเป็นสิ่งที่สำคัญเร่งด่วนที่จังหวัดปราจีนบุรี ต้องมีการกำหนดแนวทางและแผนการดำเนินงานทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และส่งเสริมบุคลากรทุกคนได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อทำงานอย่างมีประสิทธิผล เพื่อให้การบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขเป็นไปตามมาตรฐานเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันและเกิดความต่อเนื่อง จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรีครั้งนี้ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลประกอบแนวทางวิธีปฏิบัติเป็นมาตรการที่เหมาะสมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ให้มีสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพทางด้านสังคม จิตใจ ที่ดีสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร ตลอดจนจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่น ๆ และประชาชนทั่วไป ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการที่แตกต่างกันมีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

ในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในด้านอนามัย
สิ่งแวดล้อม ในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกเป็น โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1คน โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 คน โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (สังกัด อบจ.) จำนวน 94 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 101 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกเป็น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (สังกัด อบจ.) โดยเปิดตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง Krejcie and Morgan[3] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 86 คน ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยใช้สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบันที่ปฏิบัติหน้าที่ในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นเกณฑ์ ซึ่งวิธีการสุ่มนี้มีความเชื่อว่าแต่ละกลุ่มเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร จึงมีการเลือกตัวอย่างในสัดส่วนที่เท่า ๆ กันในแต่ละกลุ่มบริเวณเพื่อให้เกิดการกระจายของตัวอย่าง[4]

2. เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

2.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

- เป็นผู้รับผิดชอบงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี
- สัญชาติไทย
- สามารถอ่านออกเขียนได้
- ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- อาจมีความไม่สะดวกสบายในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะระมัดระวังในการเก็บข้อมูล และจะยุติการตอบแบบสอบถามทันทีหากอาสาสมัครไม่สะดวกในการให้ข้อมูล โดยไม่กระทบต่อการรับบริการใด ๆ ที่พึงได้รับตามสิทธิ์ของอาสาสมัครควรได้รับ

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรต้น (Independent Variable) คือ ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการสร้างภาคีเครือข่าย ด้านการลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบงาน ด้านการพัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายและกฎหมายด้านสุขภาพ ด้านการสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร

3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 8 ด้าน ได้แก่ ด้านการสร้างกระบวนการพัฒนา ด้านการจัดการมูลฝอยทุกประเภท ด้านการพัฒนาส้วมมาตรฐานและการจัดการสิ่งปฏิกูล ด้านการจัดการด้านพลังงานและทรัพยากรด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ด้านการจัดการสุขาภิบาลอาหารและการจัดการน้ำอุปโภคบริโภค ด้านการพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN ด้านการสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN

4. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

4.1 แบบสอบถาม (Questionnaire) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) ประกอบด้วย

เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน และการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมผ่านสื่อสังคมในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ การเตรียมความพร้อมฉุกเฉิน และการควบคุมโรคติดต่อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับเกี่ยวกับปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ใน 5 ด้าน จำนวนรวม 26 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ใน 8 ด้าน จำนวนรวม 42 ข้อ

ลักษณะการสอบถาม มีลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแนวคิดของ Likert[5]

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

5. การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

โดยแบบสอบถามปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ และแบบสอบถามการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 เป็นค่าที่ผ่านตามเกณฑ์ .66 แสดงว่าข้อคำถามนั้น ๆ มีความสอดคลองกับนิยามศัพท์เฉพาะที่กำหนดไว้ และนำไปหาค่าอำนาจจำแนกโดยการนำแบบสอบถามที่ได้ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วมาทดลองใช้กับทีมหมอครอบครัวมีการปฏิบัติงานในรูปแบบสหวิชาชีพ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ แล้วนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อโดยใช้ค่าความสัมพันธ์ใช้ค่าสหสัมพันธ์ (rxy) ของเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวม โดยนำแบบสอบถามที่ค่าอำนาจจำแนกแต่ละข้อตั้งแต่ .20 มาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟา (Alpha coefficient) ของ Cronbach[7] ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ดังนี้

5.1 ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับของแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านการสร้างภาคีเครือข่าย มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .83 ด้านการลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบงาน มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .93 ด้านการพัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายและกฎหมายด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .90 ด้านการสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .86 ด้านการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .84

5.2 การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับของแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านการสร้างกระบวนการพัฒนา มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .83 ด้านการจัดการมูลฝอยทุกประเภท มีมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .81 ด้านการพัฒนาส้วมมาตรฐานและการจัดการสิ่งปฏิกูล มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .87 ด้านการจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .89 ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .95 ด้านการจัดการสุขาภิบาลอาหารและการจัดการน้ำอุปโภคบริโภค มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .92 ด้านการพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .93 ด้านการสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .93

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัว เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (สังกัด อบจ.) ที่เป็นพื้นที่เป้าหมายเพื่อขออนุเคราะห์ในการใช้พื้นที่

2. ผู้วิจัยประสานผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (สังกัด อบจ.) เพื่ออธิบายแนวทางในการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างและขอความอนุเคราะห์ ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง

3. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา

4. ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม พร้อมนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน และการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมผ่านสื่อสังคมในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ การเตรียมความพร้อมฉุกเฉิน และการควบคุมโรคติดต่อ ใช้สถิติความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

7.2 ข้อมูลปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี โดยใช้สถิติพื้นฐานค่าคะแนน เฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

7.3 วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ตัวแปรการสร้างภาคีเครือข่าย การลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบงาน การพัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายและกฎหมายด้านสุขภาพ การสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร โดยใช้สถิติค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

7.4 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี โดยการใช้วิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis - MRA)

8. จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.93) มีอายุระหว่าง 25-34 ปี (ร้อยละ 62.79) และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 73.26) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข เป็นระยะเวลา 10 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 41.86) และเคยเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมผ่านสื่อสังคมในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ การเตรียมความพร้อมฉุกเฉิน และการควบคุมโรคติดต่อ (ร้อยละ 70.93)

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อทดสอบสมมติฐาน

การวิเคราะห์สมการความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis - MRA) เพื่อหาความสัมพันธ์ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งได้แก่ การสร้างภาคีเครือข่าย (Partnership) การลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบงาน (Investment) การพัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายและกฎหมายด้านสุขภาพ (Regulation and Legislation) การสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Advocate) และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (Build Capacity) ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสมการความถดถอยพหุคูณพบว่า เป็นไปตามข้อตกตลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (Assumption) ดังนี้

1. ตัวแปรตามเป็นตัวแปรระดับช่วงชั้น (Interval Scale) ในการวิจัยครั้งนี้ตัวแปรตาม คือ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี

2. ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรระดับช่วงชั้น (Interval Scale) ในการวิจัยครั้งนี้ตัวแปรต้นมีทั้งหมด 5 ตัวแปร

3. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการสร้างภาคีเครือข่าย (Partnership) การลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบงาน (Investment) การพัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายและกฎหมายด้านสุขภาพ (Regulation and Legislation) การสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Advocate) และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (Build Capacity) กับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี (Health Management) โดยใช้สถิติค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ต้นแปรต้นทั้ง 5 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน โดยพบว่าไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดที่มีค่าความสัมพันธ์กันเองในระดับสูงเกิน .85 (ค่า r = < .85)[6]

จากตารางที่ 1-2 พบว่า การสร้างภาคีเครือข่าย (Partnership) (r = .73, p < .01) การลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบงาน (Investment) (r = .73, p < .01) การพัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายและกฎหมายด้านสุขภาพ (Regulation and Legislation) (r = .74, p < .01) การสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Advocate) (r = .76, p < .01) และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (Build Capacity) (r = .78, p < .01) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน ไม่มี Autocorrelation โดยพิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.19 (เกณฑ์ คือ 1.50-2.50)[7]

5. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals Statistics พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์ คือ Mean = 0) และค่า *SD* เท่ากับ .97 (เกณฑ์ คือ *SD* เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal Probability Polt[7]

6. ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณา จากกราฟ Scatter Polt ซึ่งพบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบ ๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่

7. ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multi-collinearity) โดยพิจารณาจาก Correlations Matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นมีค่าตั้งแต่ .60 ถึง .83 (เกณฑ์ คือ น้อยกว่า .85)[6] ร่วมกับการพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance Inflation

Factor: VIF) มีค่าตั้งแต่ 1.86 ถึง 4.35 (เกณฑ์ คือ ทุกตัวต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่าตั้งแต่ .23 ถึง .54 (เกณฑ์ คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 และไม่เกิน 1)[7]

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อทดสอบสมมติฐานสามารถวิเคราะห์ ได้ดังนี้

สมมติฐาน ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ได้แก่ การสร้างภาคีเครือข่าย (Partnership) การลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบงาน (Investment) การพัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายและกฎหมายด้านสุขภาพ (Regulation and Legislation) การสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Advocate) และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (Build Capacity) มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี แตกต่างกัน พบว่า ความถดถอยพหุคูณการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยเทคนิค Enter มีค่า Sig. เท่ากับ .00 ซึ่งน้อยกว่า .01 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับกลุ่มตัวแปรต้น คือ ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสามารถสร้างสมการเส้นตรงได้ ซึ่งจากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ สามารถคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณได้ พบว่า ตัวแปรปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Advocate) (.24) และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (Build Capacity) (.43) โดยตัวแปร 2 ตัวแปรนี้สามารถร่วมกันทำนายการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ได้ร้อยละ 74 (R^2 = .74) และค่า *Sig.* เท่ากับ .00 ซึ่งสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ได้ร้อยละ 74 ผู้วิจัยจึงได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (*B*) ของตัวทำนายมาเขียนเป็นสมการความสัมพันธ์ของการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ดังนี้

$$\hat{Y} = .56 + (.11)X_1 + (.07)X_2 + (.05)X_3 + (.24)X_4^* - (.43)X_5^*$$

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (*B*) ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ด้านการสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Advocate) และด้านการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (Build Capacity) มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นว่า หากปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ด้านการสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Advocate) และด้านการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (Build Capacity) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยไม่มีอิทธิพลของตัวแปรอื่นมาเกี่ยวข้อง ผู้ตอบแบบสอบถามจะมีระดับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี สูงเพิ่มขึ้น .24 และ .43 หน่วย

ส่วนตัวแปรปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี มี 3 ตัวแปร คือ ด้านการสร้างภาคีเครือข่าย (Partnership) ด้านการลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบงาน (Investment) และด้านการพัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายและ

กฎหมายด้านสุขภาพ (Regulation and Legislation) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ มีประเด็นที่ควรนำมาอภิปรายผล 3 ประเด็น ดังนี้

1. ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี โดยรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะผู้บริหารและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ได้ริเริ่มและจัดทำโครงการเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการและยกระดับมาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เป็นสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและมีสุขภาพดี โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยที่ส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่สิ่งแวดล้อมและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชน เช่น โครงการการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้าน เป็นต้น และดำเนินการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายร่วมกับ อปท. สถานประกอบการเอกชน รวมถึงแหล่งท่องเที่ยวและโรงแรม ให้มีการพัฒนาและดำเนินการตามมาตรฐานและกฎหมายกำหนดเพื่อให้ส่งเสริมให้คนในชุมชนมีความตระหนักรู้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพและมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดการป่วยด้วยโรคจากอนามัยสิ่งแวดล้อม นำไปสู่การเป็นเมืองสุขภาพดีด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างครอบคลุมและมีความยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธนัญชกร เชยวัดเกาะ[8]พบว่า การบริหารจัดการในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ควรต้องมีการประสานงานสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายชุมชนและท้องถิ่น เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมกัน และมีการขยายผลการดำเนินงานสู่สถานบริการสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ต่อไป ดังนั้นเพื่อให้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข และกำหนดแผนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Stewart, Shepherd, Jarvis, and Ghebrehewet[9] พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญกับแนวทางการดำเนินงานของทีมบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น เพราะเชื่อมั่นในความรู้และทักษะด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้มาจากผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับภูมิภาค รวมถึงการนำความคิดเห็นของประชาชนมาปรับใช้เพื่อสามารถจัดการสิ่งแวดล้อมให้เกิดประโยชน์สูงสุด ด้วยการดำเนินการเหล่านี้ร่วมกับหลักการระดับชาติและผู้เชี่ยวชาญแนวหน้าในท้องถิ่น ทำให้สามารถได้แนวทางการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่อิงตามท้องถิ่นได้ โดยบูรณาการวิทยาศาสตร์เข้ากับบริบทในท้องถิ่น เพื่อแก้ปัญหาที่ยากและไม่สามารถแก้ไขดังนั้นสรุปได้ว่าความเป็นผู้นำ ระดับความผู้เชี่ยวชาญ และประสบการณ์ด้านกระบวนการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมนั้นมีคุณค่าต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานท้องถิ่น และควรอิงตามแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมความสัมพันธ์ในท้องถิ่น โดยไม่กระทบต่อความรู้และทักษะของผู้เชี่ยวชาญที่มีอยู่เดิม

2. การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี โดยรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะผู้บริหารและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ให้ความสำคัญกับระบบการบริหารจัดการที่ดี มีการกำหนดเป้าหมายการลดปริมาณของเสียทางการแพทย์ การจัดทำแผนปฏิบัติการและการกำกับติดตาม เพื่อให้เป็นระบบปฏิบัติการด้านอามัยสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน โดยมีการบริหารจัดการ

มูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎหมาย และมีการบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยทั่วไปทุกประเภท มีเอกสารกำกับหรือหลักฐานการส่งมูลฝอยทั่วไปนำไปกำจัดรวมทั้งมีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎหมาย นอกจากนี้ยังได้มีการดำเนินงานด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ เช่น การกำหนดให้มีการใช้ยาคุ้มค่าสมเหตุผล ลดการใช้ยาที่ต้นทาง เป็นต้น และหน่วยสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ร่วมกันการสร้างความตระหนักในการใช้หลัก 3R ในการจัดการของเสียทุกประเภท เช่น การใช้ประโยชน์จากมูลฝอยรีไซเคิล การจัดอบรมการจัดการมูลฝอยให้กับผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกาญจนา โทหา[10] พบว่า การเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรในการจัดการขยะมูลฝอยโดยการจัดอบรมให้ความรู้ การจัดการและการคัดแยกขยะแก่บุคลากรในสถานบริการสาธารณสุข และรณรงค์สร้างจิตสำนึกบุคลากรในในสถานบริการสาธารณสุขลดปริมาณขยะจากแหล่งต้นทาง (Reduce) เช่น ใช้ปิ่นโต ลดการใช้โฟม ถุงพลาสติก การประชุมในหน่วยงาน ให้นำแก้วน้ำส่วนตัวมาใช้ การใช้ซ้ำ (Reuse) เช่น ใช้กระดาษสองหน้า และการนำกลับมาใช้ใหม่ (Recycle) เช่น คัดแยกขวดพลาสติก กระป๋องขาย ส่งผลให้การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขเกิดประโยชน์สูงสุดกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับงานวิจัยของปรียานุช บูรณะภักดี[11] พบว่า รูปแบบแนวทางการจัดการของเสียทางการแพทย์ที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาล ได้แก่ การบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการจัดทำนโยบายและกำหนดหน้าที่ในการจัดการของเสียที่ชัดเจน และการจัดการของเสียทางการแพทย์โดยการคัดแยกรวบรวม เก็บขน และกำจัดอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยจัดทำแนวทางปฏิบัติในการจัดการของเสียทางการแพทย์ที่ถูกต้องและปลอดภัยแยกตามประเภทของเสีย ดังนั้นควรส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีระบบการจัดการของเสียทางการแพทย์ที่เป็นระบบเดียวกันและให้ความสำคัญกับการลดและคัดแยกมูลฝอยที่แหล่งกำเนิด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลในประเทศไทย

3. ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ด้านการสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Advocate) และด้านการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (Build Capacity) มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปร 2 ตัวแปรนี้สามารถร่วมกันทำนายการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ได้ร้อยละ 74 ทั้งนี้เป็นเพราะผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการสำรวจประเมินความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูล และนำมาจัดทำแผนขับเคลื่อนการดำเนินงาน รวมถึงให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี มีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม มีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม มีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะดำเนินการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมและมีความเชื่อว่าผลที่เกิดจากการกระทำจะสามารถเกิดขึ้นจริงได้ เจ้าหน้าที่จึงมีความตระหนักในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมและพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม เหล่านี้เป็นผลมาจากการที่ผู้บริหารให้ความสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน มีการจัดการอบรมให้ความรู้แก่ปฏิบัติงานได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งให้โอกาสในการมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ดังนั้นก่อให้เกิดการ

พัฒนาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิสิต จงศุภวิศาลกิจ[12] พบว่า แนวทางในการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุขควรมีแผนการดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ชัดเจนด้วยการกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์และสภาพปัญหา มีแผนการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ มีการจัดโครงสร้างโดยกำหนดตำแหน่งหน้าที่บุคลากรอย่างเหมาะสม และควรให้ความสำคัญในการฝึกอบรมฟื้นฟูศักยภาพให้กับบุคลากรให้มากขึ้น เพื่อให้มีการพัฒนาทักษะผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในทุกระดับ และสอดคล้องกับงานวิจัย Adanma and Ogunbiyi[13] ที่พบว่า ประโยชน์ด้านสุขภาพที่ดีของประชาชนขึ้นอยู่กับนโยบายในการกำกับดูแลและกฎระเบียบด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการพัฒนาเชิงกลยุทธ์สำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมมีความจำเป็นอย่างยิ่งและต้องใช้ความร่วมมือแบบสหวิทยาการ โดยการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี การมีส่วนร่วมของชุมชน การประเมินผลกระทบต่อนโยบายในระยะยาว และการใช้นโยบายที่สร้างสรรค์ เพื่อสร้างกรอบแนวทางในการกำหนดนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ซึ่งนโยบายเหล่านี้ส่งผลให้มีการลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษอย่างเห็นได้ชัด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขควรกำหนดแผนการขับเคลื่อนการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน มีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงาน เพื่อให้การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรีบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย พร้อมทั้งมีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กร สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม มีการประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงานและการรายงานผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารทราบอย่างสม่ำเสมอ โดยการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมควรเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทุกระดับให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้สประสบผลสำเร็จ

2. ผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขควรศึกษาและทำความเข้าใจหลักเกณฑ์ มาตรฐาน กฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในในสถานบริการสาธารณสุข และดำเนินการให้เป็นไปตามข้อกำหนดต่าง ๆ ตลอดจนมีแผนดำเนินการเฝ้าระวังคุณภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมครบทุกด้าน และปฏิบัติตามแผนอย่างเคร่งครัด

3. ผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขควรสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และสนับสนุนการให้องค์ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น อบรมให้ความรู้ผู้ปฏิบัติงานดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย ผู้ปฏิบัติงานเก็บ ขน กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ผู้ดูแลควบคุมระบบประปา ตลอดจนให้ความรู้แก่ผู้สัมผัสอาหาร ในโรงครัวของโรงพยาบาล เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายที่มีความเกี่ยวข้องในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ประสบผลสำเร็จและยั่งยืน

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ถึงสถานการณ์ปัจจุบันที่อาจส่งการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข เพื่อจะเป็นข้อมูลในการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

3. ควรศึกษากระบวนการบริหารจัดการด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลแต่ละประเภท ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและนำไปใช้ประโยชน์ได้ตรงกับบริบทของแต่ละสถานบริการสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย.(2566). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ.(2567). ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี : 2567 (เฉพาะงบดำเนินงาน) ปราจีนบุรี [อินเตอร์เน็ต]. ปราจีนบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://sms.moph.go.th/sms2024/report/v_cipp_11110.php?projmoph_id=08&prov=25&zone=06
3. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W.(1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3): 607–610.
4. สุบิน ยุระรัช.(2559). การเขียนรายงานการวิจัยทางสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. กรุงเทพฯ: วิชั่นพรีเพรส; 2559.
5. Best, J. W., & Kahn, J. V.(2006). Research in Education. 9th ed. Boston: Library of Congress; 2006.
6. Munro, B. H.(2005). Statistical methods for health care research (Vol. 1). New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
7. กัลยา วานิชย์บัญชาและฐิตา วานิชย์บัญชา.(2558). การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2558.
8. ธนัญชกร เชยวัดเกาะ.(2566). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน GREEN &CLEAN Hospital Challenge ของบุคลากรในโรงพยาบาล จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น 2566; 4:43-63.
9. Stewart, A. G., Shepherd, W., Jarvis, R., & Ghebrehewet, S.(2003). Environmental Public Health practice: designing and delivering a locally desirable service. Public health 2023; 221:150–159.
10. กาญจนา โทหา.(2563). การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสวนพยอมสาขาโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2563; 2:42-54.
11. ปรียานุช บูรณะภักดี.(2566). การพัฒนาระบบการจัดการของเสียทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลในประเทศไทย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566; 46:65-80.
12. นิสิต จงศุภวิศาลกิจ.(2566). ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566; 46:56-67.
13. Adanma, U, & Ogunbiyi, E.The public health benefits of implementing environmental policies: A comprehensive review of recent studies. International Journal of Applied Research in Social Sciences 2024; 6:978-1004.

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of village health volunteers in vision screening potential development Tad Dong Keng Subdistrict Health Promoting Hospital, Sahasakhan District, Kalasin Province.

(Received: August 4,2025 ; Revised: August 10,2025 ; Accepted: August 13,2025)

รัตพงษ์ สินสุวงศ์วัฒน์[1]
Ratpong Sinsuwongwat

บทคัดย่อ

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้าใจในการคัดกรองสายตา และรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีระยะเวลาการวิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน 2568 – สิงหาคม 2568 จำนวน 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 62 คน) เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจการคัดกรองสุข ภาวะทางตาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แต่ยังมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจการคัดกรองสุข ภาวะทางตาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความเข้าใจการคัดกรองสุข ภาวะทางตาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การคัดกรองสายตา

Abstract

The study of the development model of village health volunteers in vision screening at Tad Dong Keng Sub-district Health Promoting Hospital, Sahasakhan District, Kalasin Province aimed to study the understanding of vision screening and the development model of village health volunteers in vision screening at Tad Dong Keng Sub-district Health Promoting Hospital, Sahasakhan District, Kalasin Province. This was an action research with a research period between June 2025 and August 2025, a total of 3 months. The sample group consisted of 62 village health volunteers in vision screening at Tad Dong Keng Sub-district Health Promoting Hospital, Sahasakhan District, Kalasin Province. Data were collected from questionnaires and analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the study found that the understanding of the health screening of the eye condition of the village health volunteers at Tad Dong Keng Subdistrict Health Promoting Hospital, Sahasakhan District, Kalasin Province after the operation was at the highest level overall, but the average score was still at a high level. When comparing the understanding of the health screening of the eye condition of the village health volunteers at Tad Dong Keng Subdistrict Health Promoting Hospital, Sahasakhan District, Kalasin Province before and after the

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

operation, it was found that overall and in each aspect, there were statistically significant differences at the 0.05 level, where the understanding of the health screening of the eye condition of the village health volunteers at Tad Dong Keng Subdistrict Health Promoting Hospital, Sahasakhan District, Kalasin Province after the operation was better than before the operation.

Keywords: village health volunteers, vision screening

บทนำ

ปัญหาสุขภาพสายตาเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อประชากรทุกกลุ่มวัยทั่วโลก ตั้งแต่เด็กเล็กจนถึงผู้สูงอายุ ภาวะสายตาผิดปกติและโรคตา เช่น สายตาสั้น สายตายาว ต้อกระจก ต้อหิน และโรคจอประสาทตาเสื่อม เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร องค์การอนามัยโลกระบุว่ามีผู้คนมากกว่า 2.2 พันล้านคนทั่วโลกที่มีความบกพร่องทางสายตา ซึ่งประมาณ 1 พันล้านคนอยู่ในกลุ่มที่สามารถป้องกันหรือรักษาได้หากเข้าถึงบริการที่เหมาะสมแต่ยังไม่ได้รับการดูแล[1] ผลกระทบเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การเรียนรู้ การทำงาน รวมถึงเป็นภาระทางเศรษฐกิจของบุคคลและสังคมอย่างมาก[2] ทั้งนี้การแก้ไขปัญหาอย่างครบวงจรจำเป็นต้องอาศัยการวางแผนและการดำเนินงานที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพื่อให้ลดภาระโรคและส่งเสริมสุขภาพสายตาในประชากรทุกกลุ่ม

ประเทศไทยเผชิญกับภาระโรคตาและสายตาผิดปกติในประชากรหลากหลายวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้อัตราภาวะต้อกระจกและโรคต้อหินสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงปัญหาสายตาสั้นในเด็กและวัยเรียนที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน[3] หากไม่ได้รับการคัดกรองและดูแลตั้งแต่เนิ่น ๆ จะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และพัฒนาการ รวมทั้งเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและระบบสาธารณสุข[4] ดังนั้น การดำเนินการคัดกรองสายตาและพัฒนากลไกการดูแลเยียวยาที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการค้นหาปัญหาเบื้องต้นและส่งต่อการรักษาที่เหมาะสมเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว ขณะเดียวกันการเสริมสร้างความรู้และทักษะของบุคลากรชุมชนจึงเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการนี้ให้เกิดผลสำเร็จอย่างยั่งยืน

การคัดกรองสายตาเป็นกระบวนการตรวจประเมินความผิดปกติทางสายตาเบื้องต้น เพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงหรือผิดปกติในระยะเริ่มแรก โดยการใช้เครื่องมือมาตรฐานอย่างเช่น ตาราง Snellen Chart ซึ่งเหมาะสมสำหรับบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนเบื้องต้น รวมถึงการสังเกตอาการของโรคต้อกระจกและต้อหินอย่างใกล้ชิดด้วยเทคนิคและเครื่องมือต่าง ๆ[5] รูปแบบการคัดกรองต้องเป็นระบบและครอบคลุม เพื่อการป้องกันและแก้ไขได้อย่างทันท่วงที[6] ซึ่งการบูรณาการการคัดกรองสายตาในระบบสุขภาพปฐมภูมินั้นถือเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้การส่งต่อและการดูแลสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญของระบบสาธารณสุขชุมชน ทำหน้าที่รณรงค์ ส่งเสริมสุขภาพ และดำเนินการป้องกันโรคในระดับพื้นฐาน[7] โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลหรือชุมชนที่เข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ยาก อสม. มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น รวมถึงสุขภาพสายตา แต่เนื่องจากการใช้เครื่องมือและเทคนิคในงานคัดกรองสายตาต้องอาศัยทักษะและความรู้เฉพาะ จึงต้องมีการพัฒนาศักยภาพของอสม. เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานคัดกรองสายตาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ลดความผิดพลาดในการเก็บข้อมูล[2] การพัฒนาศักยภาพดังกล่าวยังช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานและเสริมสร้างความเชื่อมั่นกับชุมชน การพัฒนาศักยภาพอสม. ควรมุ่งเน้นการอบรมเชิงปฏิบัติที่เสริมสร้างความรู้และความเข้าใจในสุขภาพสายตาเบื้องต้น รวมทั้งฝึกทักษะการใช้เครื่องมือ เช่น Snellen Chart และการสังเกตภาวะผิดปกติ

ทางตา โดยการอบรมควรเป็นแบบเข้มข้นเพื่อให้ อสม. มีความมั่นใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิผล พร้อมทั้งมีระบบติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนและเกิดผลในวงกว้าง[8] การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้และสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้การพัฒนาศักยภาพไม่หยุดชะงักและมีผลลัพธ์ที่ชัดเจนในระยะยาว

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีประชากรกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก ทั้งเด็ก ผู้สูงอายุ และกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ รวมถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนาศักยภาพอสม. เป็นทางออกสำคัญในการเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรในการคัดกรองสายตา เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการและเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของประชากรในชุมชนนั้น[9]

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อส่งเสริมให้อาสาสมัครฯ มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการคัดกรองสายตาอย่างถูกต้อง สามารถนำไปใช้ปฏิบัติงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลจากการดำเนินงานนี้จะทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่มีปัญหาสายตาในพื้นที่ได้รับการตรวจค้นหาความผิดปกติได้รวดเร็วและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น นำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาสายตาแต่เนิ่น ๆ ลดโอกาสเกิดความพิการหรือผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ส่งเสริมให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจในการคัดกรองสายตา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีระยะเวลาการวิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน 2568 – สิงหาคม 2568 จำนวน 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 62 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยการวิเคราะห์ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา กำหนดกิจกรรม ดำเนินการตามกิจกรรมและสรุปผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัด

กรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ความเข้าใจในการคัดกรองสายตา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

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) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan: P)

1.1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน โดยทบทวนผลงานวิชาการและรายงานสถานการณ์การคัดกรองสายตาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลปัญหา จาก อสม. เจ้าหน้าที่ และชุมชน เช่น การสัมภาษณ์เบื้องต้นเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และความคาดหวัง/ปัญหาที่พบ

1.3 ประชุมวางแผนร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง (อสม., เจ้าหน้าที่ รพ.สต.) เพื่อรวบรวมความคิดเห็น กำหนดเป้าหมายชัดเจน กำหนดกรอบกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ ออกแบบกิจกรรมและเครื่องมือ

1.4 ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการ (Action)

2.1 ดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามตารางที่กำหนด แต่ละหัวข้อตรงกับประเด็นที่ประเมิน

2.2 จัดกิจกรรมแบบ workshop และลงมือปฏิบัติจริง (Hands-on) ทุกหัวข้อ สนับสนุนให้ อสม.ฝึกคัดกรองกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายจริงในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe)

3.1 เก็บคะแนนความเข้าใจความเข้าใจการคัดกรองสุข ภาวะทางตาอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน

3.2 เก็บข้อมูลภาคปฏิบัติ เช่น การลงมือใช้ Snellen Chart, การสังเกตต้อหิน/ต้อกระจก ฯลฯ บันทึกผลสรุปในแบบฟอร์มที่ออกแบบไว้

3.3 สังเกตพฤติกรรมการเรียนรู้และการปฏิบัติจริง ระหว่างและหลังอบรม (ลงบันทึกโดยทีมวิจัย/วิทยากร)

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect)

4.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความเข้าใจความเข้าใจการคัดกรองสุข ภาวะทางตาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน

4.2 ประชุมสรุปประสบการณ์พร้อมสะท้อนปัญหา แนวทางปรับปรุง ร่วมกับอสม. และเจ้าหน้าที่

4.3 รวบรวมข้อเสนอแนะจากการปฏิบัติงานและนำเสนอเพื่อการพัฒนา ต่อยอดกิจกรรมในอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t - test ในการวิเคราะห์ ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. ความเข้าใจการคัดกรองสุข ภาวะทางตาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ก่อนดำเนินงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสายตา เช่น ผัก ผลไม้ สีเขียว สีเหลือง กับการทำงานของกล้ามเนื้อตาลดลง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 $\pm$ 1.03 เท่ากัน) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การบันทึกค่าค่าสายตาตามแผ่นทดสอบสายตาสเนลเลน (Snellen Chart) กับแสงรังสี UV (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.10 $\pm$ 1.21 เท่ากัน) หลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แต่ยังมีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อที่ 1 สายตาระยะไกล : นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง ข้อที่ 2 สายตาระยะใกล้ : อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุตไม่ได้ ข้อที่ 8 ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา ข้อที่ 11 ประโยชน์ของสวมแว่นกันแดดเป็นประจำ ข้อที่ 16 อาการตาพร่า และข้อที่ 19 เลนส์แก้วตาแข็งตัวขึ้น

2. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ประกอบด้วย การคัดกรองสุขภาวะทางตาเป็นการคัดกรองปัญหาการมองเห็น (ระยะไกล-ใกล้) ที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และลักษณะการมองเห็นผิดปกติที่เป็นปัญหาและพบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้อกระจก ต้อหินและจอตาเสื่อมเนื่องจากอายุ

3. การเปรียบเทียบความเข้าใจการคัดกรองสุข ภาวะทางตาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความเข้าใจการคัดกรองสุข ภาวะทางตาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจการคัดกรองสุข ภาวะทางตาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวม ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความเข้าใจ	3.53	0.53	4.31	0.42	60	-8.907	.000	-.95658	-.60572

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจการคัดกรองสุข ภาวะทางตาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวม ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความเข้าใจการคัดกรองสุข ภาวะทางตาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวม หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจการคัดกรองสุขภาวะทางตาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ก่อนดำเนินงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสายตา เช่น ผัก ผลไม้ สีเขียว สีเหลืองกับการทำงานของกล้ามเนื้อตาลดลง (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.25 $\pm$ 1.03 เท่ากัน) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การบันทึกค่าค่าสายตาตามแผ่นทดสอบสายตาสเนลเลน (Snellen Chart) กับแสงรังสี UV (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 $\pm$ 1.21 เท่ากัน) สอดคล้องกันกับการศึกษาของพรทิพย์ ภูสง่า[9] รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ พบว่า ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันก่อนดำเนินการรายข้อและโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ผู้วิจัยจึงได้จัดทำ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การคัดกรองสุขภาวะทางตาเป็นการคัดกรองปัญหาการมองเห็น (ระยะไกล-ใกล้) ที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และลักษณะการมองเห็นผิดปกติที่เป็นปัญหาและพบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้อกระจก ต้อหินและจอตาเสื่อมเนื่องจากอายุ โดยอ้างอิงจากคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 กระทรวงสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข[10] ส่งผลให้หลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แต่ยังมีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อที่ 1 สายตาระยะไกล : นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง ข้อที่ 2 สายตาระยะใกล้ : อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุตไม่ได้ ข้อที่ 8 ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา ข้อที่ 11 ประโยชน์ของสวมแว่นกันแดดเป็นประจำ ข้อที่ 16 อาการตาพร่า และข้อที่ 19 เลนส์แก้วตาแข็งตัวขึ้น และความเข้าใจการคัดกรองสุข ภาวะทางตาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า

โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความเข้าใจการคัดกรองสุข ภาวะทางตาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ พรทิพย์ ภูสง่า[9] รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันหลังดำเนินการ รายข้อและโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความเข้าใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันดีกว่าก่อนการดำเนินการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกาญจน์ อินทะชัย ศิวพร อึ้งวัฒนาวิลาวัณย์ เตือนราษฎร์[11] ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสำหรับ แกนนำนักเรียนผ่านการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานต่อความรู้และการปฏิบัติการตรวจสายตาในโรงเรียน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสำหรับแกนนำนักเรียนในการตรวจสายตาในโรงเรียนวัดเวฬุวัน จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเป็นฐาน (Activity Based Learning: ABL) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแกนนำนักเรียนจำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้การตรวจสายตา แบบประเมินการปฏิบัติการตรวจสายตา และชุดโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพที่มีค่าความตรงของเนื้อหา .93 รวมถึงความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามและแบบสังเกตการปฏิบัติที่ .77 และ 1.00 ตามลำดับ การวิจัยดำเนินการใน 3 ระยะ คือ ก่อนการทำกิจกรรม ระหว่างดำเนินการ และการประเมินผล ข้อมูลถูกวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงการทดสอบทีแบบจับคู่และแมคนีมา ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการตรวจสายตาของแกนนำนักเรียนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับความสามารถในการปฏิบัติการตรวจสายตาที่ถูกต้องมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากผลลัพธ์นี้จึงแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพนี้สามารถนำไปใช้พัฒนาศักยภาพของแกนนำนักเรียนในการตรวจสายตาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถส่งเสริมความเข้าใจการคัดกรองสุข ภาวะทางตาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาดดงเค็ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้จึงควรส่งเสริมรูปแบบนี้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรส่งเสริม รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเรื่องอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2020). World report on vision. Geneva: WHO. https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-vision
2. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies. Health Promotion International, 15(3), 259–267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). รายงานสุขภาพประชากรไทย. สืบค้นจาก https://www.nso.go.th/
4. กัญญาณัฐ เกิดชื่น จงกลณี ตุ้ยเจริญ ธิดารัตน์ นิ่มกระโทก.(2567). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการบริหารจัดการ “ สถานีรักษ์สุขภาพ ” แบบเป็นหุ้นส่วน. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 10(2). 55 - 68
5. คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ที่ บริษัท ณจันตา ครีเอชั่น จำกัด สิงหาคม 2564
7. กระทรวงสาธารณสุข. (2554). ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. สืบค้นจาก https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2021-09-07-11-21-93471516.pdf
6. American Academy of Ophthalmology. (2021). Vision screening for children and adults. https://www.aao.org/
8. Ryan, P. (2009). Integrated theory of health behavior change. Applied Nursing Research, 22(4), 195–197. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.06.007
9. พรทิพย์ ภูสง่า.(2568). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 10(1), 725–736. สืบค้นจาก https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/283271
10. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). อาสาสมัครสาธารณสุขบ้าน (อสม.): กำลังสำคัญด้านสุขภาพชุมชน. สืบค้นจาก https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/preproceeding/manuscript_pdf/research/56_manuscript.pdf
11. ศิริกาญจน์ อินทะชัย ศิวพร อึ้งวัฒนา วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์ (2564). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสำหรับ แกนนำนักเรียนผ่านการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานต่อความรู้และการปฏิบัติการตรวจสายตาในโรงเรียน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 31(1), 110 –20. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/250651/170373

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับชี่กงแบบประยุกต์ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

Effectiveness of Cardiac Rehabilitation Programs With Qigong For Heart Failure Patients in Nongkhai Hospital Nongkhai Provine.

(Received: August 18,2025 ; Revised: August 24,2025 ; Accepted: August 26,2025)

ธัชนันท์ วสันธรางกูร[1]นิภาภรณ์ ชาญสมร[2]ลิกิจ โหราฤทธิ์[3]
Tachanan Wasantharangkun[1] Nipaporn Chansamorn[2] Likit Horarit[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ 1) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับการใช้ชี่กงแบบประยุกต์ก่อนและหลังการทดลอง และ 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับการใช้ชี่กงแบบประยุกต์ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกกายภาพตามปกติ หลังการทดลอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีการวัดผลก่อน และวัดผลหลังการให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 64 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างอาศัยความน่าจะเป็น การจับฉลากเข้ากลุ่ม เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีการทดสอบสมมติฐาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ สถิติ t-test Independent, t-test Dependent และสถิติค่า Chi-square (χ^2) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลอง หลังการทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับการใช้ชี่กงแบบประยุกต์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับการใช้ชี่กงแบบประยุกต์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกกายภาพตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ :โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ, ชี่กงแบบประยุกต์, ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Abstract

This research aimed to conduct a comparative study: 1) to compare the mean scores between the experimental groups receiving a cardiac rehabilitation promotion program combined with applied Qigong before and after the experiment, and 2) To compare the mean scores between the experimental group that received the cardiac rehabilitation promotion program combined with applied Qigong and the control group that received normal physical training after the experiment. This was a quasi-experimental research between the control group and the experimental group. The results were measured before and after the rehabilitation program for heart failure patients. The patients diagnosed with heart failure who came for a check-up at the heart failure specialist clinic, Nong Khai Hospital, totaling 64 people. The sampling group was selected based on probability and group assignment by lottery. Since this research involves hypothesis testing, the statistics used in data analysis are frequency, percentage, mean, and standard deviation. The statistics used in hypothesis testing are t-test Independent, t-test Dependent, and Chi-square (χ^2) at a significance level of .05.

[1] นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย
[2] นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

The research results found that 1) the experimental group after the experiment received the cardiac rehabilitation promotion program combined with the use of applied Qigong had a higher mean score than the experimental group before receiving the program with statistical significance at the .05 level, and 2) after the experiment, the experimental group received the cardiac rehabilitation promotion program combined with the use of applied Qigong had a higher mean score than the control group who received regular physical training with statistical significance at the .05 level.

Keywords: cardiac rehabilitation program, applied qigong, heart failure patients

บทนำ

โรคหัวใจเป็นสำเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของคนไทยในสามลำดับแรก และเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ถึง ร้อยละ 80 [1] โดยรายงานกระทรวงสาธารณสุขปี 2553 และ 2558 พบว่าอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นจาก 116.93 เป็น 291.81 ต่อ 100,000 ประชากรของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[2] ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงกลายเป็นภาระหนักสำหรับทีมผู้ดูแล เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นทุกวัน ความชุกเฉลี่ย 1% ของประชากร ซึ่งผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการหนักจากสาเหตุ หายใจลำบากร้อยละ 97 มีภาวะน้ำท่วมปอดร้อยละ 93 มีอาการบวมน้ำ ร้อยละ 60 และการได้รับยาขับปัสสาวะที่ไม่เพียงพอร้อยละ 20 [3]

โรงพยาบาลหนองคายเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 350 เตียง มีหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมจำนวน 4 หอผู้ป่วย พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวปี 2564-2566 จำนวน 456 ราย 590 ราย และ 683 ราย ตามลำดับ และอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ปี 2564-2566 พบร้อยละ 42.23, ร้อยละ 40 และร้อยละ 40.49 ตามลำดับ (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลหนองคาย,2567) ผู้ป่วยจะมีอาการหนักต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำซากซึ่งหลังเข้ารับการรักษาพยาบาลพบว่ามีอัตราเสียชีวิตร้อยละ 10.12, ร้อยละ 8.23 และร้อยละ 7.16 ตามลำดับ ด้วยสาเหตุสำคัญ คือ ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ภาวะเกลือโพแทสเซียมต่ำ และภาวะเกลือโพแทสเซียมสูง โดยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 9.32 วัน, 8.3 วัน และ 7.5 วัน โดยพบการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบซ้ำ ร้อยละ 7.10, ร้อยละ 7.58 และร้อยละ 7.63 ตามลำดับ[4] ระยะเวลาเฉลี่ยในการกลับเข้านอนซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว เท่ากับ 17 วันด้วยอาการภาวะน้ำเกินเฉลี่ย 3-4 ครั้งต่อปี อาการที่กลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลคืออาการหายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ บวมกดบุ๋ม จากสาเหตุการมีพฤติกรรมเสี่ยง ต่อโรคกำเริบ ได้แก่ การรับประทานอาหารเค็ม การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา การไม่ออกกำลังกาย และ การขาดนัด ส่วนใหญ่เกิดจากการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น ไม่คิดว่าการจำกัดเกลือจะช่วยให้โรคของตนเองดีขึ้น คิดว่าการรับประทานยาตามแพทย์สั่งก็เพียงพอแล้วในการควบคุมโรค และคิดว่าคำแนะนำที่ได้รับเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันจึงไม่สามารถทำตามได้ เช่น การงดเติมน้ำปลาหรือเกลือในอาหาร และยังพบว่า ไม่เข้าใจการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ไม่มีการปฏิบัติการฟื้นฟูฯ ชัดเจน การสอน การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเป็นรูปแบบสอนทั่วไป ไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่องและหลังจำหน่ายจะติดตาม ดูแลต่อเนื่องที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอกเท่านั้น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี หลังจากจำหน่ายร้อยละ 34.6 โดยเกิดจากสาเหตุ ได้แก่ อายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ความรุนแรงของโรค จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ขาดความรู้ ความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม

ไม่สามารถประเมินความผิดปกติและจัดการความเจ็บป่วย ดังกล่าวได้ด้วยตนเอง และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้อาการของโรครุนแรงมาก การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเป็นกิจกรรมกายภาพที่จัดกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรคประกอบด้วย[5] คือ 1) การประเมินความพร้อมร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย 2) การให้คำปรึกษาด้านอาหารและโภชนาการ 3) การจัดการกับปัจจัยเสี่ยง เช่น การเลิกสูบบุหรี่, การมีเพศสัมพันธ์ การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา การเฝ้าระวัง และจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกินและการพบแพทย์ตามนัด 4) การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางด้านจิตสังคม หรือการจัดการความเครียดและปัญหาหรือความต้องการในชีวิตประจำวัน และ 5) ให้คำปรึกษาการออกกำลังกาย และการฝึกการออกกำลังกาย โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพการทำงานของหัวใจ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ลดความเครียด[6] เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่การดำเนินของโรคไม่หยุดนิ่ง ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเป็นระยะ ๆ[1] ผู้ป่วยจึงควรต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อไม่มีข้อห้าม เพื่อประคับประคอง ให้หัวใจสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยจัดรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะเฉียบพลัน: 24-48 ชั่วโมงแรก 2) ระยะก่อนจำหน่าย: 3-10 วันก่อนจำหน่าย และ 3) ระยะหลังจำหน่าย: วันที่ 2-30 วันหลังจำหน่าย ที่มีความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ ได้แก่ 1) การกลับเข้ารักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำภายใน 28 วัน 2) ระยะทางที่สามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที(6 MWT) และ 3) ความรู้การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวหรือผู้ดูแลหลัก[7] นักกายภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องให้การดูแลในระยะยาว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้ป่วยและ ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านทั้งเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคและ พัฒนาทักษะการดูแลตนเองให้เหมาะสมในระยะก่อนจำหน่ายและระยะหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยการติดตามเยี่ยม ทางโทรศัพท์ รวมถึงการเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในพื้นที่กับผู้ป่วย สนับสนุนการฟื้นฟู สมรรถภาพและการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าถึงบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับการใช้ชี่กงแบบประยุกต์ก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับการใช้ชี่กงแบบประยุกต์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกกายภาพตามปกติหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง หลังการทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับการใช้ชี่กงแบบประยุกต์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับการใช้ชี่กงแบบประยุกต์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกกายภาพตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research Design) ซึ่งมีลักษณะศึกษาเปรียบเทียบสองกลุ่มที่ประกอบด้วย กลุ่ม

ควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีการวัดผลก่อนและวัดผลหลังการให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2568-กรกฎาคม 2568

1. สถานศึกษา

ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่คลินิกเฉพาะทางโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ผู้ป่วยชายและหญิงอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับความสามารถทำหน้าที่ของร่างกายแบ่งตามเกณฑ์ NYHA Functional Class II-II ที่คลินิกเฉพาะทางโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 64 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Random Sampling) การจับฉลากเข้ากลุ่ม เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีการทดสอบสมมติฐาน และเพื่อให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของการใช้สถิติอ้างอิง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้

2.2.1 การเลือกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Random Sampling) การจับฉลากเข้ากลุ่ม ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด โดยผู้ร่วมวิจัยจะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกกายภาพตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับการใช้ชี่กงแบบประยุกต์ จากนั้นทำการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศเดียวกัน อายุอยู่ในช่วงเดียวกัน ต่างกันไม่เกิน 5 ปี และระดับความทนต่อการทำกิจกรรมแบ่งตาม New York Heart Association (NYHA) Functional Classification เพื่อความตัวแปรแทรกซ้อน และมีเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกตามคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์และ/หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับความสามารถทำหน้าที่ของร่างกายแบ่งตามเกณฑ์ NYHA Functional Class II-I-II
2. อายุรแพทย์และ/หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจเห็นชอบว่าสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นอันตรายใด ๆ หรือถ้ามีภาวะแทรกซ้อนควบคุมอาการของโรคได้
3. สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ มีระดับความรู้สึกตัวดี ประเมินจากการตอบคำถามรับรู้ วันเวลา สถานที่
4. ยืนยันการตรวจตามนัดที่คลินิกเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลหนองคาย
5. มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสื่อสารได้

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีโรคร่วม ได้แก่ โรคทางจิตเวช โรคไตวายเรื้อรัง
2. มีข้อห้ามในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหัวใจ
3. ไม่สามารถติดต่อกลุ่มตัวอย่างได้

2.2.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) และขนาดอิทธิพล (effect size) ด้วยการคำนวณจากการให้อำนาจการทดสอบ โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ที่ 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.80 ซึ่งได้จากงานวิจัยที่เคยทำมาก่อนซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยที่ต้องการศึกษาในด้านลักษณะโปรแกรม กลุ่มประชากร เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ ของการออกกำลังกาย

แบบชี่กงต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายแบบชี่กง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 21 คน กลุ่มทดลอง 21 คน ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวมีลักษณะใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ผู้วิจัยกำลังศึกษา หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของกลุ่มทดลอง 376.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 78.27 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของกลุ่มควบคุม 300.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 57.97

จากการคำนวณ ค่า ES เท่ากับ 1.11 ที่เป็นขนขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (ค่า ES มากกว่า 0.8) ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .40 กำหนดให้อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 เปิดตารางของ Cohen[8] ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 เพื่อชดเชยการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทำวิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 20% ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 32 คน รวม 2 กลุ่ม โดยจัดเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน กลุ่มควบคุม 32 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในครั้งนี้ประกอบด้วย

3.1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย TMSE (Thai Mental State Examination) แบบการตรวจสอบสภาพจิตแบบย่อ ใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

3.2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Dernographic data) ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน อาชีพ และ โรคประจำตัวอื่น ๆ โดยได้มาจากการสัมภาษณ์ป่วย ระดับความสามารถทำหน้าที่ ของร่างกายแบ่งตาม NYHA FC กลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับ ผลตรวจ echocardioprarn ประวัติการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำในรอบ 1 ปี จากประวัติในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย

3.2.2 เครื่องมือที่วัดความสามารถในการทำหน้าที่แบ่งเป็น

(1) แบบสำรวจสุขภาพ Short-Form-36 (SF-36) ฉบันภาษาไทย ได้แก่ คะแนนจากข้อคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ 8 มิติ รวม 36 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัด Likert - scale คือ ขนาดของคำตอบเรียงจากน้อยไปมาก

(2) ทดสอบตามแนวทางการทดสอบ 6MWT แบบทดสอบประกอบด้วย ตารางบันทึกสัญญาณชีพ ก่อนและหลังการทดสอบ อาการผิดปกติระหว่างการทดสอบ ระยะทางที่สามารถเดินได้บนทางราบในเวลา 6 นาที มีการประเมินค่าที่ได้มีหน่วยเป็นเมตร โดยการเปรียบเทียบจากระยะทาง (เมตร) ที่สามารถเดินได้ไกลสุดที่สามารถทำได้ในเวลา 6 นาที (6MWD) วัดเป็นจำนวนเท่าของปริมาณออกซิเจนที่ใช้ในขณะพัก มีหน่วยเป็น METS (Metabolic Equivalent Task)

3.2.3 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการหายใจลำบากแบบตัวเลข (dyspnea numerical rating scale) เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากของตนเองขณะพักในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในรอบวันที่ผ่านมา และขณะที่ประเมินอาการหายใจลำบาก แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอน ยาว 10 เซนติเมตร กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน เริ่มจากคะแนน 0

ด้านซ้ายมือ หมายถึงไม่มีอาการหายใจลำบาก ไปจนถึงปลายสุดทางขวามือ คะแนน 10 หมายถึงมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด แบ่งช่วงคะแนนเพื่อแปลความหมายความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก โดยแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.82

3.2.5 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1)

ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) มีข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ คำถามทางลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด Rating scale 4 ระดับ จากไม่มีความรู้สึกเลยถึงมีมากที่สุด คะแนนรวมต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน

3.2.6 แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (The Trait Anxiety Inventory Form Y-2) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI = 0.9 แบบประเมินความวิตกกังวลแฝงนี้ เป็นการประเมินความวิตกกังวลของตนเองโดยทั่วไป (A-Trait) ผู้วิจัยนำมาใช้ในการจับคู่เพื่อกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกัน เนื่องจากความวิตกกังวลแฝง เป็นอารมณ์พื้นฐานของบุคคลที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีทั้งข้อความด้านบวกและด้านลบ การให้คะแนนข้อคำถามด้านลบจะกลับให้คะแนนในทางตรงข้ามแล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน โดยแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง จะมีข้อคำถามด้านลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16, และ 19 คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้าง ค่อนข้างมาก และมากที่สุด โดยมีการให้คะแนน

3.2.7 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ โดยผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดคุณภาพการนอนหลับ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ 3 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 การรบกวนการนอนหลับ (Sleep disturbance) มิติที่ 2 ประสิทธิภาพของการนอนหลับ (Sleep effectiveness) และมิติที่ 3 การงีบหลับในระหว่างวัน (Nap supplementation) ซึ่งแบบสอบถามนี้เคยนำไปใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำนวน 110 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient's Cronbach alpha) เท่ากับ 0.82

3.2.8 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของสุรีรัตน์ กลิ่นไม้ (สุรีรัตน์ กลิ่นไม้, 2554) ได้นำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเดินออกกำลังกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมาปรับใช้เข้ากับการออกกำลังกายแบบซี่กงในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 ค่าความตรงของเนื้อหา 0.92 มีจำนวนคำถาม 10 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

3.2.9 แบบประเมินระดับของการรับรู้ความเหนื่อย (Borg scale) เพื่อบอกระดับความรุนแรงของการออกกำลังกาย โดยที่แบบประเมินความรู้สึกเหนื่อย (Borg scale) สามารถวัดค่าความรู้สึกเหนื่อย (rate of perceived; RPE) ที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเต้นของหัวใจ ขณะออกกำลังกายแบบต่อเนื่องและเพิ่มความรุนแรงเป็นลำดับขั้น โดยการรับรู้ความเหนื่อยที่มีค่าอยู่ระหว่าง 6-20 ตามหลักการของ Borg scale ค่า 6 หมายถึง รู้สึกสบาย ค่าตัวเลขที่มากขึ้น หมายถึงระดับความรู้สึกเหนื่อยขณะออกกำลังกายที่มากขึ้นตามลำดับ จนกระทั่งถึงค่าระดับ 20 หมายถึงเหนื่อยมากที่สุด จนไม่สามารถออกกำลังกายหรือปฏิบัติกิจกรรมต่อไปได้ จึงต้องหยุดออกกำลังกาย ซึ่งจะทำการประเมินทั้งหมด 3 ช่วง คือ ก่อนการ

ฝึกชี่กง ขณะพักระหว่างการฝึกชี่กง และเมื่อสิ้นสุดการฝึกชี่กงในทุกครั้งของการฝึกชี่กง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมก่อนการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การเฝ้าระวังขณะทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อหยุดกระทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการประยุกต์ใช้ชี่กงร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

3.3.1 การประเมินความพร้อมก่อนการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ตามแนวทางของชมรมฟื้นฟูหัวใจ โดยผู้ป่วยจะต้องมีผลการประเมินที่ผ่านเกณฑ์ครบทุกข้อ จึงจะถือว่าผู้ป่วยผ่านเกณฑ์และมีความพร้อมในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

3.3.2 แบบบันทึกการเฝ้าระวังขณะทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อหยุดกระทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ตามแนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ ของชมรมฟื้นฟูหัวใจ หากผู้ป่วยมีเกณฑ์ต้องหยุดการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระหว่างการทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ข้อ ผู้ป่วยต้องหยุดการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทันที

3.2.3 โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูประยุกต์ใช้ชี่กงร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา [9] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่มีความเกี่ยวข้องกับ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การออกกำลังกายโดยการใช้ ชี่กง : กวงอิมจื้อไจ้กง ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2) กำหนดเนื้อหาให้ครอบคลุมแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา [9] เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สื่อที่ใช้ในโปรแกรมนี้ ได้แก่

2.1) แผนการสอนการปฏิบัติตน และการฝึกชี่กง ชุดกวงอิมจื้อไจ้กง โดยมีเนื้อหาประกอบด้วยความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การฝึกชี่กง อาการที่ต้องเฝ้าระวังขณะออกกำลังกายแบบชี่กงชุดกวงอิมจื้อไจ้กง โดยจัดทำสื่อคอมพิวเตอร์ ด้วยโปรแกรมพาวเวอร์พอยท์ (Power point) ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน

2.2) คู่มือการออกกำลังกายแบบชี่กง ชุดกวงอิมจื้อไจ้กงมอบให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

2.3) วีดีทัศน์ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีประสบการณ์ฝึกชี่กง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยเลือกบุคคลตัวแบบให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

3.2.4 แบบการเฝ้าระวังขณะทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อพิจารณาหยุดกระทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางของชมรมฟื้นฟูหัวใจ โดยผู้ป่วยจะต้องมีผลการประเมินที่ผ่านเกณฑ์ครบทุกข้อ

3.2.5 แบบประเมินระดับของการรับรู้ความเหนื่อย (Borg scale) เพื่อบอกระดับความรุนแรงของการออกกำลังกาย โดยที่แบบประเมินความรู้สึกเหนื่อย (Borg scale) สามารถวัดค่าความรู้สึกเหนื่อย (rate of perceived exertion; RPE) ที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายแบบต่อเนื่องและเพิ่มความรุนแรงเป็นลำดับขั้น โดยการรับรู้ความเหนื่อยที่มีค่าอยู่ระหว่าง 6-20 ตามหลักการของ Borg scale ค่า 6 หมายถึง รู้สึกสบาย ค่าตัวเลขที่มากขึ้นหมายถึง ระดับความรู้สึกเหนื่อยขณะออกกำลังกายที่มากขึ้นตามลำดับ จนกระทั่งถึงค่าระดับ 20 หมายถึง เหนื่อยมากที่สุด จนไม่สามารถออกกำลังกายหรือปฏิบัติกิจกรรมต่อไปได้ จึงต้องหยุดออกกำลังกาย ซึ่งจะทำการประเมินทั้งหมด 3 ช่วง คือ ก่อนการฝึกชี่กง ขณะพักระหว่างการฝึกชี่กง และเมื่อสิ้นสุดการฝึกชี่กงในทุกครั้งของการฝึกชี่กง

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content Validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูประยุกต์ใช้ชีองร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 2) แผนกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูประยุกต์ใช้ชี่กงร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3) แผนการสอนภาวะหัวใจล้มเหลว การปฏิบัติตน และการฝึกชี่กง (กวงอิมจื้อไจ้กง) แบบประยุกต์ 4) คู่มือการออกกำลังกายชี่กง (กวงอิมจื้อไจ้กง) แบบประยุกต์ 5) วีดีทัศน์ตัวแบบการสาธิตเกี่ยวกับการฝึกชี่กง (กวงอิมจื้อไจ้กง) แบบประยุกต์ 6) แบบประเมินระยะทางการเดินบนพื้นราบ 6 นาที 6) สมุดบันทึกการทำชีกงในแต่ละวัน 7) แบบบันทึกการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 8) แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล(case report form) ไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุม ตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน
2. แพทย์กายภาพบำบัดผู้เชี่ยวชาญด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ 1 ท่าน
3. กายภาพบำบัดผู้เชี่ยวชาญด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ 1 ท่าน
4. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 1 ท่าน
5. พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 1 ท่าน

ภายหลังจากผ่านการทดสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index ; CVI) ภายหลังจากผ่านการทดสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์ค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา

จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูประยกต์ใช้ชี่กงร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อดูความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม

4.2 การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliabilty test)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสำรวจสุขภาพ Short-Form-36 (SF-36) แบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ คู่มือวิธีการทดสอบการเดินบนพื้นราบ 6 นาที (6 MWT) เป็นเครื่องมือมาตรฐานและใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งมีคุณลักษณะเหมือนกับประชากรของงานวิจัย จำนวน 30 ราย ที่คลินิกเฉพาะทางโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลหนองคาย เพื่อความเข้าใจในแบบประเมินของผู้ป่วย และทำการทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ (stability reliability) โดย ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กำหนดค่าที่ยอมรับได้ที่ 0.70 ขึ้นไป

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล (สถิติที่ใช้)

1. สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้บรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติอ้างอิง เพื่อใช้เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง ก่อนทดลอง กับหลังการทดลองใช้สถิติ Dependent Samples t-test และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ทดสอบสมมติฐานโดย ใช้สถิติทดสอบ คือ Independent Samples t-test และ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ทุกคนมีอายุ 18 ปี ขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าหัวใจล้มเหลว แต่ไม่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคทางจิตเวช โรคไตวายเรื้อรัง รายละเอียดปรากฏผลตามตารางที่ 1

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

กลุ่มควบคุม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีอายุตั้งแต่ 51 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 62.51 รองลงมาอายุระหว่าง 31-50 ปี มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.62

กลุ่มทดลอง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.13 มีอายุ 51 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 53.13 ส่วนรายได้ต่อเดือน อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.50

และเมื่อทดสอบสัดส่วนหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วยสถิติค่า Chi-square (χ^2) เพื่อทดสอบว่าข้อมูลทั้งสองกลุ่มตัวอย่างนำไปสู่การเลือกใช้สถิติ ทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง มีความกลมกลืนกันหรือไม่ ผลการทดสอบความมีนัยสำคัญด้วยสถิติ Fisher's Exact Test สำหรับทดสอบตัวแปรเพศ แบบ 2 × 2 และใช้สถิติ Chi-square (χ^2) และค่าคาดหวังไม่ต่ำกว่า 5 พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีเป็นสัดส่วนความกลมกลืนกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน

ตอนที่ 3 ผลการสำรวจสุขภาพ

การปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ในแต่ละวัน พบว่า ผู้ป่วยปฏิบัติได้ในแต่ละวัน ได้ทุกข้อเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังนี้ อาบน้ำและการแต่งตัว รองลงมาคือ เดินขึ้นบันได 1 ชั้น ก้มลงเก็บของ หรือคุกเข่า เดินหรือเคลื่อนที่มากกว่า 1 กิโลเมตร กิจกรรมที่ต้องใช้แรงปานกลาง เช่น ถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ เดินหรือเคลื่อนที่มากกว่า 100 เมตร (หลายช่วงเสาไฟฟ้า) เดินขึ้นบันไดหลายชั้นต่อกัน (ตั้งแต่ 2 ชั้น ขึ้นไป) การเดินยกหรือหิ้วของเต็มทั้งสองมือ เดินหรือเคลื่อนที่ประมาณ 100 เมตร (1 ป้ายรถเมย์) และ กิจกรรมที่ใช้แรงมาก เช่น วิ่งไกลๆ ยกของหนัก ออกกำลังกาย ตามลำดับ

ตอนที่ 4 การสำรวจสุขภาพ Short-Form-36 (SF-36)

ผลการสำรวจสุขภาพ Short-Form-36 (SF-36) พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข มากที่สุด รองลงมาคือ รู้สึกมีพลังในการดำรงชีวิต รู้สึกกระปี้กระเป่า รู้สึกสงบ ส่วนที่มีความรู้สึกน้อยที่สุด ได้แก่ รู้สึกซึมเศร้าหรือหู่มาก รู้สึกเบื่อหน่าย วิตกกังวล รู้สึกเหนื่อยเพลีย หมดกำลัง และรู้สึกท้อแท้หม่นหมอง ตามลำดับ

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบผลการประเมินภาวะสุขภาพ

1. การประเมินด้านการหายใจลำบาก

1.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการหายใจลำบากก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 ผลการเปรียบเทียบการหายลำบากก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

2. การประเมินความเหนื่อยหล้า

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยหล้าหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยหล้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ค่า

คะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

3. การประเมินด้านการนอนหลับ

3.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการนอนหลับ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ผลการเปรียบเทียบการนอนหลับก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

4. การประเมินความวิตกกังวลแฝง

4.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลแฝง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2 ผลการเปรียบเทียบความตกกังวลแฝงก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

5. การประเมินด้านความวิตกกังวลเผชิญ

5.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลเผชิญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2 ผลการเปรียบเทียบความตกกังวลเผชิญก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. การประเมินด้านการหายใจลำบาก

ผลการเปรียบเทียบการหายลำบากก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 52.13 และหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 43.00 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง ด้วยสถิติ t-test pairs Dependent พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) แสดงได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมหลังการทดลองหายใจได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ Heart Failure Society of America[10] ที่กล่าวว่า เป็นผู้ป่วยที่ได้รับคำวินิจฉัยด้วยโรคหัวใจล้มเหลวและไม่มีอาการของภาวะโรคหัวใจล้มเหลว แต่จะพบความผิดปกติของโรคสร้างหัวใจถูกตรวจพบด้วย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจหอบเหนื่อยเวลาออกแรงออกแรงทำงานได้น้อยลง นอนราบไม่ได้ เป็นต้น และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พัชรินทร์ นะนุ้ย[11] ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนการจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนการจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ มีความสามารถของการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การประเมินความเหนื่อยหล้า

ผลการเปรียบเทียบการหายลำบากก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 57.43 และหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 43.78 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง ด้วยสถิติ t-test pairs Dependent พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) แสดงได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมหลังการทดลองมีความเหนื่อยล้าลดลง สอดคล้องกับ นภาพร แก้วนิมิตชัย และกนกพร นทีธนสมบัติ[12] ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังให้

การวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย และมีคะแนนภาวะสุขภาพหลังให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การประเมินด้านการนอนหลับ

ผลการเปรียบเทียบการนอนหลับก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 55.31 และหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 62.53 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง ด้วยสถิติ t-test pairs Dependent พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) แสดงได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมหลังการทดลองมีการนอนหลับดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับนภาพร แก้วนิมิตชัย และกนกพร นทีธนสมบัติ[12] ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังให้การวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย และมีคะแนนภาวะสุขภาพหลังให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการให้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนภาวะสุขภาพหลังให้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การประเมินความวิตกกังวลแฝง

ผลการเปรียบเทียบความตกกังวลแฝงก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 52.31 และหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 47.59 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง ด้วยสถิติ t-test pairs Dependent พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) แสดงได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมหลังการทดลองมีความตกกังวลแฝงลดลง[10]

5. การประเมินด้านความวิตกกังวลเผชิญ

ผลการเปรียบเทียบความตกกังวลเผชิญก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 52.97 และหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 41.53 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง ด้วยสถิติ t-test pairs Dependent พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) แสดงได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมหลังการทดลองมีความตกกังวลเผชิญลดลง สอดคล้องกับ สมาคมแพทย์หัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูถัมภ์[10] ที่กล่าวว่า ความวิตกกังวลเผชิญ กลัวเสียชีวิต เกิดความท้อแท้และสิ้นหวัง จากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้ป่วนบางรายที่เจ็บปวดบ่อยครั้ง มีอาการรุนแรงมากเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ความเครียด มีการสูญเสียพลังอำนาจ และคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อตนเอง ตลอดจนส่งผลกระทบต่อครอบครัวและคนใกล้ชิด[13]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในโรงพยาบาลหนองคาย ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้นควรเผยแพร่โปรแกรมฯ ดังกล่าว ให้แก่โรงพยาบาลทั่วไปนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยต่อไป

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำแนวคิด ทฤษฎีกายภาพอื่นๆ มาประยุกต์ใช้กับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตามความเหมาะสม ที่ทำให้การฟื้นฟูมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Kanchanavanich,R.(2013).Handbook of cardiac patient care integrated chronic failure.Chiang Mai:Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital Facculty of Medicine Chiang Mai University.(In Thai)
2. Strategy and Planning Division,Ministry of Public Health. (2013).Health statistics A.D. 2013.Bangkok:House of the War Veterans Organization. (In Thai)
3. Laothavorn,P.,Hengrussamee,K.,Kanjanavanit,R.,Moleeregpoom,W.,Laorakpongse,D., Pachirat,O.,..Sritara,P.(2010).Thai acute decompensated heart failure registry: (Thai ADHERE).Global Heart,5(3),89-95.(In Thai)
4. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลหนองคาย. (2567). รานงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว. โรงพยาบาลหนองคาย.
5. American Thoracic Society (ATS) Committee on Proficiency Standard for Clinical Pulmonay Function Laboratories.(2023).ATS Statement: Guidelines for the six-minute walk test. American journal Respiratory and Critical Care Medicine,166(1),111-117.
6. Bakker,M.D.,Uijl,I.D.,Hoeve,N.T.,Domburg,R.T.,Geleijnse,M.L.,Berge- Emons,R.J.,Boersma,E.,& Sunamura,M.(2020).Association between exercise capacity and health related quality of life during and sfter cardiac rehabilitation in ACS patients:A sub-study of the OPTICARE randomized controlled trial.Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,101(4),650-657.
7. Pimtara,P.,& Rongmuang,D.(2020).Trasitional care for patients with congestive heart failure to reduce redmission rate.Journal of Health Science Research,14(1),128-138.9.(In Thai).
8. บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
9. Bandura, Albert. (1997). Self-efficacy : The exercise of control. New York : W.H. Freeman and Company.
10. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2565). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง. สมุทรปราการ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเตป ดีไซน์.
11. พัชรินทร์ นะนุ้ย. (2557). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนการจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
12. นภาพร แก้วนิมิตชัย และกนกพร นทีธนสมบัติ. (2559). ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
13. วีรยา อินทร์คง. (2565). ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ สุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Effects of a health belief model application program on stroke prevention behavior among patients with high blood pressure. Bang Saai Hospital Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

(Received: July 31,2025 ; Revised: August 13,2025 ; Accepted: August 17,2025)

นงลักษณ์ เกตุจำปา[1]
Nonkluk Kadjumpa[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่เข้าโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติทดสอบ Paired sample t-test และ Independent sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2) กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This research It is Quasi-experimental research. Its purpose is to 1) compare the average scores on knowledge about cerebrovascular disease. Perception of health belief patterns and stroke prevention behavior of patients with high blood pressure Before and after participating in the experimental group's health belief model application program. 2) To compare the average knowledge scores about cerebrovascular disease. Perception of health belief patterns and stroke prevention behavior among patients with high blood pressure Between the experimental group and the control group after participating in the health belief model application program. The sample group included patients with high blood pressure. Bang Saai Hospital Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, 60 people, divided into an experimental group of 30 people and a control group of 30 people. The experimental group is a group that enters the health belief model application program. Select the sample by selecting a purposive sample (purposive sampling). The tools used to collect data include questionnaires and data analysis using mean and standard deviation.and use the paired sample t test and independent sample t test statistics.

The results of the research found that 1) the experimental group had knowledge about stroke. Perception of health belief patterns and behavior to prevent stroke Better before joining the program. 2) The experimental group had knowledge about stroke. Perception of health belief patterns and behavior to prevent stroke Better than the control group

Keywords: health belief patterns, stroke prevention behavior, high blood pressure

[1] โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: Stroke) หรือโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ หนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่เป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เป็นโรคที่เกิดจากการทำหน้าที่บกพร่องของระบบประสาท เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่งผลให้สมองทำงานบกพร่องและส่งผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งของโรคทางระบบประสาทที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization) ได้รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในปีพ.ศ. 2562 ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 110 ล้านคน ผู้ป่วยใหม่ 12.2 ล้านคน ผู้เสียชีวิต ประมาณ 6.50 ล้านคน เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งได้มีการประมาณการ ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลก พบว่า ทุกๆ 4 คน จะมีประชาชนป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน[1] โรคหลอดเลือดสมอง เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุแบ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ (Non-modifiable risk factors) เช่น อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 ของโรคหลอดเลือดสมองยิ่งอายุเพิ่มขึ้น โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก็จะยิ่งเพิ่มขึ้นด้วย[2] เพศ พันธุกรรม เชื้อชาติ เป็นต้น[3] และปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ (Modifiable risk factors) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง[4] จากรายงานสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2560 พบว่า สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูง ถึงร้อย ละ 40 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ร้อยละ 57.2 มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.4 และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 13.9 ตามลำดับ[5]

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วย จำนวน 293,463 ราย ปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และปี 2561 พบผู้ป่วย 331,086 ราย เสียชีวิตร้อยละ 9.31[6] จากรายงานข้อมูลทางสถิติพบว่า มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 4 รองจากโรคหัวใจ อุบัติเหตุและมะเร็ง ซึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สถานการณ์ในประเทศไทย ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีภาระจากโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง[7] และยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะทุพพลภาพและความพิการขั้นรุนแรง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีโอกาสได้รับผลกระทบจากการเกิดความผิดปกติด้านการพูดและการสื่อสาร ถึงร้อยละ 70 ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ถึงร้อยละ 30 แม้ผู้ป่วยจะสามารถรักษาตนเองจนหาย แต่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 25 ในช่วง 5 ปีแรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมาป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีก[8] ซึ่งจะส่งผลให้อัตราความพิการและการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยกว่าร้อยละ 30-50 อาจเกิดภาวะซึมเศร้าอับอาย หมดหวังกับชีวิตไม่ยอมพบปะพูดคุยกับผู้อื่นหรือพยายามแยกตัวออกจากสังคม ตลอดจนการกลายเป็นภาระของครอบครัวหรือผู้ดูแลและยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ซึ่งในแต่ละปีประเทศไทยมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 1,629 บาทต่อราย ส่วนผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 29,571 บาทต่อราย คิดเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยคนละ 100,000 บาทต่อปี รวมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้นเกือบ 3,000 ล้านบาทต่อปี[9]

โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ 2564 – 2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 42 ราย, 40 ราย และ 39 ราย ตามลำดับและปี พ.ศ 2566 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 23 ราย ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ราย ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 4 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนทาง

หลอดเลือดสมอง[10] จากการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดลือดสมองของโรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งสำรวจในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เดือนพฤษภาคม 2567 จำนวน 625 ราย พบว่า ผู้ป่วย จำนวน 367 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.72 ที่ยังไม่ทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ ผู้ป่วยจำนวน 213 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.08 ยังไม่ทราบว่าการมีระดับความดันโลหิตสูงติดต่อกันเป็นเวลานาน จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง[10] ปัจจุบันนี้พบว่า โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ร้อยละ 80 โดยการปรับเปลี่ยน ปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดโรคอันได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ เบาหวาน การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วน การป้องกัน ควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ต้องสื่อสารให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง[8] ทั้งนี้วิธีที่จะแก้ปัญหาควรแก้ที่ต้นเหตุ โดยการหาแนวทางป้องกันให้กับกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาส เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดอัตราการเกิดผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดของ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยพบได้ถึง ร้อยละ 45-74[11] การที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งปัจจัยที่สำคัญที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกัน คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock, Strecher, and Becker[12] ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมก็ต่อเมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และบุคคลจะมีโอกาสแสดงพฤติกรรมได้มากขึ้นหากประเมินแล้วพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ มีประโยชน์หรือก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียหรือไม่มีอุปสรรคส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หากนำแนวคิดนี้มาใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการพัฒนาโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตได้รับรู้ความเสี่ยงความรุนแรง ซึ่งเป็นภาวะคุกคามการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการกระตุ้นการปฏิบัติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา เรื่องผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock M, Strecher J, & Becker H[12] ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและ 4) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มาใช้ในการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าหากผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงได้รับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มความตระหนัก ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้นและยั่งยืน ทำให้สามารถควบคุมโรคไม่พัฒนาเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 6 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 625 คน[10]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา การวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ร่วมกับค่าอิทธิพลผลงานวิจัย (Effect size) เท่ากับ 0.80 ซึ่งผู้วิจัยอ้างอิงจากผลวิจัยของ จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุลวิชช์ ทองแตง, และ ดวงหทัย ยอดทอง[13] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิต ซิสโตลิค เท่ากับ 128 mmHg (S.D. = 8.13) และกลุ่มควบคุมมีความดันโลหิตซิสโตลิค เท่ากับ 137 mmHg (S.D. = 10.83) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 30[14] ดังนั้น จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน รวมจำนวน 60 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ (1) เลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่คืนที่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่จับได้เลขคู่ เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่จับได้เลขคี่ เป็นกลุ่มควบคุม 30 คน (2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

(1) เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้างานวิจัย (Inclusion criteria) ประกอบด้วย (1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยติดต่อกันตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (2) มีค่าความดันโลหิตซีสโตลีกเทากับหรือมากกวา 140 มิลลิเมตรปรอท และ มีความดันโลหิตตัวไดแอสโตลิก เทากับหรือมากกวา 90 มิลลิเมตรปรอท (3) เพศชายหรือเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (4) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว (6) เป็นผู้ที่สามารถอ่าน เขียน เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ (7) ยินดีและให้คำยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

(2) เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง (2) ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย (3) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปแกรมการวิจัยได้จนสิ้นสุด

เครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

(1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลา 8 ครั้ง ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity) มีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อ เดิมจากการเจ็บป่วยและตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง

กิจกรรมที่ 2 การบอกเล่าถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่เกิดขึ้น การให้ความรู้ตามโปรแกรม แจกคู่มือและชี้แจง การลงแบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม ตามคำแนะนำ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers) มีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 บอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันและคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม พร้อมทั้งการหาแนวทางแก้ไขปัญหา มีการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการตรวจสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ การนำเสนอเมนูเพื่อสุขภาพ สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย สาธิตและฝึกปฏิบัติเทคนิค การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)

กิจกรรมที่ 5 สร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดโดยการเยี่ยมบ้านและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พร้อมทั้งชมเชย ให้กำลังใจ

กิจกรรมที่ 6 การตรวจวัดความดันโลหิต การให้ข้อมูลย้อนกลับ จากผลการบันทึกพฤติกรรมตนเอง ร่วมกับสรุปปัญหาและแนวทางการแก้ไข มอบรางวัลและชมเชย ให้กำลังใจและตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง

(2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาการป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคที่เกิดร่วม ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ (Check List) มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ถูก ผิด ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวจำนวน 15 ข้อ โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 15 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน

การแปลผลโดยแบ่งระดับความรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนจากค่าเฉลี่ย (X) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)[14]ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 5.00 คะแนน
คือ มีความรู้ระดับน้อย
คะแนนระหว่าง 5.00 - 10.00 คะแนนคือ มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนมากกว่า 10.00 คะแนน
คือ มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน และ4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค 5) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 50 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยกำหนดค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ[15] ดังนี้

5 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

3 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

2 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

1 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาความถี่ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปรายผลคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น [14] ดังนั้น จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลักษณะเครื่องมือแบบประเมินค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ตามความถี่ในการปฏิบัติ ดังนี้

5 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมตรงกับข้อความนั้นบ่อยมากที่สุดหรือเป็นประจำ

4 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมตรงกับข้อความนั้นบ่อยครั้ง

3 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมตรงกับข้อความนั้นบางครั้ง

2 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมตรงกับข้อความนั้นน้อยหรือนานๆ ครั้ง

1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมตรงกับข้อความนั้น

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาความถี่ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปรายผลคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น[14] ดังนั้น จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเพื่อประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และทดสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับวัตถุประสงค์ ที่เรียกว่าค่าดัชนี IOC (Index of Item Objective Congruence) ในการศึกษาครั้งนี้ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์ มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบทดสอบที่ผ่านการตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลาดบัวหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 ตัวอย่าง แล้วคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์หาค่าสถิติ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2) วิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์หาค่าสถิติ ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติ pair t -test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

4) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าที แบบอิสระ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างการวิจัยและขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเสนา อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อพิจารณารับรองการศึกษาวิจัย และได้รับใบรับรองจริยธรรมเลขที่ อย.0033.202.2/ 035 วันที่รับรอง 30 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 54.66 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 76.7 ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.3ประกอบอาชีพพนักงาน/ลูกจ้างเอกชนและเกษตรกร เท่ากัน ร้อยละ 30.0 รายได้เฉลี่ย 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50.0 ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) ค่าความดันโลหิตซีสโตลีกเฉลี่ย 151.43 มิลลิเมตรปรอท ต่ำสุด 140.00 มิลลิเมตรปรอท สูงสุด 164.00 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลีก เฉลี่ย 94.20 มิลลิเมตร

ปรอท ต่ำสุด 90.00 มิลลิเมตรปรอท สูงสุด 100.00 มิลลิเมตรปรอท ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 5.70 ปี โรคที่เกิดร่วม คือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 50.0

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 อายุเฉลี่ย 59.43 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 73.3 ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพพนักงาน/ลูกจ้างเอกชนและเกษตรกร เท่ากัน ร้อยละ 33.3 รายได้เฉลี่ย 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.3 ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) ค่าความดันโลหิตซีสโตลีกเฉลี่ย 150.23 มิลลิเมตรปรอท ต่ำสุด 140.00 มิลลิเมตรปรอท สูงสุด 169.00 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลีก เฉลี่ย 95.56มิลลิเมตรปรอท ต่ำสุด 90.00 มิลลิเมตรปรอท สูงสุด 100.00 มิลลิเมตรปรอท ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.33 ปี โรคที่เกิดร่วม คือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 40.0

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มตัวอย่าง				t	p- value
	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อนการทดลอง	9.13	1.63	9.46	2.78	-0.565	.574
หลังการทดลอง	11.83	1.80	9.93	3.12	2.882	.006*

*p- value < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 9.13) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 9.46) และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p > .05) ส่วนหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง (Mean = 11.83) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 9.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

2.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง				t	p- value
	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1.ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.00	.55	3.66	.53	2.373	.021*

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง				t	p- value
	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
2.ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	3.96	.41	3.30	.36	6.641	.001
3.ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	3.91	.58	3.26	.36	5.141	.001*
4.การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	4.03	.61	3.50	.47	3.764	.001*
5.สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	3.96	.50	3.61	.56	2.518	.015*
ภาพรวม	3.98	.43	3.64	.54	2.698	.009*

*p- value < .001

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) และพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มตัวอย่าง				t	p- value
	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อนการทดลอง	3.50	.45	3.46	.41	0.297	.768
หลังการทดลอง	4.00	.55	3.63	.47	2.750	.008*

*p- value < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.50) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.46) และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p > .05) ส่วนหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.00)

ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา เรื่อง เรื่องผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีประเด็นน่าสนใจนำมาอภิปรายดังนี้

1) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 9.13) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 9.46) และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p > .05) ส่วนหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง (Mean = 11.83) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 9.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) สอดคล้องกับงานวิจัยของ เตือนจิตร แขรั้ง[16] ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวรรณทิพย์ ชูทัพ[17] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) 2) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) สอดคล้องกับงานวิจัยของ เสาวลักษณ์ ถาวรกฤษ และคณะ[18] ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ค่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและค่าคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง และเมื่อทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) และพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการ

รับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม ทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ เตือนจิตร แขรั้ง[16] ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยสรุปโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ มีผลต่อความรู้และการรับรู้ใน การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิการ์ เงินดี[19] ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p< 0.001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทยา นนเลาพล[20] ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ผลการศึกษา :พบว่า 1) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ระดับความดันโลหิตหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.50) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.46) และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p > .05) ส่วนหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.00) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนาพร ปะตาทะโย, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และมุกดา หนุ่ยศรี[21] (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่า ก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัทมาพร ชนะมาร และคณะ[22] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรม

ส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการวิจัย ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (M = 3.51, SD = 0.54) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 2.46, SD = 0.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 7.937, p < .05) สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรารัตน์ เหล่าสูง[23] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤตกิรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 28.73, p< .001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=22,23, p<.001 และ t=21.41, p<.001 ตามลำามลำดับ) ผลการศึกษาแสดงว่าโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว สามารถทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทยา นนเลาพล[20] ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ผลการศึกษา :พบว่า 1) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ระดับความดันโลหิตหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านผู้บริหาร จากผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้บริหารจึงควรนำโปรแกรม ฯ นี้ ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยกำหนดเป็นนโยบายในระดับจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนลงสู่หน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ นำสู่การเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนต่อไป

2. ด้านการบริการพยาบาล ควรประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง โดยออกแบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละบุคคล เน้นการสนับสนุนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหรือลดความเสี่ยงความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

3. ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยและร่วมวางแผนการกำหนดระบบบริการที่เกิดจากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายใต้บริบทของพื้นที่ ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเกิดความยั่งยืนของระบบบริการ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำโปรแกรมการศึกษานี้ไปใช้ในการสร้างพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด สมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจได้

2. ควรมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมจากการศึกษาครั้งนี้ในกลุ่มทดลองเพื่อทราบถึงพฤติกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางซ้าย ที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามในครั้งนี้จนทำให้งานสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางซ้าย ที่สนับสนุนในงานวิจัยฉบับนี้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization.(2022). The top 10 causes of death [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2024 Aug 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death
2. สุภา เกตุสถิตย์.(2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี; 2554.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2564). รายงานประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2564.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2561). คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน: ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs). กรุงเทพฯ: อิโมชั่น อาร์ต; 2561.
5. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2558.
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2562). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562 (Public Health Statistics A.D.2019). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
7. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.(2561). การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย: รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thelancet.com/pbassets/Lancet/pdfs
8. กลุ่มเทคโนโลยีระบาดวิทยาและมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.
9. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2559). รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
10. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบางซ้าย.(2567). สถิติผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี 2567. พระนครศรีอยุธยา: โรงพยาบาลบางซ้าย; 2567.
11. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 7 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaiheart.org/images/column_1563846428/Thai%20HT%20Guideline%202019.pdf
12. Rosenstock M, Strecher J, Becker H.(1988) Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q. 1988;15(2):175–83.
13. จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุลวิชช์ ทองแตง, ดวงหทัย ยอดทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2557;20(2):179–92.
14. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร.(2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2553.
15. Likert R.(1967). The method of constructing and attitude scale. In: Attitude theory and measurement. New York: Wiley & Son; 1967. p.90–105.

16. เตือนจิตร แขรั้ง.(2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก. 2566;3(1):1–14.
17. สุวรรณทิพย์ ชูทัพ.(2567). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. 2567.
18. เสาวลักษณ์ ถาวรกฤษ, คณะ.(2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. โรงพยาบาลตราด [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.trathospital.go.th/
19. กรรณกร เงินดี.(2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2564.
20. นันทยา นนเลาพล.(2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนสวรรค์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(4):575–84.
21. ธนาพร ปะตาทะโย, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, มุกดา หนุ่ยศรี.(2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารพยาบาล. 2563;69(3):1–10.
22. ปัทมาพร ชนะมาร, คณะ.(2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารสภาการพยาบาล. 2566;38(4):408–24.
23. วรารัตน์ เหล่าสูง.(2562). ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร

Development of a Nursing Care Model for Stroke Patients Using Nursing Practice Guidelines in Akat Amnuai Hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: July 25,2025 ; Revised: July 29,2025 ; Accepted: 30 13,2025)

สิทธิศักดิ์ งาสิทธิ์[1]
Sittisak Ngasit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร การวิจัยดำเนินการใน 3 ระยะ คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติผ่านการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือหลักคือโปรแกรม "STROKE CARE" ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และคะแนน Barthel Index ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยเฉพาะในด้านความดันโลหิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีอัตราภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารักษาซ้ำต่ำกว่า พร้อมมีการปรับปรุงทางคลินิกอย่างต่อเนื่องตลอด 9 เดือนของการศึกษา

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, แนวปฏิบัติการพยาบาล, การดูแลต่อเนื่อง, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This action research aimed to develop a nursing care model for stroke patients at Agard Amnuay Hospital, Sakon Nakhon Province, and evaluate clinical outcomes. The study was conducted in three phases: developing guidelines through multidisciplinary team participation, implementing the guidelines in the experimental group, and evaluating clinical outcomes compared to the control group. The sample consisted of 60 stroke patients, divided into experimental and control groups of 30 each, selected through matched randomization by age, gender, and disease type. The main instrument was the "STROKE CARE" program developed from evidence-based practice and continuity of care concepts.

Results showed that the experimental group had significantly better mean blood pressure, blood glucose levels, blood lipid levels, and Barthel Index scores compared to the control group ($p<0.05$), particularly in blood pressure control and activities of daily living. The experimental group also had lower rates of complications and hospital readmissions, with continuous clinical improvement throughout the 9-month study period, while the control group showed no significant changes.

Keywords: Stroke, Nursing Practice Guideline, Continuity of Care, Action Research, Community Hospital

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการในประชากรทั่วโลก[1] โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของโลกรองจากโรคหัวใจขาดเลือด และเป็นสาเหตุหลักของความพิการระยะยาวในผู้ใหญ่[2] การศึกษาภาระโรคทั่วโลก (Global Burden of Disease: GBD) รายงานว่าในปี 2021 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 11.9 ล้านราย โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นทั่วไป 93.8 ล้านราย (95% CI: 89–99.3) ราย เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร

7.25 ล้านราย และสูญเสียปีชีวิตที่ปรับตามความพิการ (DALYs) จากโรคหลอดเลือดสมอง 160 ล้านราย[3] โดยภาระของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง สูงกว่าในประเทศที่มีรายได้สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติในระดับโลกสำหรับการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังมีความท้าทายมากมายในการจัดตั้งบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลางในภูมิภาคเอเชีย[4] ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของโรคนี้ในภูมิภาค ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ และภาวะอ้วน รวมถึงการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ[5] สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรไทย รองจากโรคมะเร็ง ในประเทศไทย โดยมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2565 คนไทยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 331,571 คน เพิ่มขึ้นจาก 312,858 คน และ 292,561 คน ในปี 2564 และ 2563 ตามลำดับ โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของประชากรไทย โดยมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 55.5 ต่อ 100,000 คน ในปี 2564 เพิ่มขึ้นจาก 47.15 ต่อ 100,000 คน ในปี 2561[6] ดังนั้นประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบาย "Stroke Fast Track" และการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร (Stroke Service Network) ตั้งแต่ปี 2560 โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระยะเฉียบพลันจนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลระยะยาวในชุมชน[7] ซึ่งหนึ่งในกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ การกระจายผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันและมีอาการคงที่จากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปไปยังโรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อม เพื่อลดความแออัดและเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ห่างไกล ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร โดยเฉพาะในเขตอำเภออากาศอำนวย จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลอากาศอำนวยพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัวเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประเทศไทย นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง ส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการดูแลระยะยาว รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ลดลง โดยโรงพยาบาลอากาศอำนวยเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลแนวคิดการพัฒนาคลินิกโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลที่ได้จัดทำไว้ แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนปี 2561 จนถึงแผนการพัฒนาในปี 2567-2568 ซึ่งมีความก้าวหน้าเป็นลำดับ โดยเฉพาะในด้านการรับผู้ป่วย refer back จากโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลสกลนคร) เพื่อลดความแออัดและให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาใกล้บ้าน โดยมีการวางแผนเพิ่มสัดส่วนการรับผู้ป่วย refer back จากร้อยละ 50 ในปี 2563-2564 เป็นร้อยละ 75 ในปี 2565-2566 และเป้าหมายร้อยละ 95 ในปี 2567-2568 อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ ความพร้อมของคลินิกในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครบวงจร รวมถึงข้อจำกัดด้านยาและเวชภัณฑ์ โดยเฉพาะยา Plavix, ยากลุ่ม Epileptic drug และยาลดไขมัน Atorvastatin ซึ่งมีต้นทุนสูง ทำให้ผู้ป่วยบางรายยังต้องเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลสกลนคร ขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการ refer back มาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งมีความต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องและเฉพาะเจาะจง และการขาดการติดตามและประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างเป็นระบบ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Nursing Practice Guideline) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถส่งผลดีต่อคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษา[8] ซึ่งตีพิมพ์ใน American Heart Association/American Stroke Association ระบุว่า การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถลดอัตราการตาย ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การศึกษาของ[9] พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีการประสานงานที่ดี (Coordinated multidisciplinary care) สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการได้ร้อยละ 22 เมื่อเทียบกับการดูแลแบบปกติ และการศึกษาของ[10] เกี่ยวกับการขยายขนาดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน Quality in Acute Stroke (QASC) Australia พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกตามหลักฐานภายในโรงพยาบาลสามารถเริ่มต้นและอำนวยความสะดวกได้นอกระบบการดูแลสุขภาพ ผ่านความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยและภาคอุตสาหกรรม ซึ่งมีเป้าหมายร่วมกันคือการดูแลที่เหมาะสมที่สุด บทบาทที่ชัดเจน และระบบการสื่อสารหลายชั้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับแผนการพัฒนาคลินิกโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลอากาศอำนวยในปี 2567-2568 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของคลินิก การสร้าง Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke Clinic และการทำวิจัยรวบรวมข้อมูลผลของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในรายที่ส่งกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ดังนั้น การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลอากาศอำนวยจึงมีความจำเป็นและสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาอย่างยิ่ง และสอดคล้องกับนโยบาย รวมถึงทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ และมีศักยภาพในการสร้างประโยชน์ทั้งในด้านคุณภาพการดูแล ผลลัพธ์ทางคลินิก ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล การวิจัยนี้จึงไม่เพียงแต่จะส่งผลดีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เท่านั้น แต่ยังมีคุณค่าในเชิงระบบต่อโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดในด้านบุคลากร ที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร และประเมินผลลัพธ์ของการนำรูปแบบไปใช้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1. ประชากรกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลในโรงพยาบาลอากาศอำนวย ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ประชากรกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกประเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 11 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน และตัวแทนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำนวน 5 คน

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก จำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบปกติ จำนวน 30 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test) โดยกำหนด effect size = 0.5 (ระดับปานกลาง) ตามเกณฑ์ของ[11] กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (d = 0.48) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05 และอำนาจการทดสอบ (power) = 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (dropout) ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 15% จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน

การสุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การวิจัยนี้ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) สำหรับกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยมีขั้นตอนดังนี้ พยาบาลวิชาชีพ (จำนวน 1 คน) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา (จำนวน 1 คน) นักกายภาพบำบัด (จำนวน 2 คน) การคัดเลือกเภสัชกร (จำนวน 2 คน) โดยเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่น้อยกว่า 2 ปี 2) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย การคัดเลือกตัวแทนผู้ป่วยและผู้ดูแล (จำนวน 5 คน) เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถสื่อสารได้ และมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และผู้ดูแล เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่น้อยกว่า 6 เดือน อายุ 18 ปีขึ้นไป และมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

การสุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วย

การวิจัยนี้ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกและใช้วิธีการจับคู่ (Matching)

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic, Hemorrhagic หรือ Embolic โดยแพทย์ 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) มีสัญญาณชีพคงที่ 4) มีการรู้สติดี หรือ หากมีความบกพร่องทางการสื่อสาร ต้องมีผู้ดูแลหลักที่สามารถให้ข้อมูลได้ 5) มีที่อยู่อาศัยในเขตอำเภออากาศอำนวย หรือพื้นที่ใกล้เคียงที่สามารถเดินทางมาตามนัดได้ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure) หัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง หรือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือมีโรคร่วมอื่นที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี เช่น มะเร็งระยะลุกลาม 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลา 9 เดือน และ 4) ผู้ป่วยที่มีประวัติปฏิเสธการรักษาหรือขาดนัดบ่อยครั้ง

การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matching)

หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แล้ว ผู้วิจัยจะทำการจับคู่ผู้ป่วยตามตัวแปรควบคุมที่สำคัญ ได้แก่ อายุ (±5 ปี) เพศ และชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (Ischemic, Hemorrhagic, Embolic) โดยการจับคู่นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน ลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Guideline Nursing Care for Stroke Patient) ที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลสำหรับใช้ในการประเมินและติดตามผู้ป่วยทุก 3 เดือน ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ 1) ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (Ischemic, Hemorrhagic, Embolic) 2) การได้รับยาตามแผนการรักษา 3) การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (HT, DM, CKD, DLP) 4) การประเมินภาวะแทรกซ้อน 5) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ 6) การติดตามดูแลที่ต่อเนื่อง

โปรแกรม "STROKE CARE" เป็นแนวทางในการให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ประกอบด้วย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่เป็นโรค ประวัติการรักษา โรคร่วม และข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแล

แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย แบบบันทึกการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ประกอบด้วย

ความดันโลหิต (Blood Pressure) แบ่งระดับดังนี้ ระดับที่ 1 (Grade 1 HT: mild) 140-159 และ/หรือ 90-99 ระดับที่ 2 (Grade 2 HT: moderate) 160-179 และ/หรือ 100-109 และระดับที่ 3 (Grade 3 HT: severe) >/= 180 และ/หรือ >/= 100

ระดับน้ำตาลในเลือด (Blood Glucose) แบ่งระดับดังนี้ ระดับดีมาก HbA1c < 6.5%, ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 70-110 มก./ดล. ระดับดี HbA1c < 7%, ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 90-<130 มก./ดล. และระดับไม่ดี HbA1c 7-8%, ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร < 150 มก./ดล.

ระดับไขมันในเลือด (Lipid Profile) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลผลดังนี้ <100 เหมาะสม, 100-129 ใกล้เคียงค่าเหมาะสม (ยอมรับได้), 130-159 ก้ำกึ่ง, 160-189 สูง และ ≥190สูงมาก

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ใช้ฉบับภาษาไทย มีสเกลการวัด: อันดับ (Ordinal Scale) ประกอบด้วย 10 ด้าน สถาบันประสาทวิทยา (2560) เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้ 0-4 คะแนน: ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์, 5-8 คะแนน: ภาวะพึ่งพารุนแรง, 9-11 คะแนน: ภาวะพึ่งพาปานกลาง และ 12-20 คะแนน: ไม่เป็นการพึ่งพา

แบบบันทึกการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เกณฑ์การให้ 1 คะแนน: ไม่มีการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย 0 คะแนน: มีการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย

แบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อน เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ) 0 คะแนน: เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 อย่าง

แบบประเมินความพึงพอใจ ประกอบด้วยแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (พึงพอใจน้อยที่สุด) ถึง 5 คะแนน (พึงพอใจมากที่สุด) และแปลผลค่าเฉลี่ยความพึงพอใจตามช่วงคะแนนดังนี้: 4.51-5.00 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด, 3.51-4.50 หมายถึงพึงพอใจมาก, 2.51-3.50 หมายถึงพึงพอใจปานกลาง,

1.51-2.50 หมายถึงพึงพอใจน้อย และ 1.00-1.50 หมายถึงพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนักกายภาพบำบัดผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคำนวณค่า CVI ซึ่งมีค่า ≥ 0.80 และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ได้ความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (ICC = 0.92) และความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha = 0.85) **แบบบันทึกการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและแบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อน** ทดสอบโดยพยาบาลวิชาชีพ 3 คน บันทึกข้อมูลผู้ป่วย 10 ราย ได้ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Cohen's Kappa = 0.81-0.92) **แบบประเมินความพึงพอใจ** ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่โรงพยาบาลวานรนิวาส ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Cronbach's alpha = 0.86) และความเที่ยงของแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากร (Cronbach's alpha = 0.89) โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งหมดสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (0.70)

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยดำเนินการภายในระยะเวลา 1 ปี แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การพัฒนาแนวปฏิบัติ (2 เดือน) การเตรียมการและศึกษาสถานการณ์ โดยการประสานงานขออนุญาต จัดประชุมชี้แจง คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ และศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรม สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ จัดประชุมร่างแนวปฏิบัติ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ทดลองใช้กับผู้ป่วย 5 ราย และปรับปรุง และเตรียมความพร้อม โดยร่วมกันจัดทำคู่มือสำหรับบุคลากรและผู้ป่วย และจัดเตรียมอุปกรณ์สื่อการสอน

ระยะที่ 2: การนำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผล (9 เดือน) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคัดกรองตามเกณฑ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอม แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยจับคู่ตามอายุ เพศ และชนิดของโรค

2) การเก็บข้อมูลก่อนทดลอง โดยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินปัจจัยเสี่ยง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การกลับเข้ารักษาซ้ำ และการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3) การดำเนินการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติและโปรแกรม "STROKE CARE" โดยมีการนัด 4 ครั้ง (เดือนที่ 0, 3, 6 และ 9) ครอบคลุมการคัดกรอง การส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษา การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้ความรู้ และการสนับสนุนทางอารมณ์ พร้อมติดตามทางโทรศัพท์ทุกเดือนและประสานงานกับ อสม. ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติตามมาตรฐาน นัดติดตามทุก 3 เดือน รวม 4 ครั้ง

4) การเก็บข้อมูลระหว่างทดลอง ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกทุก 3 เดือน (เดือนที่ 3 และ 6) และจัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อติดตามความก้าวหน้า

5) การเก็บข้อมูลหลังทดลอง ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรในเดือนที่ 9

ระยะที่ 3: การประเมินผลและปรับปรุง (2 เดือน) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่ม และสรุปผลการวิจัย สะท้อนผลและรับฟังข้อเสนอแนะ จัดประชุมนำเสนอผล รับฟังข้อเสนอแนะ และวางแผนปรับปรุง และปรับปรุงแนวปฏิบัติ จัดทำคู่มือฉบับสมบูรณ์ และวางแผนขยายผล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน **สำหรับสถิติเชิงพรรณนา** โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน ได้ใช้สถิติที่หลากหลายตามลักษณะของข้อมูล ได้แก่ Chi-square test สำหรับข้อมูลแจงนับ Independent t-test สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกติ และ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ ในการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่ม การเปรียบเทียบผลลัพธ์ภายในกลุ่มก่อน-หลังใช้ Paired t-test หรือ Wilcoxon signed-rank test สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง และ McNemar test สำหรับข้อมูลแจงนับ ส่วนการเปรียบเทียบการวัดซ้ำในช่วงเดือนที่ 0, 3, 6, 9 ใช้ Repeated measures ANOVA หรือ Friedman test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ข้อมูลทั่วไปพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.3) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 65 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 73.3 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 70.0 ในกลุ่มควบคุม) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 66.7 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 63.3 ในกลุ่มควบคุม) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.7 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 43.3 ในกลุ่มควบคุม) มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 7,400 บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษา (ร้อยละ 83.3 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 80.0 ในกลุ่มควบคุม) สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับโรค พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic (ร้อยละ 70.0) รองลงมาคือ Hemorrhagic (ร้อยละ 23.3) และ Embolic (ร้อยละ 6.7) มีระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ยประมาณ 18 เดือน โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 83.3 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 80.0 ในกลุ่มควบคุม) รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 76.7 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 73.3 ในกลุ่มควบคุม) และเบาหวาน (ร้อยละ 60.0 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 53.3 ในกลุ่มควบคุม) โดยส่วนใหญ่มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 60.0 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 56.7 ในกลุ่มควบคุม) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p > 0.05$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน

2) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic (132.57 ± 11.32 mmHg) และ Diastolic (82.10 ± 7.54 mmHg) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (143.77 ± 14.98 และ 87.57 ± 8.96 mmHg ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$ และ $p = 0.011$) นอกจากนี้ สัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (<140/90 mmHg) ในกลุ่มทดลอง (73.3%) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (46.7%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.032$)

สำหรับระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือด แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ย FBS, HbA1c และ LDL ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมได้ตามเกณฑ์สูงกว่า แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ในด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กลุ่มทดลองมีคะแนน Barthel Index (16.43 ± 2.91) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (14.57 ± 3.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.026$) และมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย (86.7%) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (60.0%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.042$)

นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 อย่าง (13.3%) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (40.0%) อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (p = 0.020) ส่วนการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ แม้ว่ากลุ่มทดลอง (10.0%) จะมีสัดส่วนที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (30.0%) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.053)

3) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในการวัดซ้ำตลอดระยะเวลาการทดลอง

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในการวัดซ้ำตลอดระยะเวลาการทดลอง 9 เดือน โดยวัดที่ก่อนทดลอง, 3 เดือน, 6 เดือน และ 9 เดือน พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลา (Group × Time interaction) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ได้แก่ ความดันโลหิต Systolic ($F = 18.423$, $p < 0.001$) ความดันโลหิต Diastolic ($F = 12.975$, $p < 0.001$) ระดับน้ำตาลในเลือด FBS ($F = 7.254$, $p = 0.009$) และ HbA1c ($F = 8.173$, $p = 0.006$) ระดับไขมันในเลือด LDL ($F = 10.637$, $p = 0.002$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel Index ($F = 14.982$, $p < 0.001$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกตลอดระยะเวลาการทดลองในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย

4) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พบว่าความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.50, S.D. = 0.55) โดยด้านกระบวนการดูแล มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.51, S.D. = 0.56) โดยรายการที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ การติดตามอย่างสม่ำเสมอ (ค่าเฉลี่ย 4.67) และการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เข้าใจง่าย (ค่าเฉลี่ย 4.63) และพบว่าด้านเนื้อหาความรู้และทักษะ มีความพึงพอใจในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.50, S.D. = 0.54) โดยรายการที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา (ค่าเฉลี่ย 4.63) และความรู้เกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (ค่าเฉลี่ย 4.60) และด้านผลลัพธ์ มีความพึงพอใจในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.49, S.D. = 0.56) โดยรายการที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ ความพึงพอใจโดยรวมต่อการดูแล (ค่าเฉลี่ย 4.67) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ค่าเฉลี่ย 4.53)

ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พบว่า ความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.51, S.D. = 0.53) และพบว่าด้านเนื้อหาและรูปแบบของแนวปฏิบัติ มีความพึงพอใจในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.47, S.D. = 0.55) โดยรายการที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ ความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 4.67) และความทันสมัยของเนื้อหา (ค่าเฉลี่ย 4.60) ส่วนด้านการนำไปใช้ มีความพึงพอใจในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.47, S.D. = 0.54) โดยรายการที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ การสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (ค่าเฉลี่ย 4.60) และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ และการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ (ค่าเฉลี่ย 4.53) และด้านผลลัพธ์ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.64, S.D. = 0.49) โดยรายการที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ การมีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย 4.73) และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความพึงพอใจโดยรวมต่อแนวปฏิบัติ (ค่าเฉลี่ย 4.67)

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการวิจัยนี้ได้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เนื่องจากเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนา ทำให้ได้แนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ใช้ สอดคล้องกับการศึกษา[10] ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกตามหลักฐานภายในโรงพยาบาลสามารถเริ่มต้นและอำนวยความสะดวก

ได้ผ่านความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งมีเป้าหมายร่วมกันคือการดูแลที่เหมาะสมที่สุด บทบาทที่ชัดเจน และระบบการสื่อสารหลายชั้น รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นองค์รวม โดยใช้โปรแกรม "STROKE CARE" ซึ่งมีองค์ประกอบครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในด้านการประเมินและคัดกรอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้ความรู้ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการติดตามอย่างต่อเนื่อง[8] การที่แนวปฏิบัตินี้ได้รับการพัฒนาโดยทีมสหวิชาชีพและมีการนำผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับการศึกษา[13] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพทำให้ได้แนวปฏิบัติที่มีความเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นและสามารถนำไปประยุกต์ใช้จริงได้

การที่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีกระบวนการที่เน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในองค์ประกอบ "R - Risk Factor Management" ที่มีการให้ความรู้ คำแนะนำ และการติดตามการควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ[14] ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีการประสานงานที่ดีสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ อย่างไรก็ตาม ในด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือด แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีแนวโน้มที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดต้องใช้ระยะเวลานานกว่าจะเห็นผลชัดเจน และอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าระยะเวลาการติดตาม 9 เดือนยังไม่เพียงพอที่จะเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษา[15] ที่พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการติดตามอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะในองค์ประกอบ "O - Ongoing Rehabilitation" ที่มีการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง การสอนทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน และการติดตามความก้าวหน้าในการฟื้นฟู รวมถึงองค์ประกอบ "A - Adaptive Living" ที่ส่งเสริมการปรับตัวในการดำเนินชีวิตและการใช้อุปกรณ์ช่วยในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษา[16] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูโดยทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพได้รวดเร็วขึ้นและมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีอัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 10.0 เทียบกับร้อยละ 30.0) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.053$) อย่างไรก็ตาม ค่า p-value ที่ใกล้เคียงกับระดับนัยสำคัญ 0.05 แสดงให้เห็นแนวโน้มที่ดีของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าหากเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างหรือระยะเวลาในการติดตามให้มากขึ้น อาจพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ การที่อัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ (R - Regular Follow-up) การให้

ความรู้เกี่ยวกับโรค (K - Knowledge Enhancement) และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (C - Complication Prevention) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นและลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การที่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 13.3 เทียบกับร้อยละ 40.0, p = 0.020) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะในองค์ประกอบ "C - Complication Prevention" ที่มีการให้คำแนะนำการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ รวมถึงการติดตามและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ[17] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ชัดเจนสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การที่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงการติดตาม 9 เดือน (จากร้อยละ 20.0 เป็นร้อยละ 40.0, p = 0.031) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ลดลง (จากร้อยละ 16.7 เป็นร้อยละ 13.3) แสดงให้เห็นว่าการดูแลแบบปกติอาจไม่เพียงพอในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[18] ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว หากไม่ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง

การที่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับสูง แสดงให้เห็นถึงการยอมรับและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านกระบวนการดูแล โดยเฉพาะการติดตามอย่างสม่ำเสมอและการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เข้าใจง่าย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลในด้านการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและการได้รับข้อมูลที่เข้าใจง่าย สอดคล้องกับการศึกษา[19] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีการติดตามอย่างสม่ำเสมอและการให้ข้อมูลที่เข้าใจง่ายส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับสูง ส่วนบุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านผลลัพธ์ โดยเฉพาะการมีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย และเห็นผลลัพธ์ที่ดีจากการใช้แนวปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษา[13] ที่พบว่าบุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลที่มีมาตรฐานในระดับสูง

เอกสารอ้างอิง

1.Venketasubramanian N.(2025). Stroke Epidemiology in Asia. Cerebrovascular Diseases Extra. 2025:1-29.

2.Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, Chiuve SE, Cushman M, Delling FN, Deo R, De Ferranti SD.(2018). Heart disease and stroke statistics—2018 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2018 Mar 20;137(12):e67-492.

3.Ferrari AJ, Santomauro DF, Aali A, Abate YH, Abbafati C, Abbastabar H, Abd ElHafeez S, Abdelmasseh M, Abd-Elsalam S, Abdollahi A, Abdullahi A.(2021). Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet. 2024 May 18;403(10440):2133-61.

4.Pandian JD, Kalkonde Y, Sebastian IA, Felix C, Urimubenshi G, Bosch J.(2020). Stroke systems of care in low-income and middle-income countries: challenges and opportunities. The Lancet. 2020 Oct 31;396(10260):1443-51.

5.Tan KS, Pandian JD, Liu L, Toyoda K, Leung TW, Uchiyama S, Kuroda S, Suwanwela NC, Aaron S, Chang HM, Venketasubramanian N.(2024). Stroke in Asia. Cerebrovascular Diseases Extra. 2024 Aug 16;14(1):58-75.

6.Ministry of Public Health, Thailand.(2019). Public health statistics A.D. 2019 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019 [cited 2025 Mar 30]. Available from: http://bps.moph.go.th

7.Department of Medical Services.(2020). Guidelines for development of stroke service network (in Thai). Bangkok: Ministry of Public Health; 2020.

8.Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, Deruyter F, Eng JJ, Fisher B, Harvey RL, Lang CE.(2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2016 Jun;47(6):e98-169.

9.Langhorne P, Baylan S, Trialists ES.(2017). Early supported discharge services for people with acute stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(7).

10.McInnes E, Dale S, Bagot K, Coughlan K, Grimshaw J, Pfeilschifter W, Cadilhac DA, Fischer T, van der Merwe J, QASC Europe Steering Committee, QASC Europe Implementation Committee.(2024). The Quality in Acute Stroke Care (QASC) global scale-up using a cascading facilitation framework: a qualitative process evaluation. BMC Health Services Research. 2024 Jan 29;24(1):144.

11.Cohen J.(2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences. routledge; 2013 May 13.

12.Prasat Neurological Institute.(2017). Barthel ADL Index assessment form. In: Department of Medical Services. Stroke rehabilitation guidelines (in Thai). Bangkok: Ministry of Public Health; 2017. p. 45–7.

13.อภิญญา อินทรวิเศษ, สายสกุล สิงหาญ.(2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;4(3):58–71.

14.Langhorne P, Ramachandra S, Stroke Unit Trialists' Collaboration.(2020). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020(4).

15.ปัทมาพร ชนะมาร.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หน่วยบริการสุขภาพวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2566;7(14):13–15.

16.นนวัลย์ ไชยสวัสดิ์.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลกระแสสินธุ์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2567;16(1):110–112.

17.วรรณวิมล ทุมมี.(2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):545–546.

18.บุญญรัตน์ เพิกเดช.(2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2563;34(3):7–8.

19.หนูแดง จันทอุปถัมภ์, วาสนา นาชัยเริ่ม.(2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกมลาไสย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5(4):55–56.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ในร้านอาหาร จังหวัดอ่างทอง

Effects of a Food Sanitation Literacy Promotion Program on Food Handlers' Sanitation Practices in Restaurants in Ang Thong Province

(Received: August 18,2025 ; Revised: August 24,2025 ; Accepted: August 26,2025)

อนุสรณ์ สุกสีเหลือง[1]
Anusorn sukseelueang[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร จังหวัดอ่างทอง โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) มีระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือน พฤศจิกายน 2568 รวมทั้งสิ้น 11 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้านอาหารที่เข้าเกณฑ์ จำนวน 64 ร้าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร และ แบบวัดการปฏิบัติตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลัง หลังการดำเนินการโปรแกรม ความรู้โดยรวม มีค่าคะแนน ร้อยละ 78.68 พฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร โดยรวม อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และ ความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังโปรแกรม ความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ สุขาภิบาลอาหาร พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร ผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร

Abstract

This study investigated the effects of a food sanitation literacy promotion program on food sanitation behavior among food handlers in restaurants in Ang Thong Province. The research was conducted in a quasi-experimental one-group pretest-posttest design between January and November 2025, a total of 11 months. Sample size were 64 restaurants that met the criteria. The tools used in collecting data include a food sanitation knowledge test and a food sanitation standards compliance test. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that after implementing the program knowledge of food sanitation the overall score was 78.68 percent. Food sanitation behavior was at a very appropriate level. And knowledge and behavior on food sanitation before and after the operation were found to be significantly different at the 0.05 level. After the program, knowledge and behavior on food sanitation were higher than before the operation.

Keywords: Knowledge promotion program, Food hygiene, Food hygiene behavior, Food handlers in restaurants

บทนำ

ความปลอดภัยทางอาหารเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชนและการพัฒนาประเทศ อาหารที่ไม่สะอาดและไม่ปลอดภัยเป็นสาเหตุหลักของโรคอาหารเป็นพิษ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า ประชากรประมาณ 1 ใน 10 ของโลกเจ็บป่วยจากการบริโภคอาหารที่ปนเปื้อน ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตกว่า 420,000 คนต่อปี โดยโรคอุจจาระร่วงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

เหล่านี้ นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบรุนแรงต่อสุขภาพ เช่น ไตวาย ตับวาย ความผิดปกติของสมองและระบบประสาท รวมถึงมะเร็งและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ[1]

ข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคของกรมควบคุมโรค ในปี 2567 พบผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจำนวนมาก โดยส่วนใหญ่เป็นคนไทยในกลุ่มอายุ 0-29 ปี และพื้นที่ที่มีอัตราป่วยสูงได้แก่ จังหวัดสุรินทร์ อุบลราชธานี และร้อยเอ็ด การระบาดมักเกิดในช่วงฤดูร้อนหรือเทศกาลที่มีการรวมตัวของคนจำนวนมาก เชื้อโรคที่พบบ่อย ได้แก่ Bacillus cereus, Salmonella spp., Staphylococcus spp. และไวรัส Norovirus ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษในประเทศไทย[2]

ในปัจจุบันวิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปโดยหันมาบริโภคอาหารนอกบ้านมากขึ้น ทำให้ความเสี่ยงจากอาหารที่ไม่สะอาดเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารยังขาดความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทองและภาคีเครือข่ายจึงได้ดำเนินการส่งเสริมและควบคุมให้ผู้สัมผัสอาหารปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด แต่ยังพบปัญหาความไม่รอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในพื้นที่ การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารจึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยอาหารและลดปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านสุขาภิบาลอาหารในจังหวัดอ่างทองยังมีจำกัด โดยจากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง [3] พบว่าอัตราการเกิดโรคอาหารเป็นพิษในพื้นที่ยังคงสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงฤดูร้อนและเทศกาลสำคัญ ปัญหาหลักที่พบได้แก่ การขาดความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร การขาดการอบรมอย่างต่อเนื่อง และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการส่งเสริมความรู้และทักษะด้านสุขาภิบาลอาหารในกลุ่มผู้สัมผัสอาหารสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคที่เกิดจากอาหารได้[4] งานวิจัยในประเทศมาเลเซียและไนจีเรียแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฝึกอบรมสุขาภิบาลอาหารช่วยเพิ่มพฤติกรรมที่ถูกต้องและลดการปนเปื้อนในอาหาร[5] พบว่าการอบรมสุขาภิบาลอาหารมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารโรงเรียน ดังนั้น การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในกลุ่มผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารจังหวัดอ่างทองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในเชิงวิชาการและการปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร จังหวัดอ่างทอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร
3. เพื่อประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร จังหวัดอ่างทอง ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือน พฤศจิกายน 2568 รวมทั้งสิ้น 11 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเป็นร้านที่เปิดให้บริการมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี มีขนาดพื้นที่มากกว่า 200 ตารางเมตร ไม่ตั้งอยู่บนที่หรือทางสาธารณะ และต้องได้รับใบอนุญาตหรือ

หนังสือรับรองการแจ้งจัดตั้งเป็นสถานที่จำหน่ายและสะสมอาหารจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอ่างทองมีร้านอาหารที่เข้าเกณฑ์ จำนวน 64 ร้าน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร จำนวน 64 คน โดยเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงทั้งหมด (Total Population Sampling) กล่าวคือ ผู้วิจัยได้เลือกผู้สัมผัสอาหารจากร้านอาหารทุกแห่งที่อยู่ในขอบเขตการศึกษา ร้านละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 64 คน ซึ่งเป็นจำนวนทั้งหมดของประชากรเป้าหมายในพื้นที่ศึกษา

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารที่ปฏิบัติงานในรานอาหาร ไม่น้อยกว่า 1 ปี และเป็นบุคคลเดิมตลอดการศึกษา 2) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 3) สามารถเรียนรู้ พูด อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ 4) มีทักษะในการใช้เครื่องมือสื่อสารและเขาถึงอินเตอร์เน็ตได้ 5) ไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรือมีภาวะทุพพลภาพ

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) 1) ย้าย ลาออกหรือไม่ได้ปฏิบัติงาน ในร้านอาหารระหว่างทำการศึกษา 2)ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 2 ครั้ง ถือว่าออกจากการวิจัย 3) ไม่ยินยอมและไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมตลอดการศึกษา 4) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันเจ็บป่วยรุนแรง หรือทุพพลภาพระหว่างทำการศึกษา 5) เสียชีวิตในระหว่างทำการศึกษา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร จำนวน 64 คน โดยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากร้านอาหารในพื้นที่ศึกษา โดยคัดเลือกผู้สัมผัสอาหารร้านละ 1 คน รวมทั้งหมด 64 ร้าน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายในพื้นที่ศึกษาอย่างเหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงแนวทางของกรมอนามัย และหลักสุขาภิบาลอาหารตามมาตรฐาน SAN & SAN Plus โดยมีระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 อบรมให้ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ได้แก่หลักการสุขาภิบาลอาหาร มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การจัดการสถานที่จำหน่ายอาหาร

กิจกรรมที่ 2 ฝึกปฏิบัติและสาธิตขั้นตอนการปฏิบัติที่ถูกต้อง ได้แก่ การล้างมืออย่างถูกวิธี การล้างผักที่ถูกวิธี การแต่งกายและการหยิบจับอาหาร การเลือกภาชนะและทำความสะอาด

กิจกรรมที่ 3 การประเมินและติดตามผลพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร การตรวจประเมินร้านอาหารตามเกณฑ์มาตรฐาน SAN & SAN Plus และการให้คำแนะนำปรับปรุง

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารและสร้างความตระหนักรู้ ได้แก่ สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ โปสเตอร์ หรือกิจกรรมรณรงค์ในร้านอาหาร เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 5 การสนับสนุนและติดตามผลหลังการอบรม ได้แก่ การเยี่ยมเยียนร้านอาหารเพื่อกระตุ้นและติดตามการปฏิบัติจริง และการมอบป้ายรับรองมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร SAN & SAN Plus

กิจกรรมที่ 6 การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้จัดกิจกรรมติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารเป็นรายเดือน เดือนละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน

2. เครื่องมือหลักที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (เช่น เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ประเภทสถานที่จำหน่ายอาหาร)

2. แบบวัดความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร (Knowledge) เป็นคำถามแบบปรนัย (Multiple Choice) และแบบถูก-ผิด (True/False)

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ KR20 มีค่าเท่ากับ .624

3. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร เป็นแบบสอบถามชนิดมาตรประมาณค่า (Rating Scale) แบบ 5 ระดับ (5-point Likert scale) โดยให้ผู้ตอบประเมินระดับความรอบรู้ ของตนเองในแต่ละข้อ ประกอบด้วย ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

4. แบบวัดพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร (Practice) เป็นแบบสอบถามชนิดมาตรประมาณค่า (Rating Scale) แบบ 5 ระดับ (5-point Likert scale) โดยวัดความถี่ในการปฏิบัติ ประกอบด้วยระดับคำตอบ ได้แก่ ไม่เคย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ/ทุกครั้ง

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ดังนี้ 1) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร มีค่าเท่ากับ .911 2) แบบวัดพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร มีค่าเท่ากับ .897

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างกรอบแนวคิดและพัฒนาแบบสอบถาม เริ่มต้นด้วยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขาภิบาลอาหารและพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหาร เพื่อให้เข้าใจปัญหา แนวคิด ทฤษฎี และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มากำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework) และออกแบบแบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ (KAP) รวมถึงข้อมูลประชากรเบื้องต้น โดยแบบสอบถามจะถูกตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบนำร่องกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กเพื่อปรับปรุงถ้อยคำและโครงสร้างให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

2. ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัย จัดเตรียมเอกสารโครงการวิจัยและแบบสอบถามเพื่อยื่นขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบัน โดยระบุรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ การคุ้มครองสิทธิและความลับของผู้ตอบแบบสอบถาม รวมถึงแนวทางการขอความยินยอมและการดูแลข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด การดำเนินการเก็บข้อมูลจะเริ่มต้นหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมอย่างเป็นทางการเท่านั้น.

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (เช่น ผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหารในจังหวัดอ่างทอง) โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม จากนั้นแจกจ่าย

แบบสอบถามในรูปแบบที่เหมาะสม เช่น แจกด้วยตนเองในพื้นที่เป้าหมาย หรือใช้แบบสอบถามออนไลน์ในกรณีที่เข้าถึงได้ง่าย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบสอบถามแก่ผู้ตอบเพื่อให้เข้าใจตรงกันและตอบอย่างตรงไปตรงมา หากผู้ตอบมีข้อสงสัยหรือมีข้อจำกัดในการอ่านเขียน จะมีเจ้าหน้าที่ช่วยอธิบายและบันทึกคำตอบให้ตามความสมัครใจ.

4. ตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อรวบรวมแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว จะดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล (Data cleaning) เช่น ตรวจสอบการตอบซ้ำหรือการเว้นว่าง จากนั้นนำข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมวิเคราะห์สถิติ (เช่น SPSS) เพื่อดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เช่น ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เช่น การทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (t-test, ANOVA) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation) และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม (Regression analysis) ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย.

5. สรุปผลและจัดทำรายงานการวิจัย นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาเขียนสรุปผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยเปรียบเทียบกับวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์และอภิปรายผลในเชิงลึกถึงความหมายและข้อค้นพบใหม่ ตลอดจนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือแนวทางการพัฒนาศักยภาพของผู้สัมผัสอาหารในบริบทของจังหวัดอ่างทอง จัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ พร้อมเอกสารประกอบ เช่น แบบสอบถาม ตารางข้อมูล และรายการอ้างอิง เพื่อเผยแพร่ต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามด้วยตนเองหรือผ่านเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เป้าหมาย รวมถึงการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน ในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีข้อสงสัยหรืออ่านหนังสือไม่คล่อง จะมีเจ้าหน้าที่ช่วยอธิบายและบันทึกคำตอบตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะประชากร ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เช่น การทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (t-test, ANOVA) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Pearson's correlation) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดอ่างทอง รหัสโครงการวิจัยเลขที่ ATGEC 32/2568 ผู้ตอบแบบสอบถามทุกคนจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูลและสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.9 อยู่ในช่วงอายุ 40–49 ปี ร้อยละ 23.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000–9,999 บาท ร้อยละ 48.4 ประสบการณ์การทำงาน 1–5 ปี ร้อยละ 43.7

2. ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับสูง จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 81.2 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 17.2 และระดับต่ำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขาภิบาล

อาหารอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 93.8 ขณะที่ระดับปานกลางลดลงเหลือ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 6.2 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับต่ำ

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.2 เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 3.18, S.D. = 0.71) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (ค่าเฉลี่ย 3.34, S.D. = 0.54) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ (ค่าเฉลี่ย 3.33, S.D. = 0.46) การตัดสินใจด้านสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 3.32, S.D. = 0.49) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (ค่าเฉลี่ย 3.34, S.D. = 0.53) และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 3.41, S.D. = 0.51) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.2 เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่าทุกด้านมีระดับเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 4.52, S.D. = 0.79) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 4.60, S.D. = 0.29) การโต้ตอบซักถาม (ค่าเฉลี่ย 4.59, S.D. = 0.35) การตัดสินใจด้านสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 4.63, S.D. = 0.30) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (ค่าเฉลี่ย 4.71, S.D. = 0.21) และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 4.57, S.D. = 0.43) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าทุกข้อมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ ข้อที่ 19 (การแบ่งเวลาเพื่อดูแลสุขาภิบาลอาหาร แม้มีภาระงานมาก) มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.95 (S.D. = 0.21) รองลงมาคือข้อที่ 20 (การเตือนตนเองให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขาภิบาลอาหาร) ค่าเฉลี่ย 4.80 (S.D. = 0.41) และข้อที่ 8 (การอ่านและเข้าใจผลการตรวจสุขาภิบาลอาหาร) ค่าเฉลี่ย 4.77 (S.D. = 0.43)

4. พฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร ตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ก่อนและหลังการดำเนินการโปรแกรม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.69 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับเหมาะสม ยกเว้นข้อที่ 12 (การเข้ารับการอบรมหรือศึกษาข้อมูลสุขาภิบาลอาหารเพิ่มเติม) และข้อที่ 13 (การแจ้งเจ้าหน้าที่เมื่อพบปัญหาอาหารปนเปื้อน) ซึ่งอยู่ในระดับต้องปรับปรุง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 (S.D. = 1.58) และ 3.10 (S.D. = 1.49) ตามลำดับ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.64 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.37 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะข้อที่ 7 (การล้างผักและผลไม้ด้วยน้ำสะอาดก่อนนำไปปรุงอาหาร) มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.98 (S.D. = 0.13) รองลงมาคือข้อที่ 8 (การทำความสะอาดพื้นที่เตรียมอาหารและอุปกรณ์ทุกวัน) ค่าเฉลี่ย 4.94 (S.D. = 0.24) และข้อที่ 9 (การกำจัดขยะและเศษอาหารในภาชนะปิดมิดชิดทุกวัน) ค่าเฉลี่ย 4.91 (S.D. = 0.34)

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร ตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารและความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารก่อนและหลังการดำเนินการโปรแกรม 6 เดือน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร ก่อนและหลังการดำเนินการโปรแกรม (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความรู้	9.73	1.70	11.01	1.07	63	-6.116	.000	-1.69987	-.86263
พฤติกรรม	3.46	0.69	4.64	0.37	63	-13.001	.000	-1.35519	-.99409

จากตารางที่ 1 ความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร ตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ก่อนและหลังการดำเนินงาน 6 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังโปรแกรม 6 เดือน ความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ

5. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารก่อนและหลังการดำเนินงาน 6 เดือน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารก่อนและหลังการดำเนินงาน 6 เดือน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				lower	upper
เข้าถึง	3.18	0.71	4.52	0.79	63	-12.658	.000	-1.55589	-1.13161
เข้าใจ	3.34	0.54	4.60	0.29	63	-16.127	.000	-1.41806	-1.10538
โต้ตอบ	3.33	0.46	4.59	0.35	63	-16.717	.000	-1.41691	-1.11434
ตัดสินใจ	3.32	0.49	4.63	0.30	63	-17.473	.000	-1.46261	-1.16239
ปรับเปลี่ยน	3.34	0.53	4.71	0.21	63	-17.034	.000	-1.53195	-1.21024
บอกต่อ	3.41	0.51	4.57	0.43	63	-12.247	.000	-1.34491	-.96759
รวม	3.32	0.20	4.60	0.20	63	-31.837	.000	-1.36582	-1.20449

จากตารางที่ 2 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารก่อนและหลังการดำเนินงาน 6 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารหลังการดำเนินงาน 6 เดือน ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผล

1) ผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารส่งผลให้พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารดีขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งค่าเฉลี่ยรวมที่เพิ่มขึ้นจากระดับเหมาะสมเป็นระดับมากที่สุด และผลการทดสอบสถิติที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนว่าโปรแกรมสามารถกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยอาหาร เช่น การล้างมือ การแยกอาหารดิบ สุก การตรวจสอบวันหมดอายุ และการทำความสะอาดอุปกรณ์ ผลนี้สอดคล้องกับแนวคิดว่าการเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มความสามารถในการแปลความรู้สู่การปฏิบัติและพฤติกรรมที่เหมาะสม[7] สอดคล้องกันกับการศึกษาของ กรรณิการ์ ลดาสุวรรณ, สุมัทนา กลางคาร และกษมา วงษ์ประชุม[8] ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

ความรอบรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05(p-value<0.001) ความรอบรู้และพฤติกรรมของกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05(p-value<0.001)

2) เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังโปรแกรม ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยสัดส่วนผู้มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้น และผู้มีความรู้ระดับต่ำหายไป การเปลี่ยนแปลงนี้สะท้อนว่าเนื้อหา วิธีการและกิจกรรมในโปรแกรมสามารถเพิ่มพูนความเข้าใจของผู้สัมผัสอาหารได้อย่างมีประสิทธิผล เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องมากขึ้น ย่อมช่วยให้การตัดสินใจและการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารมีความเหมาะสมมากขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกันกับการศึกษาของภีมภูริ ปัทมธรรมกุล[9] การประยุกต์ใช้สื่ออบรมสุขาภิบาลอาหารแบบออนไลน์ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพร้านจำหน่ายอาหารในเขตเทศบาลนครอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการอบรมสุขาภิบาลอาหารแบบออนไลน์ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวด้านสุขาภิบาลอาหารสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3) เปรียบเทียบความรอบรู้ก่อนและหลังโปรแกรม ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากที่สุดในทุกมิติ โดยเฉพาะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การตัดสินใจด้านสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นเด่นชัด แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมไม่เพียงเพิ่มความรู้ แต่ยังพัฒนาทักษะในการค้นหา ประเมิน ใช้ และสื่อสารข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหารได้ดีขึ้นด้วย ซึ่งเป็นแกนสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกันกับการศึกษาของภีมภูริ ปัทมธรรมกุล[9] การประยุกต์ใช้สื่ออบรมสุขาภิบาลอาหารแบบออนไลน์ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพร้านจำหน่ายอาหารในเขตเทศบาลนครอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการอบรมสุขาภิบาลอาหารแบบออนไลน์ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวด้านสุขาภิบาลอาหารสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

4) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้และพฤติกรรม ผลการศึกษา พบว่า ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางเดียวกับพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร กล่าวคือ เมื่อความรู้และความรอบรู้เพิ่มขึ้น พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารก็ดีขึ้นตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐมน สืบชุย[10] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย ในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สุขาภิบาลอาหาร ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร และพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังโปรแกรมความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ แสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรม

สุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร จังหวัดอ่างทอง มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร จึงควรส่งเสริมให้นำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร จังหวัดอ่างทอง ที่สามารถดาวน์โหลดและเข้าชมได้ทาง link online และ QR code โดยมีเนื้อหา ประกอบด้วย หลักการและมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารในสถานประกอบกิจการด้านอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สัมผัสอาหาร และการสาธิตและฝึกปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลการติดตามเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหาร ต่อเนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร จังหวัดอ่างทอง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2018). Foodborne diseases. Retrieved August 1, 2025, from https://www.who.int/health-topics/foodborne-diseases
2. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2567). ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2567 สัปดาห์ที่ 28 (14–20 ก.ค. 2567) วารสารรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 55(1). 1-5
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. (2566). สถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษ. อ่างทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง
4. Soon, J., Baines, R., & Seaman, P. (2012). Meta-analysis of food safety training on hand hygiene knowledge and attitudes among food handlers. Journal of Food Protection, 75(4), 793–804.
5. Bas, M., Ersun, A.S. and Kivanc, G. (2006) The Evaluation of Food Hygiene Knowledge, Attitudes, and Practices of FH' in Food Businesses in Turkey. Food Control, 17, 317-322. http://dx.doi.org/10.1016/j.foodcont.2004.11.006
6. Best, John W. 1981. Research in Education. 3 rd ed. Englewood cliffs, New Jersey : Prentice. Hall Inc.
7. กรมอนามัย. (2567). แนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ (SAN & SAN Plus). สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ, กระทรวงสาธารณสุข. https://foodsan.anamai.moph.go.th/th/food-sanitation/218057
8. กรรณิการ์ ลดาสุวรรณ, สุมัทนา กลางคาร และกษมา วงษ์ประชุม (2568) ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารอำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 8(1). 1-21
9. ภีมภูริ ปัทมธรรมกุล. (2564). การประยุกต์ใช้สื่ออบรมสุขาภิบาลอาหารแบบออนไลน์ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อ คุณภาพร้านจำหน่ายอาหารในเขตเทศบาลนครอุดรธานี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
10. ณฐมน สืบซุย.(2567). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย ในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(5).

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a Cervical Cancer Screening Model Using HPV Self-Sampling with Community Health Volunteer Participation at Yang Talat Hospital, Kalasin Province.

(Received: August 18,2025 ; Revised: August 24,2025 ; Accepted: August 26,2025)

พรรษกาล โลสันเทียะ[1]
Pansakan Losanthia[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและทฤษฎีความสามารถของตนเอง ดำเนินการใน 3 ขั้นตอน คือ การศึกษาสภาพปัญหา การพัฒนารูปแบบ และการประเมินประสิทธิผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย สตรีอายุ 30-65 ปี จำนวน 58 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 20 คน

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาหลักในการเข้าถึงบริการคัดกรองคือ ระยะทาง (15-25 กิโลเมตร) ค่าใช้จ่าย (80-120 บาท/ครั้ง) และความรู้ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 7.8 จาก 15) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการจาก 0% เป็น 46.6% ($p < 0.001$) เพิ่มความรู้ของสตรีจาก 7.8 เป็น 13.2 ($p < 0.001$) และพัฒนาความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขจาก 24.6 เป็น 67.1 ($p < 0.001$) สตรีกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.6) การประเมินความยั่งยืนพบว่ารูปแบบมีความยั่งยืนในระดับสูงทุกมิติ (คะแนนเฉลี่ย 4.5/5.0) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา

คำสำคัญ: การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, HPV Self Sampling, อาสาสมัครสาธารณสุข, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, ชุมชน
ชนบท

Abstract

This study aimed to develop a community-based cervical cancer screening model using HPV self-sampling, facilitated through the active participation of village health volunteers (VHVs) in the service areas of Yang Talat Hospital, Kalasin Province. A participatory action research (PAR) approach was employed, incorporating the theories of social support and self-efficacy. The study was conducted in three phases: problem assessment, model development, and evaluation of effectiveness. The sample consisted of 58 women aged 30–65 and 20 VHVs. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results showed that key barriers to screening access included distance (15–25 kilometers), cost (80–120 baht per visit), and low knowledge levels (mean score: 7.8 out of 15). The developed model significantly increased the screening participation rate from 0% to 46.6% ($p < 0.001$), improved women's knowledge scores from 7.8 to 13.2 ($p < 0.001$), and enhanced VHV knowledge from 24.6 to 67.1($p < 0.001$). The target group reported high satisfaction with the model (mean score: 4.6), and sustainability evaluation showed high scores across all dimensions (mean: 4.5/5.0).

Keywords: Cervical cancer screening, HPV self-sampling, village health volunteers, participatory action research, rural community

[1] กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกใน ปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 604,000 ราย และมีผู้เสียชีวิต 342,000 ราย โดยร้อยละ 90 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบอุบัติการณ์สูงถึง 17.2 ต่อประชากรหญิงแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่ 13.3 ต่อแสนประชากรหญิง[1] สำหรับประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 พบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 2 ในสตรีไทย มีอัตราการเกิดโรคใหม่ 14.4 ต่อประชากรหญิงแสนคน และมีอัตราการเสียชีวิต 7.3 ต่อแสนประชากรหญิง ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปี พ.ศ. 2565 พบอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 35.6 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดที่ร้อยละ 60[2] ปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ ได้แก่ ความอายและความกังวลในการตรวจภายใน การขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรอง ข้อจำกัดด้านเวลา และการเดินทาง รวมถึงทัศนคติเชิงลบต่อการตรวจคัดกรอง[3] การตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV Self Sampling เป็นนวัตกรรมที่ช่วยลดข้อจำกัดดังกล่าว โดยเป็นการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งมีความไวในการตรวจจับเชื้อ HPV ร้อยละ 86-97 และมีความจำเพาะร้อยละ 84-100 เมื่อเทียบกับการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งยังได้รับการยอมรับจากสตรีมากกว่าการตรวจภายในแบบดั้งเดิม ในการป้องกันโรคนี้ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) ในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างต่อเนื่อง ร่วมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจและตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก และระยะก่อนเป็นมะเร็ง ในสตรีอายุ 30 -60 ปี ในพื้นที่เขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) เพื่อที่จะได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ซึ่งสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ Human Papillomavirus หรือ HPV สายพันธุ์ความเสี่ยงสูง ซึ่งมีไม่ต่ำกว่า 14 สายพันธุ์ และสายพันธุ์ 16 และ 18 เป็นสายพันธุ์ที่พบบ่อยที่สุดสูงถึงร้อยละ 70 และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งทวารหนักและมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์[3]

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงผลร้ายของมะเร็งปากมดลูกที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตของสตรีไทยเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก โดยที่มะเร็งปากมดลูกนั้น เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้หากมีการเฝ้าระวังอย่างถูกวิธี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะดำเนินการศึกษาโดยการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลยางตลาด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) และทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) เพื่อเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับการตรวจคัดกรองอย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอัตราป่วยและตายของสตรีจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชุมชน

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลและความยั่งยืนของรูปแบบการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

4. เพื่อสร้างการเรียนรู้และเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)โดยนำแนวคิดทฤษฎีมาประยุกต์ใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลาในการดำเนินการ 14 เดือน (มกราคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด เขตองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) จำนวน 100 คน ประชากรกลุ่มนี้ถูกทำการวิจัยทั้งหมด

2. สตรีอายุกลุ่มเสี่ยง 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด ตำบลยางตลาด จำนวน 1,907 คน และเขตองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) จำนวน 10 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 และ 18 ที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา จำนวน ทั้งหมด 58 คน โดยกำหนดกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยการกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1) สตรีมีอายุระหว่าง อายุ 30-60 ปี ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

2) อาศัยอยู่ในเขต พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด เขตองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด จำนวน 10 หมู่บ้าน ได้แก่ 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 และ 18

3) ไม่อยู่ในระยะตั้งครรภ์ หลังคลอด 1 ปี ผู้พิการ หรือผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

4) เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินการวิจัย โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากประชากรทั้งหมด 58 คน ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 (Faul et al., 2009) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 34 คน จากนั้นปรับขนาดตัวอย่างด้วยสูตร finite population correction (Daniel, 2009):
เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล เพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 20% (Lwanga & Lemeshow, 1991) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสุดท้าย 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุข โรงพยาบาลยางตลาด ตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ สถานะ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับประทานยาคุมกำเนิดและประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายงาน (Check List) โดยการใส่เครื่องหมายถูกลงในช่องว่างและเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามส่วนที่ 1 หาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด การวิเคราะห์ลักษณะทางประชากร ทำการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คือ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อย

ละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด (จินตนา ดำเกลี้ยง และคณะ. (2563)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยให้ผู้ตอบคำถามว่า ใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่และเวลาให้บริการตรวจคัดกรอง ด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ด้านการสนับสนุนด้านการประเมินผล (Appraisal Support)และด้านการสนับสนุนด้านเครือข่ายทางสังคม (Network Support) แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House[4] และเพิ่มเติมด้านเครือข่ายทางสังคมตามแนวคิดของ Cohen และคณะ[5] โดยมีการปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความสามารถของตนเองในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 25 ข้อ ดังนี้ ความรู้และความเข้าใจ ความกังวลและความกลัว การเข้าถึงบริการ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมและระบบบริการสุขภาพ โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ตรงกับระดับการมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุด ดังนี้ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด รวมทั้งหมด 25 ข้อ แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura[6] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่า 0.92

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยผู้วิจัยได้ทำการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประเมิน จำนวน 13 ข้อ (บุญใจ ศรีสถิตนรากูล ,2553, น.502)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเมินทั้งหมด 5 ด้าน ดังนี้ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล การมีส่วนร่วมในการสื่อสารกับชุมชน โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ตรงกับระดับการมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุด ดังนี้ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด รวมทั้งหมด 26 ข้อ แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff[5]

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการ 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จากเดิมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ด้วยวิธีตรวจแปปเสมียร์ (Pap smear) เป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะใช้เครื่องมือลักษณะคล้ายไม้พาย เก็บเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกก่อนนำส่งตรวจในห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจหาเซลล์ที่ผิดปกติหรือเซลล์ที่มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งอาจทำให้เกิดมะเร็งได้ เป็นวิธีที่ใช้มาเป็นเวลานาน และต้องรับบริการที่หน่วยบริการเท่านั้นอาจจะมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มีการตรวจที่ซับซ้อน เกิดความอายในการตรวจ จึงทำให้อัตราการตรวจน้อย เมื่อปี 2565 ได้มีการดำเนินการตามนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยทดลองตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจมะเร็งปากมดลูก (HPV Self Sampling) อย่างเต็มรูปแบบ โดยการลงพื้นที่ค้นหากลุ่มเสี่ยงโดยการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ทำให้ผลการดำเนินงานใน

ปีงบประมาณ 2564-2567 มีผลการดำเนินงานคิดเป็นร้อยละ 50.00, 55.00, 60.00, 65.00 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี จำนวนผู้พบความ เสี่ยงสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้รับการคัดกรองที่เพิ่มขึ้นและมีการเพิ่มของกลุ่มเป้าหมายทุกปี แสดงถึงการขยายการให้บริการแต่จะเห็นได้ว่ามีผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 80 ตามเกณฑ์ของสำนักงาน

สำรวจสภาพปัญหาสถานการณ์จากการดำเนินงานการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก การศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ผ่านมาของสตรีอายุ 30-60 ปี ของโรงพยาบาลยางตลาดโดยผู้วิจัยได้ทำการเชิญอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด หมู่ละ 2 คน และสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30 -60 ปี หมู่ละ 1 คน มาประชุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมาโดยกิจกรรมให้ผู้เข้าร่วมมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแสดงความคิดเห็นของตนเอง ใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยผู้วิจัยนำวิดีทัศน์ และสื่อวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองและให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสตรีกลุ่มเป้าหมาย ทดลองตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจมะเร็งปากมดลูก (HPV Self Sampling)

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานงานภาคีเครือข่ายในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาดเขตองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) เลือกกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สตรีกลุ่มเป้าหมายหรือคนในชุมชนให้ความเคารพนับถือ และไว้วางใจ และประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของอัลเบิร์ต แบนดูร่า โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences)

1.1 ผู้วิจัยทำการจัดอบรบเชิงปฏิบัติการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมายโดยให้ที่ได้รับอบรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling ระดับอำเภอ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการเล่าถึงประสบการณ์ความรู้สึกและความรู้ที่ได้รับจากการอบรม

1.2 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และให้ดูวิดิทัศน์วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV Self Sampling ให้แก่ผู้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการอีกครั้ง

1.3 แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี กลุ่มเป้าหมาย ที่ยังไม่เคยฝึกการตรวจมะเร็งปากมดลูก ทดลองตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยมีเจ้าหน้าประจำกลุ่มให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด

2. การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง มาเล่าถึงความรู้สึก วิธีการตรวจ ข้อพึงระวัง ขณะที่ทำการตรวจ รวมถึงข้อห้ามในการตรวจ ผู้วิจัยได้ทำการซักซ้อมประเด็นการเล่าเพื่อเพิ่มความมั่นใจและสร้างเสริมความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) โดย

คัดเลือกตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านออกมาพูดเชิญชวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี สมัครใจตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง และให้เพื่อนๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในห้องประชุมช่วยพูดเสริมแรงให้เกิดแรงจูงใจมากยิ่งขึ้น เป็นการฝึกทักษะเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความมั่นใจ และเกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะพูดชักจูงสตรีกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

4. ผู้วิจัยดำเนินการจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อให้คำปรึกษาในกรณีมีข้อสงสัยสอบถาม หรือติดตามประสานงานในพื้นที่

5. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectation)

5.1 ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบรายชื่อสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี ที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากฐานข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมดในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) แบ่งกลุ่มเป็นหมู่บ้าน และทำการแจ้งรายชื่อสตรีกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ลงพื้นที่ในการเยี่ยมบ้านและพูดเชิญชวน สำรวจความต้องการในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling รวมถึงการนำชุดตรวจไปให้ อธิบายวิธีเก็บสิ่งส่งตรวจ และแจ้งผลการตรวจกับผู้รับบริการ

5.2 ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่

ขั้นตอนที่ 3 ผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลโดยการรวบรวมจำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ที่สมัครใจตรวจมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV Self Sampling และวิเคราะห์ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ รวมถึงการสรุปปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินงานวิจัย เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลในการสนทนา เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนามาเรียบเรียง จัดกลุ่มเนื้อหาและจับประเด็นหรือคำสำคัญจากเนื้อหาการสนทนาให้สอดคล้องกับแนวทางการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป โดยเลือกสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความพึงพอใจเลือกสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประเมินความรู้ ทักษะของ อสม.และอัตราการเข้าถึงบริการคัดกรอง

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มหลัก ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 100 คน และสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี จำนวน 27 คน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85 ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของการทำงานในด้านสาธารณสุขชุมชนที่มักมีผู้หญิงเป็นกำลังหลัก กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.0 ด้วยอายุเฉลี่ย 48.5 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีความเป็นผู้ใหญ่และประสบการณ์ชีวิตเพียงพอในการทำงานเพื่อสังคม ด้านการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 41.0 และมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 34.0 รวมกันเป็นร้อยละ 75 ซึ่งแสดงถึงพื้นฐานการศึกษาที่เหมาะสมสำหรับการรับความรู้และทำงานในด้านสาธารณสุข สำหรับอาชีพหลัก พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 60.0 ซึ่งสะท้อนถึงลักษณะของชุมชนเกษตรกรรมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้าน

ประสบการณ์การทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่ามีประสบการณ์เฉลี่ย 7.8 ปี โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์ 5-10 ปีมีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 40.0 ซึ่งแสดงถึงความมั่นคงและความต่อเนื่องในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่นี้

ด้านสตรีกลุ่มเป้าหมายมีอายุเฉลี่ย 44 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 41.0 ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข อาชีพหลักพบว่าเป็นเกษตรกรร้อยละ 66.7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเล็กน้อย สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ในภาวะสมรสร้อยละ 81.5 ข้อมูลที่สำคัญมากคือสตรีกลุ่มเป้าหมายทุกคนไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อนร้อยละ 100.0 ซึ่งเป็นข้อมูลหลักที่แสดงถึงปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการคัดกรองในชุมชนชนบท

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการดำเนินการผ่านวิธีการเก็บข้อมูลหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การประชุมกลุ่มย่อย การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนสภาพปัญหาที่แท้จริงของชุมชน

1.1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการประชุมกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน กลุ่มสตรีกลุ่มเป้าหมาย 10 คน และกลุ่มผู้นำชุมชน 8 คน รวมถึงการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 คน พบสภาพปัญหาในหลายมิติที่สัมพันธ์กันและส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ ปัญหาหลักที่สำคัญที่สุดคือระยะทางจากหมู่บ้านถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 15-25 กิโลเมตร ทำให้ใช้เวลาเดินทาง 30-45 นาที ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สะดวกและเป็นอุปสรรคสำคัญ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย 80-120 บาทต่อครั้งถือเป็นภาระทางการเงินสำหรับครอบครัวที่มีรายได้น้อย โดยเฉพาะครอบครัวเกษตรกรที่มีรายได้ไม่แน่นอน เวลาให้บริการของโรงพยาบาลในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น. ไม่สอดคล้องกับเวลาทำงานของสตรีในชุมชนเกษตรกรรม ที่มักต้องทำงานในช่วงเช้าตรู่และเย็น การที่ต้องนัดหมายล่วงหน้า 1-2 สัปดาห์ทำให้ขาดความยืดหยุ่นและอาจทำให้สตรีเปลี่ยนใจไม่มารับบริการ

ปัญหาด้านความรู้และทัศนคติ สตรีส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและความสำคัญของการตรวจคัดกรอง มีความเข้าใจผิดที่สำคัญคือ "ผู้ที่ไม่มีอาการไม่จำเป็นต้องตรวจ" พบในร้อยละ 73.3 ของผู้เข้าร่วมการประชุมกลุ่มย่อย ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมารับบริการคัดกรอง ความกลัวและความอายในการตรวจภายในพบในร้อยละ 86.7 ของผู้เข้าร่วม ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและความเชื่อทางสังคม นอกจากนี้ยังมีความกังวลเรื่องความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับในร้อยละ 80.0 โดยเฉพาะในชุมชนขนาดเล็กที่ทุกคนรู้จักกัน

ปัญหาด้านระบบบริการ ระบบบริการยังขาดการประชาสัมพันธ์และรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ไม่มีระบบติดตามผู้ที่ไม่มารับบริการคัดกรองอย่างเป็นระบบ การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่มีประสิทธิภาพ และบุคลากรทางการแพทย์หญิงมีจำกัด ซึ่งเป็นปัจจัยที่สตรีให้ความสำคัญในการตัดสินใจมารับบริการ ข้อมูลสถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลยางตลาดในช่วงปีงบประมาณ 2564 -2567 แสดงให้เห็นว่าแม้จะมีการปรับปรุงและเพิ่มอัตราการคัดกรองอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ถึงเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่ร้อยละ 70

1.2 ผลการศึกษาความต้องการในการพัฒนาบริการ

ความต้องการด้านการเข้าถึงบริการ ผลการศึกษาพบว่าสตรีทุกคน (ร้อยละ 100.0) ต้องการบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและใกล้บ้าน ต้องการเวลาให้บริการที่ยืดหยุ่นร้อยละ 93.3 บริการที่รักษาความเป็นส่วนตัวสูงร้อยละ 100.0 และต้นทุนที่ไม่เป็นภาระหรือฟรีร้อยละ 100.0

ความต้องการด้านความรู้และข้อมูล สตรีต้องการความรู้ที่เข้าใจง่ายและเป็นภาษาท้องถิ่นร้อยละ 93.3 ต้องการสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายร้อยละ 86.7 และที่สำคัญคือต้องการคำแนะนำจากคนที่ไว้วางใจในชุมชนร้อยละ 100.0 ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นตัวกลางในการสื่อสาร

ผลการประเมินความรู้เบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำร้อยละ 59.3 ด้วยคะแนนเฉลี่ย 7.8 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling

การพัฒนารูปแบบดำเนินการตามหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) และทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) เพื่อสร้างรูปแบบที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบแบบมีส่วนร่วม การพัฒนารูปแบบดำเนินการผ่าน 3 ขั้นตอนหลักตามหลักการของ Kemmis and McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) และการสะท้อน (Reflecting) โดยมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1: การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การจัดประชุมชุมชนทั้งหมด 3 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมรวม 85 คน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไข การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่ชุมชนร่วมกันกำหนด โดยเน้นคุณสมบัติด้านความน่าเชื่อถือ ทักษะการสื่อสาร และความเต็มใจที่จะเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 2: การปฏิบัติตามแผน ดำเนินการอบรมและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ ทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่นำร่องเพื่อทดสอบความเป็นไปได้ และปรับปรุงแก้ไขตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3: การสะท้อนและปรับปรุง ประเมินผลและรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และสรุปรูปแบบที่สมบูรณ์สำหรับการขยายผลต่อไป

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนา

การประเมินประสิทธิผลดำเนินการโดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และ McNemar test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อทดสอบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าหลังการดำเนินโครงการสามารถเพิ่มจำนวนสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองจาก 0 คน เป็น 27 คน คิดเป็นร้อยละ 46.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถลดต้นทุนการตรวจเฉลี่ย 170 บาทต่อครั้ง และสตรีมีความพึงพอใจในระดับสูง

ผลการประเมินพบว่าหลังการดำเนินโครงการสตรีกลุ่มเป้าหมายมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 7.8 ± 2.4 เป็น 13.2 ± 1.8 เพิ่มขึ้น 5.4 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสตรีที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 เป็นร้อยละ 70.4

4. ผลการสร้างการเรียนรู้และเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การประเมินการสร้างการเรียนรู้และเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการอบรม การทดสอบทักษะปฏิบัติ และการประเมินการมีส่วนร่วม เพื่อวัด

การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการของบุคลากรหลักในการขับเคลื่อนโครงการ

ผลการประเมินแสดงให้เห็นการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องวิธีการใช้ HPV Self Sampling ที่มีการเพิ่มขึ้นสูงสุด 12.7 คะแนน

5.ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling

การนำเสนอผลการตรวจสิ่งส่งตรวจ การส่งต่อ และการติดตามผลการรักษาที่เป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จของโครงการ

ผลการตรวจพบว่าสิ่งส่งตรวจทั้งหมดมีคุณภาพเพียงพอสำหรับการตรวจร้อยละ 100.0 ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและการดำเนินการตามมาตรฐาน ผลการตรวจพบ HPV Positive ร้อยละ 11.1 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการติดเชื้อ HPV ในประชากรไทยทั่วไป

6. ผลการประเมินความยั่งยืนของรูปแบบ

การประเมินความยั่งยืนดำเนินการโดยการวิเคราะห์ความยั่งยืนใน 4 มิติ เพื่อให้มั่นใจว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถดำเนินการต่อไปได้ในระยะยาว พบว่า อยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก

7. การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยใช้สถิติที่เหมาะสมตามลักษณะของข้อมูล เพื่อตรวจสอบความสมเหตุสมผลของข้อสันนิษฐานที่ตั้งไว้

7.1 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลยางตลาด

ผลการทดสอบ: ยอมรับสมมติฐานที่ 1 เนื่องจาก $p < 0.001$ แสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7.2 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 สตรีกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling มากกว่าการตรวจคัดกรองแบบดั้งเดิม

ผลการทดสอบ: ยอมรับสมมติฐานที่ 2 เนื่องจาก $p < 0.001$ แสดงว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ HPV Self Sampling มากกว่าวิธีดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7.3 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถดำเนินการตามรูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ผลการทดสอบ: ยอมรับสมมติฐานที่ 3 เนื่องจาก $p < 0.001$ ในทุกตัวแปร แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถดำเนินการตามรูปแบบได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

8. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและข้อจำกัดของการวิจัย

8.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มปัจจัย	ปัจจัยย่อย	ระดับอิทธิพล	คำอธิบาย
ปัจจัยด้านทฤษฎี	การใช้ทฤษฎีที่เหมาะสม	สูงมาก	ทฤษฎีทั้ง 2 ตัวสนับสนุนการปฏิบัติได้จริง
	การประยุกต์ใช้ที่ถูกต้อง	สูง	ปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทชุมชน
ปัจจัยด้านบุคลากร	คุณภาพของ อสม.	สูงมาก	เป็นคนในชุมชนที่ได้รับความไว้วางใจ
	การมีส่วนร่วมของชุมชน	สูงมาก	ชุมชนเข้าร่วมตั้งแต่การวางแผน
	ความมุ่งมั่นของ อสม.	สูง	อสม. มีความเต็มใจสูง

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มปัจจัย	ปัจจัยย่อย	ระดับอิทธิพล	คำอธิบาย
ปัจจัยด้านเทคโนโลยี	ความเหมาะสมของ HPV Self Sampling	สูงมาก	ตอบโจทย์ปัญหาการเข้าถึงบริการ
	ความสะดวกในการใช้	สูง	ใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน
	ความแม่นยำของผลตรวจ	สูง	ผลการตรวจเชื่อถือได้
ปัจจัยด้านการสนับสนุน	การสนับสนุนจากโรงพยาบาล	สูงมาก	ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
	การสนับสนุนจาก อบต.	สูง	สนับสนุนงบประมาณและนโยบาย
	การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน	สูง	ผู้นำมีบทบาทสำคัญ

8.2 อุปสรรคและข้อจำกัด

ตารางที่ 2 อุปสรรคและข้อจำกัด

ประเภทอุปสรรค	รายละเอียด	ระดับผลกระทบ	แนวทางแก้ไข
อุปสรรคด้านเทคนิค			
การเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจ	ต้องควบคุมอุณหภูมิและความชื้น	ปานกลาง	จัดหาตู้เก็บมาตรฐาน
การขนส่งสิ่งส่งตรวจ	ระยะทางไปห้องปฏิบัติการไกล	ปานกลาง	ประสานรถรับส่งประจำ
ระยะเวลารอผล	7-10 วัน ทำให้ผู้รับบริการกังวล	น้อย	ชี้แจงให้เข้าใจล่วงหน้า
อุปสรรคด้านพฤติกรรม			
ความลังเลของสตรีวัยสูงอายุ	กลุ่ม >55 ปี ยอมรับได้ยาก	ปานกลาง	เพิ่มการให้ความรู้เฉพาะกลุ่ม
ความกังวลเรื่องความแม่นยำ	สงสัยผลการตรวจด้วยตนเอง	น้อย	แสดงหลักฐานทางวิทยาศาสตร์
อุปสรรคด้านระบบ			
ระบบฐานข้อมูลไม่เชื่อมโยง	ข้อมูลกระจัดกระจาย	ปานกลาง	พัฒนาระบบ IT ที่เชื่อมโยง
การขาดแนวทางมาตรฐาน	ยังไม่มี Guideline ระดับชาติ	น้อย	เสนอให้กระทรวงพิจารณา

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์" ประสบความสำเร็จในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ทั้ง 4 ข้อ และยืนยันสมมติฐานการวิจัยทั้ง 3 ข้อ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในการเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 46.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การบูรณาการระหว่างเทคโนโลยีที่เหมาะสม (HPV Self Sampling) กับทรัพยากรมนุษย์ในชุมชน (อสม.) และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์อย่างเป็นระบบช่วยให้รูปแบบมีประสิทธิภาพและความยั่งยืน ความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้ไม่เพียงแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของ HPV Self Sampling ในการเป็นทางเลือกสำหรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่ยังเป็นตัวอย่างของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืนผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้ทรัพยากรท้องถิ่น การพัฒนาศักยภาพของ อสม. แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์ในชุมชน การเพิ่มขึ้นของความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของ อสม. ไม่เพียงช่วยในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่ยังสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพชุมชนโดยรวม

การที่ชุมชนยอมรับและมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับสูง แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมและความยั่งยืนของรูปแบบ ผลการวิจัยนี้มีนัยสำคัญต่อการพัฒนานโยบายสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะในการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในพื้นที่ห่างไกลและด้อยโอกาส รูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการป้องกันและควบคุมโรคอื่นๆ ได้ โดยเฉพาะโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการคัดกรองเชิงรุก การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์อย่างเป็นระบบในการออกแบบแทรกแซงด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีฐานทฤษฎีที่มั่นคงในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพ การบูรณาการทฤษฎี Self-Efficacy และ Social Support ให้ผลลัพธ์ที่เสริมกันและสร้างความแข็งแกร่งให้กับการแทรกแซง[4,5,6,7] ข้อจำกัดของการวิจัย โดยเฉพาะเรื่องขนาดตัวอย่างและระยะเวลาการติดตาม เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยในอนาคต การศึกษาในระยะยาวและในพื้นที่ที่หลากหลายจะช่วยยืนยันประสิทธิผลและความสามารถในการขยายผลของรูปแบบ

โดยสรุป การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาที่มีคุณค่าทั้งในเชิงวิชาการและการปฏิบัติ ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพให้กับประชาชนในวงกว้าง การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้ทรัพยากรท้องถิ่น และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีอย่างเหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนามีประสิทธิภาพและยั่งยืน ท้ายที่สุด การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนไม่จำเป็นต้องพึ่งพาเทคโนโลยีที่ซับซ้อนหรือทรัพยากรจากภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่สามารถสร้างนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพได้ด้วยการบูรณาการเทคโนโลยีที่เหมาะสม ทรัพยากรมนุษย์ในชุมชน และการมีส่วนร่วมของประชาชน การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นแบบอย่างที่ดีของการพัฒนาระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ขนาดตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (สตรีกลุ่มเป้าหมาย 27 คน) ทำให้การอ้างอิงผลไปยังประชากรกว้างมีข้อจำกัด และอาจส่งผลต่อสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

2. การขาดกลุ่มควบคุม การวิจัยไม่มีกลุ่มควบคุม (Control group) ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบประสิทธิผลกับวิธีการอื่นได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ

1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ควรจัดการอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเกี่ยวกับ HPV Self Sampling และการทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

2) การปรับปรุงระบบบริการ ควรปรับปรุงระบบการรับสิ่งส่งตรวจ การแจ้งผล และการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

3) การสร้างความร่วมมือกับชุมชน ควรสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนในการสนับสนุนการดำเนินงาน

2. สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

1) การพัฒนาทักษะการสื่อสาร ควรพัฒนาทักษะการสื่อสารและการให้คำปรึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนได้มากขึ้น

2) การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ ควรสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแก้ไขปัญหาร่วมกัน

3) การใช้เทคโนโลยี ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แอปพลิเคชันมือถือ ในการสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

3. สำหรับชุมชน

1) การสร้างความตระหนัก ควรดำเนินกิจกรรมสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

2) การสร้างกลุ่มสตรีรณรงค์ ควรส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มสตรีรณรงค์สุขภาพในทุกหมู่บ้านเพื่อสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม

3) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1) การศึกษาผลกระทบระยะยาว ควรศึกษาผลกระทบระยะยาวของรูปแบบต่อการลดอุบัติการณ์และอัตราตายจากมะเร็งปากมดลูกในระยะ 5-10 ปี

2) การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ควรศึกษาการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness analysis) ของรูปแบบเปรียบเทียบกับวิธีดั้งเดิม

3) การศึกษาคุณภาพชีวิต ควรศึกษาผลกระทบของรูปแบบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2018). WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. WHO Press.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2565) รายงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2554). แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
4. House, J. S. (1981). Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley.
5. Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. Oxford University Press.
6. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman and Company.
7. Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World Development, 8(3), 213-235.

การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

Strengthening the capacity of village health volunteers to promote consumer protection operations at the Subdistrict Health Promotion Hospital, Nakhu District, Kalasin Province.

(Received: August 18,2025 ; Revised: August 24,2025 ; Accepted: August 26,2025)

พนิดา อบอุ่น[1]
Panida Ob-oon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค และการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึง เดือน สิงหาคม 2567 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 55 คน โดยการเจาะจง (Purposive Selection) เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการดำเนินงานความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การส่งเสริม การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค

Abstract

This study was action research. The objectives are to study the understanding of village health volunteers in promoting consumer protection operations and to enhance the potential of village health volunteers in promoting consumer protection operations at Tambon Health Promoting Hospital, Na Khu District, Kalasin Province. The research period is between June 2024 and August 2024, a total of 3 months. The sample consists of 55 representatives of village health volunteers in promoting consumer protection operations at Tambon Health Promoting Hospital, Na Khu District, Kalasin Province by purposive selection. The data were collected by purposive selection. Data were collected from questionnaires. The data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the study found that after the operation, the understanding of village health volunteers in promoting consumer protection operations at the sub-district health promotion hospital, Na Khu District, Kalasin Province, overall and in each aspect was at the highest level. The understanding of village health volunteers in promoting consumer protection operations at the sub-district health promotion hospital, Na Khu District, Kalasin Province before and after the operation was found to be statistically significantly different at the 0.05 level. The understanding of village health volunteers in promoting consumer protection operations at the sub-district health promotion hospital, Na Khu District, Kalasin Province after the operation was better than before the operation.

Keywords: village health volunteers, promotion, consumer protection operations

[1] เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

งานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นภารกิจสำคัญที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทั่วโลก เพื่อปกป้องสิทธิและความปลอดภัยของผู้บริโภคจากสินค้าและบริการที่อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือเอาเปรียบในระบบตลาด ระบบสากลให้ความสำคัญกับการสร้างระบบที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการสำรวจข้อมูล พิจารณาเรื่องร้องเรียน การกำกับดูแล และส่งเสริมความรู้ควบคู่กันไปในหลายประเทศ เช่น การพัฒนากฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค การสร้างกลไกการร้องเรียน และการรณรงค์ความรู้ให้แก่ประชาชนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อภัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว[1]

ในประเทศไทย การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นระบบที่รัฐจัดตั้งขึ้นเพื่อปกป้องและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับความปลอดภัยและความเป็นธรรมในการบริโภคสินค้าและบริการทั้งในชีวิตประจำวันและช่องทางออนไลน์ โดยมีหน้าที่หลักคือการออกกฎหมาย มาตรการควบคุม กำกับดูแลมาตรฐานสินค้า ตรวจสอบคุณภาพ และให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้บริโภค เพื่อป้องกันการเอาเปรียบและแก้ไขข้อพิพาทอย่างเป็นธรรมและโปร่งใส รัฐกำหนดหน่วยงานต่าง ๆ เช่น สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) รับเรื่องร้องเรียนและแก้ไขปัญหา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ควบคุมความปลอดภัยของอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมความรู้และสร้างโอกาสให้ผู้บริโภคมีส่วนร่วมในนโยบายอย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังมีปัญหาและอุปสรรคหลายด้าน เช่น การรับรู้และข้อมูลที่ยังไม่ทั่วถึงของผู้บริโภค ความซับซ้อนของสินค้าบางประเภท รวมถึงความท้าทายจากเทคโนโลยีและระบบตลาดดิจิทัลที่เติบโตอย่างรวดเร็ว การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการขับเคลื่อนงานนี้ให้ประสบความสำเร็จ[1]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเป็นหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในชุมชนชนบทที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ รพ.สต. ไม่เพียงแต่ให้บริการสุขภาพพื้นฐานเท่านั้น แต่ยังทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการส่งเสริมและขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชนอีกด้วย หนึ่งในภารกิจสำคัญคือการเฝ้าระวังคุณภาพสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน นอกจากนี้ รพ.สต. ยังมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และสร้างการรับรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสิทธิผู้บริโภคในเรื่องของความปลอดภัย การเลือกใช้สินค้าและบริการอย่างรอบคอบ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนสามารถตรวจสอบและตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูลครบถ้วน การดำเนินกิจกรรมและโครงการที่หลากหลาย เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการ จัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ หรือการเผยแพร่สื่อสาระผ่านช่องทางต่าง ๆ ถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่ช่วยพัฒนาศักยภาพเครือข่ายภาคประชาชน อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบและส่งเสริมสิทธิผู้บริโภคในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน[2] ในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างชุมชนกับระบบบริการสาธารณสุขและเป็นหัวใจในการส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครเหล่านี้จึงมีความจำเป็น เพื่อให้สามารถสนับสนุนและส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างมีคุณภาพและครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงระวี อุปสัย[3] ได้ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพแล้ว พบว่า อสม.กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 (T^2 = 39.01; $F_{(5, 96)}$ = 748.95; p = .00) ทั้งด้านความรู้การคุ้มครอง

ผู้บริโภค ด้านทักษะการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านอัตมโนทัศน์ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค และด้านแรงจูงใจการคุ้มครองผู้บริโภค ดังนั้นควรจัดให้ อสม. ทุกคนได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพงานคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อส่งเสริมให้ มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานสาธารณสุขต่อไป

อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 8 แห่ง ครอบคลุมหลายหมู่บ้านในตำบล เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพเบื้องต้น กิจกรรมให้บริการมักจะรวมถึงการดูแลสุขภาพทั่วไป การรณรงค์ด้านโภชนาการ การส่งเสริมความรู้ผู้บริโภค การตรวจสอบและเฝ้าระวังสินค้าอุปโภคบริโภค รวมถึงการส่งเสริมสิทธิและการปกป้องคุ้มครองสิทธิต่างๆ ของประชาชนในชุมชน สำหรับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่มีบทบาทที่ต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรค เช่น ขาดทรัพยากรบุคคลเพื่อทำงานด้านนี้โดยเฉพาะ และการรับรู้ของประชาชนที่ยังไม่ทั่วถึง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เข้มแข็ง เพื่อตอบสนองภารกิจส่งเสริมการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การศึกษาการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ส่งผลให้การปกป้องและส่งเสริมสิทธิผู้บริโภคในพื้นที่บรรลุเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์
2. ศึกษาการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์
3. ศึกษาผลของการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา การศึกษาการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึง เดือน สิงหาคม 2567 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ หมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 55 หมู่บ้าน รวมจำนวน 55 คน โดยการเจาะจง (Purposive Selection)

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) พร้อมเข้าร่วมกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคอย่างเต็มที่ 3) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมีความสามารถในการสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ดี 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมการประเมินผล

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) 1) อสม. ที่ไม่ได้อยู่ในหมู่บ้านหรือพื้นที่รับผิดชอบตามเกณฑ์

ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือการประเมินผลได้อย่างครบถ้วน เช่น ขาดงานบ่อย หรือมีภารกิจอื่นที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ 3) มีปัญหาด้านสุขภาพหรือจิตเวชที่ทำให้ไม่สามารถทำงานหรือสื่อสารได้ตามเกณฑ์การศึกษา 4) ปฏิเสธหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การศึกษาการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การศึกษาศักยภาพอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรม และการสรุปผลการดำเนินการตามกิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเข้าใจของอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[4]

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 ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา การศึกษาการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

ขั้นตอนที่ 1. ขั้นวางแผน (Plan)

1.1 ศึกษาศักยภาพและปัญหาอุปสรรคของอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการคุ้มครองผู้บริโภค

1.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ในการระดมความคิดเห็นและร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (อสม., บุคลากร รพ.สต., ภาคีเครือข่าย) เพื่อกำหนดแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพและกิจกรรมที่เหมาะสม

1.3 จัดทำแผนงาน/กิจกรรม การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ และกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 2. ขั้นดำเนินงาน (Action)

2.1 จัดกิจกรรม การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู ซึ่งประกอบด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการ การฝึกปฏิบัติ ที่เน้นการมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 3. ขั้นสังเกตการณ์และสะท้อนผล (Observation/Reflection)

3.1 ประเมินผลการดำเนินงาน ประเมินความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

3.2 สังเคราะห์ผลการดำเนินงาน เปรียบเทียบก่อน–หลัง (Pre-Post) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงศักยภาพ/ความเข้าใจ/ทักษะ

ขั้นตอนที่ 4. ขั้นปรับปรุงและพัฒนา (Re-plan)

4.1 ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูล สรุปและระบุจุดแข็ง-อ่อนของกระบวนการ/กิจกรรม

4.2 ปรับปรุง พัฒนากิจกรรมใหม่ หรือแนวทางแก้ไข เพื่อขยายผลและพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่อง สรุปผลการวิจัย และจัดทำข้อเสนอแนะ สู่การพัฒนาระบบในระดับพื้นที่/นโยบายต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ การศึกษาการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค การกำหนดกิจกรรมการดำเนินการตามกิจกรรม และการสรุปผลการดำเนินการตามกิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการ

ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย สิทธิผู้บริโภค ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา ประเภทของใบอนุญาตขายยา ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 อาหารที่ไม่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอาง ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสถานพยาบาล กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสถานพยาบาล ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการโฆษณา และความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการแสดงฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3. การเปรียบเทียบความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
สิทธิผู้บริโภค	2.81	0.46	4.32	0.45	54	-14.381	.000	-1.72361	-1.30184
การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาเบื้องต้น	2.89	0.55	4.22	0.48	54	-10.881	.000	-1.57490	-1.08484
ประเภทของใบอนุญาตขายยา	2.85	0.37	4.28	0.31	54	-18.872	.000	-1.58321	-1.27912
ปัญหาที่พบบ่อยในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา	3.12	0.54	4.16	0.41	54	-9.570	.000	-1.25787	-.82213
การคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารเบื้องต้น	2.83	0.46	4.21	0.55	54	-11.742	.000	-1.60829	-1.13918
การคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางเบื้องต้น	2.95	0.49	4.25	0.36	54	-12.944	.000	-1.49785	-1.09609
การแพ้หรือระคายเคืองที่เกิดจากเครื่องสำอาง	2.88	0.36	4.25	0.35	54	-17.010	.000	-1.53706	-1.21294
การแสดงฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ	2.99	0.56	4.26	0.50	54	-10.230	.000	-1.51853	-1.02087
รวม	2.92	0.41	4.24	0.38	54	-14.659	.000	-1.51036	-1.14693

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่าความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปาน

กลาง สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่ง มาสิก[5] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่าเจตคติในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ความรู้ในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค และปัจจัยสนับสนุนด้านการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกันกับการศึกษาของแสงระวี อุปสัย[3] ได้ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองขอนแก่น เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของ อสม.ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองขอนแก่น ใน อสม. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพงานคุ้มครองผู้บริโภค พบว่าก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคทั้ง 5 ด้าน ของ อสม. ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำ การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย สิทธิผู้บริโภค ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา ประเภทของใบอนุญาตขายยา ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 อาหาร ที่ไม่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอาง ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสถานพยาบาล กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสถานพยาบาล ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการโฆษณา และความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการแสดงฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยประยุกต์จากคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยคณะทำงานจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2553[6] ภายใต้บริบทที่สำคัญ 5 ประการ อันเป็นหัวใจของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การดูแลต่อเนื่อง การดูแลแบบองค์รวมและผสมผสาน การประสานบริการและการยึดชุมชนเป็นฐาน ส่งผลให้ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของชาญชัย บุญเชิด โสธรา อนุกูลประชา[7] ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคโดยใช้หอกระจายข่าวหมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อประเมินความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ในด้านคุ้มครองผู้บริโภค 5 ด้าน คือ 1) ยาชุดสุดอันตราย 2) เครื่องสำอางไม่ปลอดภัย 3) การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล 4) อาหารปลอดภัย 5) สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หลังรับความรู้ผ่านหอกระจายข่าวและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของอสม.และความรู้หลังจากได้รับความรู้ผ่านหอกระจายข่าว รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม.จำนวน 77 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ใน 5 ตำบล อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ pair t-test และ One way ANOVA ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ในภาพรวมราย ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน ($\bar{x}$= 3.63, S.D. = 1.05) สูงกว่าก่อนการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน ($\bar{x}$=

2.90, S.D. = 1.05) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล หลังให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ระดับการศึกษาต่างกัน มีระดับความรู้ในด้านเครื่องสำอางและด้านสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหลังจากให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนรายได้ของกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน มีระดับความรู้ด้านเครื่องสำอาง สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุป การให้ความรู้โดยใช้หอกระจายข่าวชุมชน เป็นเทคโนโลยีด้านเสียงที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ อสม.มีความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของแสงระวี อุปสัย[3] ได้ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองขอนแก่น เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของ อสม.ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองขอนแก่น ใน อสม.กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพงานคุ้มครองผู้บริโภค อสม.กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพงานคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นการอบรมมีเนื้อหาประกอบด้วย 1) การสร้างเสริมคุณลักษณะเฉพาะตัวของ อสม. 2) ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3) ทักษะที่ใช้ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค 4) การพัฒนาอัตมโนทัศน์งานคุ้มครองผู้บริโภค และ 5) การสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคและปฏิบัติการออกสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพตามร้านค้าในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพแล้ว พบว่า อสม.กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 (T^2 = 39.01; $F_{(5\,,\,96)}$ = 748.95; p = .00) ทั้งด้านความรู้การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านทักษะการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านอัตมโนทัศน์ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค และด้านแรงจูงใจการคุ้มครองผู้บริโภค ดังนั้นควรจัดให้ อสม. ทุกคนได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพงานคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อส่งเสริมให้ มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานสาธารณสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน ดังนั้นในการการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ควรประกอบด้วย สิทธิผู้บริโภค ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา ประเภทของใบอนุญาตขายยา ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 อาหาร ที่ไม่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอาง ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสถานพยาบาล กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสถานพยาบาล ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการโฆษณา และความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการแสดงฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลการดำเนินงานจากการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.).(2562). ภารกิจและอำนาจและหน้าที่. https://www.ocpb.go.th/more_news.php?cid=4
2. ชูชัย ศุภวงศ์; สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์; ลัดดา ดำริการเลิศ; สุพัตรา ศรีวณิชชากร; เกษม เวชสุทธานนท์.(2552). คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2552.
3. แสงระวี อุปสัย.(2566). การพัฒนาสมรรถนะในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองขอนแก่น. วารสารวิจัยศิลปวิทยาการลุ่มน้ำโขง. 3(2)
4. Best, John W. 1981. Research in Education. 3 rd ed. Englewood cliffs, New Jersey : Prentice. Hall Inc.
5. รุ่ง มาสิก.(2566). ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online). 3(2) 28-38
6. คณะทำงานจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.(2553). แนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. นนทบุรี: สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กระทรวงสาธารณสุข
7. ชาญชัย บุญเชิด โสธรา อนุกูลประชา.(2564). ผลของการให้ความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคโดยใช้หอกระจายข่าวหมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 1(3). 34-47

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตำบลท่าพระยา อำเภอนครชัยศรีจังหวัดนครปฐม

The Relationship Between Health Literacy For Fall Prevention of Older Adult Caregivers and the Fall Prevention Behavior and Balance of At-Risk Older Adults in Tha Phraya Sub-district, Nakhon Chai Si District, Nakhon Pathom Province.

(Received: August 18,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 26,2025)

วีร์สุดา นาคหล่อ[1]
Veesuda Narklo[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง โดยศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มและผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อ 1) ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทุกด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึง ด้านการไต่ถาม ด้านการตัดสินใจ ด้านการนำไปใช้ มีคะแนนเฉลี่ยและการแจกแจง เท่ากับ 4.58 ± .495 โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแล มีระดับความรอบรู้ ร้อยละ 58.02 รองลงมาคือ ระดับความรอบรู้ดี ร้อยละ 41.98 การศึกษาการทรงตัวของผู้สูงอายุ มีระดับคะแนนเฉลี่ยรวมการทรงตัวที่ 2.64 ± 0.583 การประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน โดยมีค่าเท่ากับ 0.173 (p = .678) และ 0.600 (p = .439) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

Abstract

A Survey research by cross-sectional study was conducted involving the relationship between health literacy for fall prevention of older adults caregivers and the fall prevention behavior and balance of at-risk older adults. The research aimed to: Assess the level of health literacy for fall prevention among older adult caregivers, Examine the fall prevention behaviors and balance of at-risk older adults, And to explore the relationship between caregivers' health literacy for fall prevention and the fall prevention behaviors and balance performance of older adults at risk.

The study findings revealed that the overall level of health literacy in all areas—knowledge, understanding, accessibility, questioning, decision-making, and apply a mean score of 4.58 ± 0.495. The majority of caregivers had a moderate level of health literacy (58.02%), followed by a good level of health literacy (41.98%). The balance assessment for older adults yielded an overall mean score of 2.64 ± 0.583. When examining the relationship between caregivers' health literacy and the fall prevention behaviors and balance of older adults at risk, the results indicated no significant correlation. The correlation values were 0.173 (p = 0.678) and 0.600 (p = 0.439), respectively.

Keyword: health literacy, Fall Prevention Behavior

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าพระยา

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสามารถสังเกตได้จากแนวโน้มที่ชัดเจนในดัชนีการสูงอายุ อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุและอัตราส่วนเกื้อหนุน ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในประชากร โดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ขณะที่ประชากรวัยทำงาน และอัตราการเกิดของเด็กกลับลดลง ส่งผลให้กลุ่มประชากรวัยทำงานต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ[1] การมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นเนื่องจากจำนวนเด็กเกิดลดลงและคนมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการที่ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในด้านนโยบายประชากรและการวางแผนครอบครัว อีกทั้งภาวะเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ทำให้อัตราการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์ สาธารณสุขและเทคโนโลยี ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น[2] ปี พ.ศ.2564 พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นร้อยละ 11.99 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด โดยมีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังกับคู่สมรส ร้อยละ 24.03 หรือประมาณหนึ่งในสี่ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด[3] ซึ่งอัตราส่วนพึ่งพิงของวัยผู้สูงอายุ เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงภาระที่ประชากรวัยทำงานต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 31.1 ในปี พ.ศ.2567 นั่นแสดงว่า ประชากรวัยทำงาน 100 คน ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุประมาณ 31 คน โดยผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล มีร้อยละ 8.6 พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มวัยปลายมีจำนวนผู้ดูแลมากที่สุดร้อยละ 32.8 รองลงมาคือ กลุ่มวัยกลาง มีผู้ดูแลร้อยละ 10.1 และกลุ่มวัยต้นมีสัดส่วนผู้ดูแลมีเพียงร้อยละ 3.4 แสดงให้เห็นว่าการมีผู้ดูแลสำหรับผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามกลุ่มวัยที่มากขึ้น[4] อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังคงทำงานหาเลี้ยงชีพเพื่อช่วยลดภาระในครัวเรือน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพแข็งแรงและสามารถทำงานได้ ผู้สูงอายุร้อยละ 34.0 ยังคงทำงานอยู่ โดยผู้สูงอายุชายทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 44.7 และ 26.2 ตามลำดับ) แต่การทำงานของผู้สูงอายุอาจนำมาซึ่งความเสี่ยงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ลดลง[1,4]

จากข้อมูลการศึกษาผลการประเมินภาวะสุขภาพร่างกายผู้สูงอายุทั่วประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี ร้อยละ 45.3 รองลงมาคือประเมินว่ามีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.5 สุขภาพไม่ดีร้อยละ 8.6 สุขภาพดีมากร้อยละ 3.5 และน้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุที่ประเมินว่ามีสุขภาพไม่ดีมากเพียงร้อยละ 1.0 ในด้านการประเมินการหกล้ม พบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 5.6 เคยหกล้ม โดยผู้สูงอายุวัยปลาย ร้อยละ 8.8 เคยหกล้มมากกว่าวัยกลางและวัยต้น (ร้อยละ 6.3 และ 4.7ตามลำดับ) กล่าวคือการหกล้มและจำนวนครั้งที่หกล้ม มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น สาเหตุที่ทำให้หกล้มครั้งสุดท้ายพบว่า หกล้มเพราะสาเหตุจากการสะดุดมากที่สุด ร้อยละ 46.5 รองลงมาคือ ลื่น ร้อยละ 29.5 การเกิดอาการหน้ามืดวิงเวียน ร้อยละ 6.5 พื้นต่างระดับ ร้อยละ 10.8 มองเห็นไม่ชัด ร้อยละ 2.1 แสงสว่างไม่พอ ร้อยละ 1.1 หกล้มเนื่องจากตกบันไดมีร้อยละ 1.0 และสาเหตุอื่นๆ เช่น ขาอ่อนแรง ตกจากเตียง ตกเก้าอี้ ตกต้นไม้ฯลฯ ร้อยละ 2.4 สำหรับสถานที่ที่ผู้สูงอายุหกล้ม พบว่า การหกล้มครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุเกิดขึ้นบริเวณตัวบ้านมากที่สุด ร้อยละ 50.5 รองลงมาคือ บริเวณภายในตัวบ้าน ร้อยละ 32.4 และภายนอกบริเวณบ้าน ร้อยละ17.1 ในกลุ่มผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 51.9 และ 47.8 ตามลำดับ) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า บริเวณตัวบ้านเป็นสถานที่ที่มีความเสี่ยงสำหรับการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจนำไปสู่การบาดเจ็บที่รุนแรงและส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ[1] ส่วนข้อมูลจังหวัดนครปฐมมีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 14.79 จัดเป็น 1 ใน 5 ของจังหวัดที่มีร้อยละของผู้สูงอายุน้อยกว่าร้อยละ

16 ซึ่งน้อยที่สุด 5 ลำดับสุดท้ายของประเทศ โดยผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลปรนนิบัติผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน 7,715 ราย ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลหรือต้องดูแลตนเอง 180,177 ราย[2] และจากสถิติจำแนกตามการหกล้มในระหว่าง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่า มีประชากรสูงอายุที่สำรวจจำนวน 187,892 เคยหกล้ม 3,591 ราย สถานที่ที่หกล้มครั้งสุดท้ายภายในตัวบ้าน 1,138 ราย หกล้มบริเวณตัวบ้าน 1,021 ราย หกล้มนอกบริเวณบ้าน 1,432 ราย ซึ่ง สาเหตุที่ทำให้หกล้มครั้งสุดท้ายได้แก่ การลื่น 314 การสะดุด พื้นต่างระดับ การตกบันได 1,906 ราย มีอาการหน้ามืด/ วิงเวียน มองเห็นไม่ชัด/ แสงสว่างไม่พอ/ อื่นๆ 1,370 ราย[1]

ประชากรผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และพบว่าการหกล้มเป็นความเสี่ยงที่สำคัญที่สุดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสำคัญทางคลินิกมากกว่าในคนวัยอื่น มีผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และมีอันตรายกว่าคนวัยอื่นหลายเท่าตัว รวมทั้งยังเป็นสาเหตุในอันดับต้นๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมาตรวจด้วยภาวะฉุกเฉินที่โรงพยาบาล พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มสูงเป็นอันดับสองรองจากการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน[5,6,7] การหกล้มเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บ ตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อยจนถึงการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น กระดูกสะโพกหรือกระดูกข้อมือหัก หรือเลือดออกในสมอง พบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิต จากการพลัดตกหกล้มกว่าทุกกลุ่มอายุกว่า 3 เท่า และพบว่าผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการหกล้มเฉลี่ย 3 คนต่อวันและมีอันตรายกว่าคนวัยอื่นหลายเท่าตัว[8,9,10] จากการสำรวจการรักษาหลังการหกล้มครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุทั่วประเทศ ได้แก่ การที่ไม่ต้องรักษา 1,654 การรักษาเอง/ ซื้อหรือหายากินเอง 233 ราย การรับการรักษาจากสถานพยาบาล 887 ราย การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล 817 ราย[1] โดยจากการประเมินการหกล้ม ซึ่งหมายถึง การที่ผู้สูงอายุหกล้มจากท่ายืนหรือการพลัดตกจากเตียง/เก้าอี้ หรือการตกจากที่สูง ทั้งนี้ไม่นับรวมถึงการหกล้มที่เกิดจากการถูกบุคคล สัตว์เลี้ยง หรือวัตถุสิ่งของมาชนหรือกระแทก พบว่า มีผู้สูงอายุร้อยละ 5.6 เคยหกล้ม แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 3.8 และหกล้มมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 1.8 โดยผู้สูงอายุหญิง ที่เคยหกล้มมีสัดส่วนสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 6.3 และ 4.8 ตามลำดับ)[2] และในผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย เนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย ทำให้ร่างกายไม่แข็งแรงและทรงตัวได้ไม่ดีพอ โดยในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 28-35 ส่วนในผู้ที่มีอายุ70 ปีขึ้นไปเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32 - 42[6] ซึ่งในผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย โดยในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเสี่ยงต่อการหกล้มร้อยละ 28 - 35 ส่วนในผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32 - 42[10] นอกจากนั้นอุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า60 ปีจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ได้รับการบาดเจ็บคือกระดูกหักและยังพบว่าส่วนใหญ่เป็นกระดูกหักที่ข้อสะโพก กระดูกปลายแขน และกระดูกเชิงกราน ผู้สูงอายุเพศหญิงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อกระดูกหักจากการหกล้มสูงสาเหตุเนื่องจากกระดูกพรุน ความสามารถในการทรงตัวลดลง ความเสื่อมของระบบประสาท เป็นต้น นอกจากนั้นยังส่งผลให้ได้รับการ บาดเจ็บที่รุนแรงและทำให้เกิดความกลัวล้มซ้ำเกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดทุพพลภาพ เกิดภาวะพึ่งพิงและมีคุณภาพชีวิตต่ำลง บางรายถึงขั้นเสียชีวิต รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมหาศาล[11]

ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุมีทั้งปัจจัยภายในร่างกายและปัจจัยภายนอกร่างกาย ปัจจัยภายในร่างกายประกอบด้วยปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น การมีโรคประจำตัว สมรรถนะทางกายที่ลดลง ความเสื่อมของร่างกายจากความชรา ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัญหาทางด้านจิตใจ เช่นความเครียดวิตกกังวล สับสน ซึมเศร้าและความหวาดกลัวต่อการหกล้มซ้ำ ปัจจัยภายนอกร่างกาย ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในบ้านที่เป็นอันตราย โครงสร้างที่อยู่อาศัยไม่ปลอดภัยและการ

ถูกทอดทิ้งหรือละเลยจากผู้ดูแล[5,12] การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง การเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆไม่คล่องตัว ความหนาแน่นกระดูกในผู้สูงอายุจะลดลงเพราะสารแคลเซียมสลายตัวออกจากกระดูกเร็วกว่าวัยหนุ่มสาว กระดูกจึงเปราะบางและแตกหักได้ง่ายของเหลวที่หล่อลื่นข้อต่อมีปริมาณลดลงและมีความหนืดมากขึ้นจึงทำให้เคลื่อนไหวได้ลำบาก ข้อต่อใหญ่ๆจึงเสื่อม เช่นข้อสะโพกและข้อเข่ากระดูกสันหลังมีความยาวลดลงและหลังค่อมมากขึ้นเนื่องจากความหนาแน่นของกระดูกและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่พยุงหลังลดลง ภาวะกระดูกบางพบชัดเจนในเพศหญิงวัยหลังหมดประจำเดือน ข้อต่อต่างๆ เริ่มเสื่อมคลอนโดยเฉพาะตำแหน่งที่ต้องรับน้ำหนักตัวข้อที่พบความเสื่อมได้มากคือข้อเข่าข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลังกล้ามเนื้อบางส่วนฝ่อลีบมวลกล้ามเนื้อลดลงกว่าร้อยละ 50 ทำให้เกิดอาการล้าและอ่อนแรงง่ายการทรงตัวเสียไป เสี่ยงต่อการหกล้มและกระดูกหัก[6]

สรุปว่าการหกล้มในผู้สูงอายุถือเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่กลับคืนมาไม่ได้ทางร่างกาย จิตใจและมีผลกระทบที่รุนแรงคุกคามชีวิตของผู้สูงอายุ นำไปสู่การเกิดภาวะเจ็บป่วย เช่น การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ กระดูกหักฟกช้ำ ผิวหนังถลอกเกิดบาดแผล หรือผู้สูงอายุในรายได้รับบาดเจ็บกระดูกต้นขาหักก็ยังได้รับ ผลกระทบที่รุนแรงหลังจากที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดไปแล้วและอาจจะส่งผลต่ออันตรายถึงชีวิตได้ และนอกจากได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มยัง กลัวการหกล้มซ้ำอีก ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ขาดความมั่นใจในการเดินและจำกัดการประกอบกิจวัตร ประจำวันของตัวเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง รู้สึกสิ้นหวังหรือเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ส่งผลต่อวิถีดำเนินชีวิตในด้านเศรษฐกิจและสังคม[7,13,14]และยังส่งผลต่อคนในครอบครัว เพราะผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดและยังต้องมีค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแลรักษาทั้งที่บ้านและที่ โรงพยาบาล และยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่เปราะบาง มากกว่าวัยหนุ่มสาว ถ้าหากมีการหกล้มและได้รับบาดเจ็บได้รับการรักษาการฟื้นหายยังต้องใช้ระยะเวลานาน หรือถ้ารักษาไม่หายอาจเกิดความพิการหรือเกิดภาวะทุพพลภาพตามมา[15] ซึ่งการหกล้มในผู้สูงอายุ สามารถป้องกันได้โดยการปรับสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การให้ความรู้ การให้คำแนะนำและการปรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพื่อให้มีความแข็งแรงแก่ร่างกาย การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ บริการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม รวมทั้งการมีส่วนร่วมของแหล่งประโยชน์ในชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง เผชิญปัญหาได้ในภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงและพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว[16] การป้องกันไม่ให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญในการที่จะป้องกันความพิการ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเอง และลดภาระของญาติและคนในครอบครัว[8] พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุและให้คำแนะนำด้านที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสมพร้อมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการหกล้มส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มให้กับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการหกล้มทั้งที่บ้านและในชุมชน[5]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการป้องกันการ

พลัดตกหกล้มและการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2568 – เดือน สิงหาคม พ.ศ.2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยร่วมกับผู้ดูแลอยู่ในพื้นที่ตำบลท่าพระยา อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ที่มีภาวะเสี่ยงพลัดตกหกล้มหรือมีประวัติการหกล้ม 1-2 ครั้ง ภายใน 1 ปี ประเมินร่วมกับการใช้แบบประเมินผู้สูงอายุเชิงลึก ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (Timed Up and Go Test) ใช้เวลา ≥12 วินาทีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 186 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยร่วมกับผู้ดูแลอยู่ในพื้นที่ตำบลท่าพระยา อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ที่มีภาวะเสี่ยงพลัดตกหกล้มหรือมีประวัติการหกล้ม 1-2 ครั้ง ภายใน 1 ปี ประเมินร่วมกับการใช้แบบประเมินผู้สูงอายุเชิงลึก ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (Timed Up and Go Test) ใช้เวลา ≥12 วินาทีขึ้นไป คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม สำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan[17] กำหนดจากประชากร ค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจของประชากร = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน = .05 และค่าระดับความเชื่อมั่น = 3.841 สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร = 0.5 ได้จำนวนตัวอย่าง 125 ราย และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัย จึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ รวมเป็นตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 131 ราย และผู้ดูแลผู้สูงอายุรายละ 1 คน รวมเป็น จำนวน 131 คู่ เลือกตัวอย่างเข้าศึกษาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย คือ การสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยให้โอกาสที่หน่วยตัวอย่างทุกหน่วยจะถูกสุ่มเท่ากัน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปและมีผู้ดูแล ที่สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทย ได้รับการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) มีคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป และไม่มีโรคประจำตัวเป็นข้อเข่าเสื่อม และ เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการวิจัย เช่น เส้นเลือดสมองตีบ แตก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถาม ที่ขออนุญาตใช้จากผู้พัฒนาเครื่องมือ[18] โดยเครื่องมือทดสอบได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ .91 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความเข้าใจ โดยใช้ KR-20 และด้านอื่นๆ โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.77 และ 0.83 ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ลักษณะบ้านเรือน ศาสนา สถานภาพสมรส ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการหกล้ม สถานที่หกล้ม ผลการหกล้ม และสาเหตุการหกล้ม และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นคำถามแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ

2) แบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านความรู้ ความเข้าใจ เป็นข้อคำถามตอบถูก - ผิด จำนวน 10 ข้อ คิดเป็นระดับคะแนนความรู้ความเข้าใจมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการพลัด

ตกหกล้มของผู้ดูแลด้านการเข้าถึง การไต่ถามการตัดสินใจ และการนำไปใช้ จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบสอบถามตามระดับของพฤติกรรมการปฏิบัติ 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน

3) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านปัจจัยภายในและด้านปัจจัยภายนอก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ทำเสมอ ทำบางครั้ง และไม่เคยทำ

4) แบบประเมินการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบประเมิน Berg Balance Scale ซึ่งประเมินเป็นระดับคะแนน 5 ระดับ การแปลผลตั้งแต่ ระดับมีความเสี่ยงในการล้มต่ำ จนถึง ระดับมีความเสี่ยงในการล้มสูง และแบบประเมิน Time up and Go test ซึ่งประเมิน 2 ระดับ คือ ระดับความเสี่ยงและไม่เสี่ยงต่อการหกล้ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลและให้รหัสรายคน บันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน วิเคราะห์เชิงเนื้อหาและความสัมพันธ์

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยทำการขอหนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 067/2568 และใช้เอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้แก่กลุ่มตัวอย่างแล้วจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลท่าพระยา อำเภอนครชัยศรีจังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.78 เพศชาย ร้อยละ 41.22 อายุเฉลี่ย 70.69 ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 65 – 69 ปี ร้อยละ 29.77 รองลงมาคือ 60-64 ปี ร้อยละ 24.43 ส่วนใหญ่พักบ้านชั้นเดียวลักษณะติดพื้น ร้อยละ 48.85 รองลงมาคือบ้านสองชั้น ร้อยละ 26.72 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานะภาพคู่ ร้อยละ 56.49 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.42 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 22.07 ส่วนประวัติการหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติหกล้มภายใน 1 ปี ร้อยละ 70.07 ที่มีประวัติล้มภายใน 1 ปี ร้อยละ 21.90 ภายในเดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 5.11 หกล้มภายในสัปดาห์ที่ผ่านมา ร้อยละ 2.92 ซึ่งส่วนใหญ่หกล้มภายในบ้าน ร้อยละ 60.00 ผลการหกล้มทำให้เกิดแผลฟกช้ำ ร้อยละ 77.14 สาเหตุการหกล้ม คือ การลื่นล้ม 31.43 การสะดุด ร้อยละ 31.43 และผลการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม Timed up and go test พบว่าส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะเสี่ยง ร้อยละ 74.81 และมีภาวะเสี่ยง ร้อยละ 25.19

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.47 เพศชาย ร้อยละ 30.53 อายุผู้ดูแล เฉลี่ย 50.22 ปี โดยช่วงอายุ ส่วนใหญ่ คือ 50 – 59 ปี ร้อยละ 31.30 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 40 – 49 ปี ร้อยละ 25.19 สถานภาพ คู่ ร้อยละ 54.96 จบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 48.86 รองลงมาคือปวช./ปวส./ อนุปริญญา ร้อยละ 21.37 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45.80 รองลงมาคือ ทำงานบ้าน ร้อยละ 19.08 โดยความสัมพันธ์เป็นบุตรหลาน ร้อยละ 45.80 และเป็นญาติ ร้อยละ 19.08

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทุกด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึง ด้านการไต่ถาม ด้านการตัดสินใจ ด้านการนำไปใช้ โดยใช้คะแนนเฉลี่ย (Mean ± SD) และการแจกแจง คือ 4.58 ± .495 โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแล มีระดับความรอบรู้ ร้อยละ 58.02 รองลงมาคือ ระดับความรอบรู้ดี

ร้อยละ 41.98 โดยเมื่อแยกเป็นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ดีมาก คะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 8.81 จาก 10 คะแนน (SD = 0.961) จากระดับคะแนนเฉลี่ยที่สูง ร้อยละ 100 (คะแนนเฉลี่ย 1.00 ± 0.000) ได้แก่ ข้อคำถามว่า เก้าอี้มีพนักพิงและที่วางแขน ขาเก้าอี้ไม่ควรเป็นแบบล้อเลื่อน รวมถึงความสูงของเก้าอี้ควรอยู่ในระดับที่เข่าวางตั้งฉากกับพื้นได้, ข้อคำถามว่า การแต่งกายของผู้สูงอายุไม่ควรใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดใหญ่ หรือยาวรุ่มร่าม เพราะจะทำให้เกิดการสะดุดล้ม และข้อคำถามว่า พื้นที่ปูด้วยกระเบื้องเคลือบหรือพื้นขัดมันเงาสวยงาม จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการลื่นหกล้มในผู้สูงอายุได้มากขึ้น ส่วนระดับรองลงมาคือ ข้อคำถามว่า บริเวณพื้นและพื้นทางเดินอยู่ในระนาบเดียวกันไม่ลื่น หากเป็นพื้นต่างระดับต้องมีสัญลักษณ์บอกความแตกต่าง ไม่มีสิ่งกีดขวาง และขนาดทางเดินมีความกว้างไม่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร (คะแนนเฉลี่ย 0.99 ± 0.089, ตอบถูก ร้อยละ 99.24) และ ข้อคำถามว่า การมีแสงสว่างไม่เพียงพอในบริเวณที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรม จะเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่าย (คะแนนเฉลี่ย 0.99 ± 0.087, ตอบถูก ร้อยละ99.24)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลด้านการเข้าถึง การไต่ถาม การตัดสินใจ การนำไปใช้ จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบสอบถามตามระดับของพฤติกรรมการปฏิบัติ 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้งและไม่ได้ปฏิบัติ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับ1 - 5 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยกลุ่มตัวอย่าง มีระดับพฤติกรรมการเข้าถึงโดยรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูลและกิจกรรมอยู่ที่ 3.81 (SD = 0.693) ข้อคำถามที่ระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อคำถาม ท่านอ่านข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้มจากเอกสาร แผ่นพับ นิตยสาร หรือสื่อสิ่งพิมพ์ (คะแนนเฉลี่ย 3.95 ± 0.914) มีผู้ปฏิบัติ ทุกครั้ง ร้อยละ 35.11 และบ่อยครั้ง ร้อยละ 28.24 ข้อคำถามว่า ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มจากบุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (คะแนนเฉลี่ย 3.95 ± 0.939) มีผู้ปฏิบัติ ทุกครั้ง ร้อยละ 35.88 และบ่อยครั้ง ร้อยละ 28.24 ข้อคำถาม ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลจัดขึ้น เช่น การอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม (คะแนนเฉลี่ย 3.95 ± 0.935) มีผู้ปฏิบัติ ทุกครั้ง ร้อยละ 32.06 และบ่อยครั้ง ร้อยละ 38.93 ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านการไต่ถามอยู่ที่ 3.91 (SD = 0.690) ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงและมีผู้ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 37.41 และ บ่อยครั้ง ร้อยละ 29.77 ได้แก่ ข้อคำถาม ท่านบอกให้สมาชิกในครอบครัวซ่อมหรือเปลี่ยนอุปกรณ์ภายในบ้านเมื่อชำรุดเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เช่น โต๊ะ เก้าอี้ เตียงนอน เป็นต้น (คะแนนเฉลี่ย 4.04 ± 0.854) ข้อคำถาม ท่านปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อรู้ว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีอาการผิดปกติหลังรับประทานยา (คะแนนเฉลี่ย 3.90 ± 0.858) มีผู้ปฏิบัติ ทุกครั้ง ร้อยละ 29.01 และบ่อยครั้ง ร้อยละ 35.12 ส่วนด้านพฤติกรรมการตัดสินใจ เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม พบว่า โดยรวม คะแนนเฉลี่ยด้านการตัดสินใจอยู่ที่ 3.90 (SD = 0.727) ซึ่งระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด มีผู้ตัดสินใจ ทุกครั้ง ร้อยละ 32.06 และ บ่อยครั้ง ร้อยละ 35.12 ซึ่งรวมกันเท่ากับร้อยละ 67.18 คือ ข้อคำถามว่า เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของชุมชนให้ผู้สูงอายุไปรับการตรวจวัดสายตาปีละ 1 ครั้ง ท่านตัดสินใจให้ผู้สูงอายุไปรับการตรวจวัดสายตา (คะแนนเฉลี่ย 3.94 ± 0.901) รองลงมาคือ ข้อคำถามว่า ท่านเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ รพ.สต. จัดขึ้น เพราะเห็นว่าเป็น

ประโยชน์ต่อท่านและครอบครัว (คะแนนเฉลี่ย 3.91 ± 0.898) ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 32.83 และด้านพฤติกรรมการนำไปใช้ โดยรวม คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.87 (SD = 0.684) ข้อคำถามที่ระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และมีผู้ปฏิบัติ ทุกครั้ง ร้อยละ 40.46 ได้แก่ ข้อคำถามว่า ในเวลากลางคืน ท่านเปิดไฟให้แสงสว่างเพียงพอบริเวณทางเดิน ห้องนอน ห้องน้ำ (คะแนนเฉลี่ย 4.0 ± 0.898) และข้อคำถามว่า ท่านดูแลให้ผู้สูงอายุไม่ล็อคประตูเวลาเข้าห้องน้ำเพื่อจะได้มีคนเข้ามาช่วยเหลือได้ทันเวลาเมื่อหกล้ม (คะแนนเฉลี่ย 3.99 ± 0.932) มีคะแนนเฉลี่ยปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ35.88

การศึกษาการทรงตัวของผู้สูงอายุ มีระดับคะแนนเฉลี่ยรวมการทรงตัวที่ 2.64 ± 0.583 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.76 สามารถทำกิจกรรมได้ดีด้วยตนเอง คะแนนเฉลี่ยสูงสุดที่ 3.82 ± 0.890 คือ Pick up object from the floor a standing position (หยิบรองเท้า) รองลงมาคือ Sitting with back unsupported but feet supported on floor or on a stool (นั่งหลังไม่พิงพนัก) ได้คะแนนเฉลี่ย 3.58 ± 0.784 โดยสามารถทำได้ดีด้วยตนเอง ร้อยละ 70.99 และ Standing to Sitting (นั่งลง) คะแนนเฉลี่ย 3.56 ± 0.766 โดย สามารถทำได้ดีด้วยตนเอง ร้อยละ 67.18 ส่วนการประเมินการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธี Time up and go test พบว่ามีระดับคะแนนเฉลี่ย 46.31 ± 12.135 โดยกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เสี่ยงหกล้มต่ำ ร้อยละ 69.47 รองลงมาคือ เสี่ยงหกล้มระดับปานกลาง ร้อยละ 25.19 และเสี่ยงหกล้มสูง ร้อยละ 5.34
การประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน มีค่าเท่ากับ 0.173 (Sig. (2-sided) = .678) และ 0.600 (Sig. (2-sided) = .439) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.78 เพศชาย ร้อยละ 41.22 อายุเฉลี่ย 70.69 สถานะภาพคู่ร้อยละ 56.49 มีผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 45.80 มีประวัติล้มภายใน 1 ปี ร้อยละ 21.90 โดยส่วนใหญ่หกล้มภายในบ้าน ร้อยละ 60.00 ผลการหกล้มทำให้เกิดแผลฟกช้ำ ร้อยละ 77.14 สาเหตุการหกล้ม คือ การลื่นล้ม 31.43 การสะดุด ร้อยละ 31.43 มีผลการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 25.19 สอดคล้องกับการศึกษา[19] ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 70.69 หกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีความชุก ร้อยละ 32.60 โดยหกล้มภายในบ้านร้อยละ 56.50 และภายนอกบ้านร้อยละ 48.90 สอดคล้องกับการศึกษา[20] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.35 เคยมีประวัติหกล้มใน 6 เดือน ร้อยละ 27.43 และการศึกษา[13] มีประวัติหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 34.40 โดยหกล้มภายในบ้าน 61.70 โดยเดินสะดุด และลื่นล้ม ร้อยละ 13.80 และ 13.50 และการศึกษา[21]ว่าการมีผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทุกด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึง ด้านการไต่ถาม ด้านการตัดสินใจ ด้านการนำไปใช้ โดยใช้คะแนนเฉลี่ย (Mean ± SD) และการแจกแจง คือ 4.58 ± .495 โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแล มีระดับความรอบรู้ ร้อยละ 58.02 รองลงมาคือ ระดับความรอบรู้ดี ร้อยละ 41.98 โดยเมื่อแยกเป็นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ดีมาก คะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 8.81 จาก 10 คะแนน (SD = 0.961) จากระดับคะแนนเฉลี่ยที่สูง ร้อยละ 100 (คะแนนเฉลี่ย 1.00 ± 0.000) ได้แก่ ข้อคำถามว่า เก้าอี้มีพนักพิงและที่วางแขน ขาเก้าอี้ไม่ควรเป็นแบบล้อเลื่อน รวมถึงความสูงของเก้าอี้ควรอยู่ในระดับที่เข่าวางตั้งฉากกับพื้นได้ ข้อคำถามว่า การ

แต่งกายของผู้สูงอายุไม่ควรใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดใหญ่หรือยาวรุ่มร่ามเพราะจะทำให้เกิดการสะดุดล้ม และข้อคำถามว่า พื้นที่ปูด้วยกระเบื้องเคลือบหรือพื้นขัดมันเงาสวยงาม จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการลื่นหกล้มในผู้สูงอายุได้มากขึ้น รองลงมาคือ ข้อคำถามว่า บริเวณพื้นและพื้นทางเดินอยู่ในระนาบเดียวกัน ไม่ลื่น หากเป็นพื้นต่างระดับต้องมีสัญลักษณ์บอกความแตกต่าง ไม่มีสิ่งกีดขวาง และขนาดทางเดินมีความกว้างไม่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร (คะแนนเฉลี่ย 0.99 ± 0.089, ตอบถูก ร้อยละ 99.24) และ ข้อคำถามว่า การมีแสงสว่างไม่เพียงพอในบริเวณที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรม จะเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่าย (คะแนนเฉลี่ย 0.99 ± 0.087, ตอบถูก ร้อยละ 99.24) ผลการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มที่ดีในงานวิจัยนี้ มีความสอดคล้องกับงานวิจัย[18] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลให้ดีขึ้นได้ แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความรอบรู้ของผู้ดูแล นอกจากนี้ งานวิจัย[13] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในระดับสูงมีโอกาสทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่ดีมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของการหกล้ม ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุ และนำไปสู่การพัฒนาความรอบรู้เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว ผู้สูงอายุได้ รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในระดับมากหรือมี คะแนนตั้งแต่12 คะแนนขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 60.5) รองลงมาคือระดับปานกลาง หรือมีคะแนน อยู่ระหว่าง 9 - 11 คะแนน (ร้อยละ 27.2) และระดับน้อยหรือมีคะแนนน้อยกว่า 9 คะแนน (ร้อยละ 12.3) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาคะแนนของการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มเท่ากับ 11.71 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.43 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 5 คะแนน และคะแนนสูงสุด เท่ากับ 15 คะแนน เมื่อจำแนกรายข้อพบว่าแหล่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้สูงอายุ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มเป็นประจำมากที่สุด 3 อันดับได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 80.8) รองลงมา คือ การดูสื่อโทรทัศน์หรือสื่อออนไลน์ (ร้อยละ 62.5) และการฟังวิทยุหรือหอกระจายเสียงชุมชน (ร้อยละ 54.4) ตามลำดับ ส่วนที่แหล่งไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มเลย มากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 11.7) รองลงมาคือ แผ่นพับให้ความรู้หรือโปสเตอร์หรือบอร์ดให้ความรู้ (ร้อยละ 6.3) และการดูสื่อโทรทัศน์หรือสื่อออนไลน์ (ร้อยละ 1.7) นอกจากนี้ งานวิจัย[15] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวต่อความสามารถในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเสริมพลังครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่สนับสนุนความสำคัญของบทบาทผู้ดูแลและครอบครัวในการป้องกันการหกล้ม อย่างไรก็ตาม งานวิจัยหลายชิ้นยังคงเน้นย้ำถึงความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุ และประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งหมายความว่าแม้ผู้ดูแลจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี แต่การมีโปรแกรมสนับสนุนหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจนยังคงจำเป็น เพื่อให้การป้องกันการ

หกล้มในผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลด้านการเข้าถึง การไต่ถาม การตัดสินใจ การนำไปใช้ จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบสอบถามตามระดับของพฤติกรรมการปฏิบัติ 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยกลุ่มตัวอย่าง มีระดับพฤติกรรมการเข้าถึงโดยรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูลและกิจกรรมอยู่ที่ 3.81 (SD = 0.693) ซึ่งบ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเข้าถึงข้อมูลและกิจกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับที่ดี ข้อคำถามที่ระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อคำถาม ท่านอ่านข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้มจากเอกสาร แผ่นพับ นิตยสาร หรือสื่อสิ่งพิมพ์ (คะแนนเฉลี่ย 3.95 ± 0.914) มีผู้ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 35.11 และบ่อยครั้ง ร้อยละ 28.24 ข้อคำถามว่า ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มจากบุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (คะแนนเฉลี่ย 3.95 ± 0.939) มีผู้ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 35.88 และบ่อยครั้ง ร้อยละ 28.24 ข้อคำถาม ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลจัดขึ้น เช่น การอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม (คะแนนเฉลี่ย 3.95 ± 0.935) มีผู้ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 32.06 และบ่อยครั้ง ร้อยละ 38.93 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูง สะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมที่จัดโดยสถานพยาบาลเป็นช่องทางที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดี ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านการไต่ถามอยู่ที่ 3.91 (SD = 0.690) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่ดีในการแสวงหาข้อมูลและคำแนะนำเพื่อดูแลผู้สูงอายุระดับพฤติกรรมการไต่ถามโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงและมีผู้ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 37.41 และบ่อยครั้ง ร้อยละ 29.77 ได้แก่ ข้อคำถาม ท่านบอกให้สมาชิกในครอบครัวซ่อมหรือเปลี่ยนอุปกรณ์ภายในบ้านเมื่อชำรุดเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เช่น โต๊ะ เก้าอี้ เตียงนอน เป็นต้น (คะแนนเฉลี่ย 4.04 ± 0.854) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความตระหนักและดำเนินการในเรื่องความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมภายในบ้านเป็นอย่างดี สอดคล้องกับงานวิจัย[13] ที่พบว่าการจัดวางของใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่กีดขวางทางเดินได้ (ร้อยละ 30.9) ข้อคำถาม ท่านปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อรู้ว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีอาการผิดปกติหลังรับประทานยา (คะแนนเฉลี่ย 3.90 ± 0.858) มีผู้ปฏิบัติ ทุกครั้ง ร้อยละ 29.01 และบ่อยครั้ง ร้อยละ 35.12 ซึ่งบ่งบอกถึงความรับผิดชอบในการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเมื่อเกิดความผิดปกติจากการใช้ยา ซึ่งส่งผลต่อความเสี่ยงในการหกล้ม ส่วนด้านพฤติกรรมการตัดสินใจ เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม พบว่า โดยรวมคะแนนเฉลี่ยด้านการตัดสินใจอยู่ที่ 3.90 (SD = 0.727) ซึ่งระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด มีผู้ตัดสินใจทุกครั้ง ร้อยละ 32.06 และบ่อยครั้ง ร้อยละ 35.12 ซึ่งรวมกันเท่ากับร้อยละ 67.18 คือ ข้อคำถามว่าเมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของชุมชนให้ผู้สูงอายุไปรับการตรวจวัดสายตาปีละ 1 ครั้ง ท่านตัดสินใจให้ผู้สูงอายุไปรับการตรวจวัดสายตา (คะแนนเฉลี่ย 3.94 ± 0.901) สอดคล้องกับการศึกษา[13] ที่พบว่าการเดินทางไปพบแพทย์เพื่อตรวจสายตาเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย (ตอบร้อยละ 11.2) รองลงมาคือ ข้อคำถามว่า ท่านเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ รพ.สต. จัดขึ้น เพราะเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อท่านและครอบครัว (คะแนนเฉลี่ย 3.91 ± 0.898) ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 32.83 และด้านพฤติกรรมการนำไปใช้ โดยรวมคะแนนเฉลี่ย อยู่ที่ 3.87 (SD = 0.684) เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีการนำความรู้และข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน เพื่อดูแลผู้สูงอายุ ระดับพฤติกรรมการนำไปใช้โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ข้อคำถามที่ระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และมีผู้ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 40.46 ได้แก่ ข้อคำถามว่า ในเวลากลางคืน ท่านเปิดไฟให้แสงสว่างเพียงพอบริเวณทางเดิน ห้องนอน ห้องน้ำ (คะแนนเฉลี่ย 4.0 ± 0.898) และข้อคำถามว่า ท่านดูแลให้ผู้สูงอายุไม่ล็อคประตูเวลาเข้าห้องน้ำเพื่อจะได้มีคนเข้ามาช่วยเหลือได้ทันเวลาเมื่อหกล้ม (คะแนนเฉลี่ย 3.99 ± 0.932) มีคะแนนเฉลี่ย ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 35.88 สอดคล้องกับการศึกษา[13] ที่พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 89.7 มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 53.32 การดูแลเช็ดห้องอาบน้ำและห้องส้วมให้แห้งอยู่เสมอ โดยเฉพาะหลังอาบน้ำเพราะจะช่วยป้องกันการหกล้มจากการลื่นไถลในผู้สูงอายุได้(ร้อยละ 42.1) การศึกษาการทรงตัวของผู้สูงอายุ มีระดับคะแนนเฉลี่ยรวมการทรงตัวที่ 2.64 ±0.583 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.76 สามารถทำกิจกรรมได้ดีด้วยตนเอง คะแนนเฉลี่ยสูงสุดที่ 3.82 ± 0.890 คือ Pick up object from the floor a standing position (หยิบรองเท้า) รองลงมาคือ Sitting with back unsupported but feet supported on floor or on a stool (นั่งหลังไม่พิงพนัก) ได้คะแนนเฉลี่ย 3.58 ± 0.784 โดย สามารถทำได้ดีด้วยตนเอง ร้อยละ 70.99 และ ข้อ Standing to Sitting (นั่งลง) คะแนนเฉลี่ย 3.56 ± 0.766 โดย สามารถทำได้ดีด้วยตนเอง ร้อยละ 67.18 ส่วนการประเมินการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง โดย Time up and go test พบว่ามีระดับคะแนนเฉลี่ย 46.31 ± 12.135 โดยกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เสี่ยงหกล้มต่ำ ร้อยละ 69.47 รองลงมาคือเสี่ยงหกล้มระดับปานกลาง ร้อยละ 25.19 และ เสี่ยงหกล้มสูง ร้อยละ 5.34 สอดคล้องกับการศึกษา[13] ที่พบว่า ความสามารถในการเดินและการทรงตัวของผู้สูงอายุ ความสามารถในการเดินและทรงตัวดี ร้อยละ 55.3 ความสามารถในการเดินและทรงตัวปานกลาง ร้อยละ 35.2 ความสามารถในการเดินและทรงตัวต่ำ ร้อยละ 9.5 พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ปฏิบัติเป็นประจำ คือ การเลือกสวมใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดเหมาะสมกับตัว ไม่ใหญ่หรือยาวเกินไป การเลือกสวมใส่รองเท้าส้นเตี้ยที่มีแผ่น ยึดเกาะพื้นและขนาดพอดีกับเท้า และการดูแลห้องน้ำให้สะอาด พื้นห้องน้ำแห้งอยู่สมอ สอดคล้องกับการศึกษา[21] ที่พบว่า การมีผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของ ผู้สูงอายุในชุมชน และการศึกษา[20] พบว่าพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.07

การประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน มีค่าเท่ากับ 0.173 (p = .678) และ 0.600 (p = .439) ตามลำดับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา[22] ที่พบว่าระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 2.55 และ 2.35 ตามลำดับ) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.611) และการศึกษา[20] พบว่าปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มทางบวกอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (r=0.215) โดยแนวทางการประเมินผู้สูงอายุที่ควรดำเนินการเบื้องค้นโดยการซักประวัติ ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ที่มีปัญหาการเดินและการทรงตัว เช่น เดินสะดุดบนพื้นราบ เดินช้าลง ผู้ที่กลัวการหกล้ม ซึ่งหากมีความเสี่ยงควรได้รับการประเมินความเสี่ยง ทั้งปัจจัยภายในร่างกาย จิตใจของผู้สูงอายุ ยาที่ใช้ และสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยง[23]

ข้อเสนอแนะ

1. ในการให้การดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มนั้น ควรมีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุด้วยเสมอ

2. ข้อมูลปัจจัยที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาออกแบบการบริการผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.(2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. 2567. 168 หน้า. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.(2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด. 2567. 216 หน้า.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. 2565. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน).
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2567). บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. 2567. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20241003145311_94190.pdf
5. รัฏภัทร์ บุญมาทอง.(2563). การป้องกันการหกล้มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน: บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2563; 26(4): 106-115.
6. เขตสุขภาพที่ 6.(2563). คู่มือป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ. 25 หน้า. เข้าถึงได้จาก: https://hpc6.anamai.moph.go.th/web-upload/31x1af1f7ef8d871a3c2d13d7517b0e6d77/filecenter/kpi64r2/1.4/july/5-2.pdf
7. วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ.(2560). การดูแลผู้สูงอายุขั้นต้น. กรุงเทพฯ: สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย; 2560.
8. วันทนีย์ กุลเพ็ง, ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี, วิทธวัช พันธุมงคล, จิตติ วิสัยพรม, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. รายงานการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยโครงการศึกษาการดำเนินมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนในประเทศไทย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก: https://thaitgri.org/?wpdmpro
9. คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. หกล้มในผู้สูงอายุ อันตรายกว่าวัยอื่นหลายเท่าตัว ปัญหาที่ต้องระวัง. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/
10. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ภัทรพร คงบุญ. เปิดข้อเสนอเชิงนโยบายป้องกันหกล้มในผู้สูงอายุจากอุบัติเหตุ. โครงการการศึกษานโยบายและการดำเนินงานการป้องกันหกล้มในผู้สูงอายุในประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก: https://thaitgri.org/?wpdmpro
11. วสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล.(2561). การล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงวัยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย; 2561.
12. กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์, ผจงจิต ไกรถาวร.(2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2564; 27(3): 331-342.
13. ณัฐชยา พวงทอง.(2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. 2564. เข้าถึงได้จาก: https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/4459/1/60060950.pdf
14. ตวงรัตน์ อัคนาน, กันธิมา ศรีหมากสุก, ธเทพ วงษ์ศรีสังข์, ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, อิทธิพล ดวงจินดา, ศศิกานต์ พิลาภรณ์. (2564).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564; 14(4): 72-89.

15. ภัณฑิลา ผ่องอำไพ, สุธีรา ฮุ่นตระกูล, ศศิธร รุจนเวช.(2561). ผลของโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวต่อความสามารถในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ. วารสารแพทย์นาวี. 2561; 45(2): 311-327.
16. ปริศนา รถสีดา.(2561). การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2561; 11(2): 15-25.
17. Krejcie RV, Morgan DW.(1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement.1970: Vol.30, หน้า 607-610. เข้าถึงได้จาก: https://hpc11.go.th/me-working-age/krejcie-morgan/index
18. วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, จรูญรัตน์ รอดเนียม, พีรวิชญ์ สุวรรณเวลา.(2565). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มและการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2565; 14(3): 72-91.
19. สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม, อัมภิชา นาไวย์.(2563). การหกล้ม ความกลัวการหกล้มและการจำกัดกิจกรรมเนื่องจากกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยในชุมชนชานเมืองเชียงใหม่. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563: 36(1); 22-38.
20. ดวงรัตน์ อัคนาน, กันธิมา ศรีหมากสุก, ธงเทพ วงษ์ศรีสังข์, ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, อิทธิพล ดวงจินดา, ศศิกานต์ พิลาภรณ์.(2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564: 14(4); 72-89.
21. คุญณภัตน์ ขาวหิต, วิราวรรณ์ คำหวาน, กำทร ดานา, ชนายุส คำโสม.(2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566; 33(1): 131-146.
22 อุบลทิพย์ ไชยแสง, นิวัติ ไชยแสง, นูวัยดา เจะหะ, นัสริน อาลีดีมัน.(2564). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุและแนวทางในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564; 8(1): 293 – 307.
23. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก. พิมพ์ที่ บริษัท ซีจีทูล จำกัด. 117 หน้า

การพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patients with Pelvic organ prolapsed Receiving Anesthesia for Vaginal Hysterectomy: Two Case Studies.

(Received: August 18,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 26,2025)

สายสวาท สุทธิรักษา[1]
SaisawatSuttiruksa[1]

บทคัดย่อ

การศึกษารายกรณีครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่ได้รับการระงับความรู้สึกต่างชนิดระหว่างการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด จำนวน 2 ราย โดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลบ้านไผ่ ในปี พ.ศ. 2568 ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ การสังเกต และติดตามอาการของผู้ป่วย พร้อมทั้งประยุกต์แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า รายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น POP stage 3 และได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) ส่วนรายที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น POP stage 4 และได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ (Regional anesthesia) ชนิดฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal Block) ทั้งสองรายมีปัจจัยเสี่ยงร่วม ได้แก่ อายุที่มากและภาวะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอ่อนแรง แต่แตกต่างกันในด้านดัชนีมวลกายและประสบการณ์การผ่าตัด การพยาบาลในระยะก่อน ระหว่าง และหลังระงับความรู้สึกเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ผลการตอบสนองต่อการระงับความรู้สึกแตกต่างกันคือ ขณะระงับความรู้สึกรายที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตต่ำ รายที่ 2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังระงับความรู้สึก รายที่ 1 ปวดแผลหลังผ่าตัดระดับ 5/10 จำเป็นต้องให้ยา Morphine 2 mg IV รายที่ 2 ปวด 1–2/10 ไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ผลการตอบสนองต่อการระงับความรู้สึกที่เหมือนกันคือ ทั้ง 2 รายฟื้นตัวได้เร็วไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: การพยาบาลก่อน-ระหว่างหลังระงับความรู้สึกการระงับความรู้สึกมดลูกหย่อน

Abstract

Pelvic Organ Prolapse (POP) is a condition in which the uterus descends abnormally through the vaginal canal, adversely affecting patients' quality of life and daily functioning. In severe cases, vaginal hysterectomy is commonly performed and requires appropriate nursing care, particularly during the period of anesthesia. This case study aimed to compare nursing care processes in two patients with uterine prolapse undergoing vaginal hysterectomy under different types of anesthesia. The cases were purposively selected from patients treated at Ban Phai Hospital in 2025. Data were collected through medical records, interviews, observation, and follow-up assessments using Gordon's Functional Health Patterns as a framework for nursing care planning.

The findings showed that Case 1 was diagnosed with POP stage 3 and received general anesthesia, while Case 2 was diagnosed with POP stage 4 and received spinal Block Both patients shared common risk factors, including advanced age and pelvic floor muscle weakness, but differed in body mass index and surgical experience. Nursing care in the pre-, intra-, and post-anesthesia phases was delivered according to professional standards. The responses to anesthesia differed between the two cases. During anesthesia, Case 1 experienced a complication of hypotension, while Case 2 had no complications. Post-anesthesia, Case 1 reported a pain score of 5/10 and required 2 mg of intravenous morphine. In contrast, Case 2 reported only mild pain (1–2/10) and did not require opioid analgesics.

Keywords: pre-, intra-, and post-anesthesia nursing care, anesthesia, pelvic organ prolapse

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่

บทนำ

มดลูกหย่อน (Pelvic organ prolapsed)คือการยื่นย้อยของมดลูกเข้าไปในช่องคลอด ภาวะดังกล่าวพบได้มากขึ้นในหญิงสูงอายุ ซึ่งพบอุบัติการณ์สูงสุดในหญิงอายุ 60-69 ปีอุบัติการณ์และความชุกของมดลูกหย่อน มีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละกลุ่มประชากร โดยพบความชุกเพียง 3-6% หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากอาการแต่ความชุกจะเพิ่มสูงมากขึ้นถึง 50% เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจร่างกาย[1]เมื่อทำการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยในประเทศต่างๆ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้เก็บข้อมูลทางสถิติตั้งแต่ปี ค.ศ.2005-2010พบผู้ป่วยหญิงที่มีอาการผิดปกติของอุ้งเชิงกราน 25%[2]ในประเทศไทย มีรายงานการศึกษาความชุกของภาวะมดลูกหย่อนในผู้หญิงวัยทองไทยพบว่า มีความชุกสูงถึงประมาณ 40-45% และพบมากในผู้หญิงสูงอายุที่หมดประจำเดือนไปแล้ว[3,4]แนวทางการรักษาแบ่งเป็นแบบไม่ผ่าตัด เช่น การใส่อุปกรณ์พยุงมดลูก (pessary) การฝึกกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Kegel exercise) และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ หากวิธีเหล่านี้ไม่ได้ผล โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะหย่อนขั้นรุนแรง การรักษาด้วยการผ่าตัดจึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสม โดยการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด (vaginal hysterectomy) ถือเป็นวิธีที่ได้รับความนิยม เนื่องจากช่วยลดขนาดแผล ฟื้นตัวเร็ว และลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหน้าท้อง ทั้งนี้มีรายงานว่า ผู้หญิงประมาณร้อยละ 11.1มีโอกาสต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะpelvic organ prolapseอย่างน้อยหนึ่งครั้งตลอดช่วงชีวิตจนถึงอายุ 80 ปี[1]

อย่างไรก็ตามการผ่าตัดประเภทนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านยาระงับความรู้สึกอย่างใกล้ชิด โดยทั่วไปจะใช้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย (General anesthesia) หรือระงับความรู้สึกชนิดแบบเฉพาะที่ (Regional anesthesia เช่น spinalBlockหรือ epiduralBlock) ขึ้นกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและดุลยพินิจของทีมวิสัญญี[6]สถิติการให้ยาระงับความรู้สึกของโรงพยาบาลบ้านไผ่3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2565-2567) พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายจำนวน 776, 1,353 และ2,110 รายตามลำดับ ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ Spinal block จำนวน 845, 812, และ 928 รายตามลำดับ จำนวนผ่าตัดV-Hysterectomy 14, 26 และ 27 รายตามลำดับ จากข้อมูลพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ การให้ยาระงับความรู้สึกไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกเจ็บปวดในระหว่างการผ่าตัด แต่ยังมีบทบาทสำคัญในการควบคุมความดันโลหิต การหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจให้คงที่ในระหว่างการผ่าตัดด้วย ทั้งนี้ การให้ยาระงับความรู้สึกย่อมมีความเสี่ยง เช่น การตอบสนองทางอวัยวะระบบต่าง ๆ ต่อยา ความดันโลหิตต่ำปฏิกิริยาแพ้ยา หรือภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลายระบบ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของ hemodynamics ช้าลง ทำให้เสี่ยงต่อความดันโลหิตต่ำ (hypotension) และหัวใจเต้นผิดจังหวะ ระบบทางเดินหายใจมีความเสื่อมตามวัย ความยืดหยุ่นของปอดลดลงและปริมาตรสำรองการหายใจลดลง ทำให้เสี่ยงต่อภาวะhypoventilation, atelectasis และภาวะพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัด นอกจากนี้ระบบประสานส่วนกลางตอบสนองต่อยาระงับความรู้สึกมากกว่าวัยหนุ่มสาว ทำให้เสี่ยงต่อการฟื้นตัวช้า (delayedemergence) ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (postoperative delirium) และการกดการหายใจ[7]ส่วนการให้ยาระงับความรู้สึกSpinal block ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological changes)หลายด้าน เช่น การทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ระบบ

ประสาท และการไหลเวียนเลือดส่วนปลายลดลง ทำให้ความสามารถในการชดเชยเมื่อเกิดความดันโลหิตต่ำ (hypotension)ลดลง นอกจากนี้ยังมีความเสื่อมของกล้ามเนื้อและระบบการทรงตัวทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มและบาดเจ็บหลังการผ่าตัด เมื่อได้รับ Spinal Blockจะเกิด sympathetic blockทำให้หลอดเลือดขยาย ความดันโลหิตลดลง และอาจเกิดbradycardiaได้ อีกทั้งหาก block สูงเกินไปอาจส่งผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจ เกิดภาวะหายใจตื้นหรือหายใจลำบาก (high spinal block) ได้ ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิด respiratory depression, orthostatic hypotension และการทรงตัวผิดปกติ[7]ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ต้องได้รับการติดตามสัญญาณชีพ การหายใจ และระดับความรู้สึกตัวอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ความเสี่ยงเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินล่วงหน้าและติดตามอย่างใกล้ชิด

บทบาทของวิสัญญีพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งตั้งแต่ก่อน, ระหว่าง และหลังระงับความรู้สึกเริ่มจากการประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก วางแผนการระงับความรู้สึกให้เหมาะสม ให้ยาอย่างปลอดภัย ดูแลรักษาการหายใจและการไหลเวียนเลือดระหว่างระงับความรู้สึกรวมถึงติดตามฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะหลังระงับความรู้สึกอย่างใกล้ชิด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกอย่างปลอดภัยและฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วภายใต้การดูแลที่มีมาตรฐานจากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้จัดทำกรณีศึกษาในผู้ป่วยหญิง 2 รายที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกหย่อนภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก โดยมุ่งให้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษา 2 ราย เปรียบเทียบ ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะมดลูกหย่อนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ ในปีพ.ศ. 2568 โดยศึกษาการให้การพยาบาลในระยะก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึกเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย เวชระเบียนการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและการสังเกต ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วยและญาติ โดยนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัคร

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยหม้าย อายุ 76 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพเกษตรกรรม รายได้เฉลี่ย 4,000-5,000 บาท/เดือน นับถือศาสนาพุทธ สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่มีโรคประจำตัว มาโรงพยาบาลวันที่ 1 เมษายน 2568 ด้วยอาการสำคัญ มีเลือดออกทางช่องคลอด ปัสสาวะขัด

เป็นมา 2 วัน มีประวัติมดลูกหย่อน 1 ปี แพทย์ให้การวินิจฉัย POPstage 3 วางแผนผ่าตัด V-hyst with A-repair under GA วันที่ 2 เมษายน 2568

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยก่อนระงับความรู้สึก ประเมินสถานะสุขภาพ ผู้ป่วย ASA ClassIIน้ำหนัก 48กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร รูปร่างสมส่วน BMI 19.72 kg/M^2ตรวจร่างกายตามระบบ Mallampati Grade II คาดว่ามีความเสี่ยงต่ำในการใส่ท่อช่วยหายใจยากแม้มีฟันหลอเกือบทั่วปาก ไม่มีฟันปลอม สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.5 องศาเซลเซียสชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 155/61 มิลลิเมตรปรอท ปฏิเสธการแพ้ยา เคยผ่าตัดถุงน้ำดีอักเสบเป็นหนอง และผ่าตัดก้อนไขมันที่ต้นแขนขวา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทั้ง 2 ครั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, HIVAg/Ab, Chest PA Upright, EKG 12 Leads ปกติทุกรายการ X-match forPRC 1 unitClindamycin 900 mg เบิกไปOR ,Unison enema สวนถ่ายก่อนนอน และก่อนเข้า OR, 0.9 NSS 1000 ml iv drip rate 100 ml/hr.เช้าก่อนไปOR, Lorazepam 0.5 mg 2 เม็ด ก่อนนอน ,NPO AMN, เตรียม Foley catheter No.14และ Urine bag ไปOR, Prep skin mons pubisตรวจพบมดลูกหย่อน มีกลิ่น สีหน้าไม่สุขสบาย เจ็บเดิน ลำบาก วิตกกังวลเรื่องการผ่าตัดจากประสบการณ์เดิมที่ได้นอนรักษาในโรงพยาบาลนาน ให้ข้อมูลโรค ขั้นตอนผ่าตัด การดมยาสลบ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งนี้ทีมวิสัญญีจะดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดการผ่าตัดและฟื้นตัวเปิดโอกาสให้ซักถามจนคลายกังวล แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังระงับความรู้สึกแจ้งวันเวลาผ่าตัด

รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา12.00 น. วันที่ 2เมษายน 2568สอบถามชื่อ-นามสกุล ความครบถ้วนของการเตรียมผู้ป่วยเวชระเบียน และสิ่งที่มากับผู้ป่วย สัญญาณชีพก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ความดันโลหิต138/61 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74 ครั้ง/นาทีการหายใจ 18 ครั้ง/นาที $SpO_2$100% อุณหภูมิกาย 36.2 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยบอก “คือหนาวแท้คุณหมอ เย็น”ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยบริเวณทรวงอกโดยใช้เครื่องเป่าลมร้อน (Forced-Air Warming Device) 43 องศาเซลเซียสให้ยา Clindamycin900 mg IV เริ่มผ่าตัด Vaginal Hysterectomy c Anterior Repairเวลา 12.25 น.ดูแลให้ยาระงับความรู้สึกแบบGeneral Anesthesia with ET. Tubeให้ยาตามแนวทางวิสัญญีPropofol,Succinyl Choline, Nimbex, Morphine, Sevoflurane,NitrusOxide ขณะให้ยาระงับความรู้สึกสัญญาณชีพความดันโลหิต84-140/43-60 มิลลิเมตรปรอทชีพจร55-68 ครั้ง/นาที $SpO_2$100%อุณหภูมิกาย 36.2-36.6 องศาเซลเซียสในช่วงความดันโลหิตต่ำลง เหลือ 84/43 มิลลิเมตรปรอท ได้ให้ยา Ephedine6 mg IV 1 doseได้รับ 0.9% NSS รวม 600 ml ระหว่างผ่าตัด Estimated Blood Loss50 ml. สิ้นสุดการผ่าตัดเวลา 13.35 น. รวมระยะเวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 10 นาทีย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องที่ห้องพักฟื้น

ระหว่างการพักฟื้น ประเมินPACU Score ได้ 9คะแนนผู้ป่วยง่วงเล็กน้อยตอบสนองตามคำสั่ง ได้สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต140/80 มิลลิเมตรปรอทชีพจร78ครั้ง/นาที หายใจ 16 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.8 เซลเซียส SpO_2 96% ให้ออกซิเจน mask with bag 10ลิตร/นาทีไม่มีคลื่นไส้อาเจียนหรือหนาวสั่น ผู้ป่วยบอกอุ่นขึ้นแล้ว ปวดแผลผ่าตัดระดับ 5/10 ให้ Morphine 2 mg IV จัดท่าผู้ป่วยให้นอนตะแคงเล็กน้อยเพื่อลดการอุดกั้นทางเดินหายใจ ติดตามSpO_2 ต่อเนื่องผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของการหายใจที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ ไม่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น สามารถพูดตอบโต้ได้ตามปกติ เมื่อเวลาผ่านไป 60นาที ได้ประเมินซ้ำพบว่า Pain score ลดลงเหลือ 2/10 PACU Score เพิ่มขึ้นเป็น 10คะแนน ความดันโลหิต140/84 มิลลิเมตรปรอทชีพจร70ครั้ง/นาทีหายใจ 18 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.7องศาเซลเซียส SpO_2 100

% รายงานพยาบาลหอผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของผู้ป่วย และให้คำแนะนำในการเฝ้าระวังอาการหลังยาระงับความรู้สึก เช่น อาการง่วงนอน หายใจช้า หรือคลื่นไส้ ก่อนย้ายผู้ป่วยโดยมีเจ้าหน้าที่ร่วมเคลื่อนย้ายตามแนวทางความปลอดภัย

วันที่ 3 เมษายน2568 เวลา 09.00 น. เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยโต้ตอบได้ รับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน หรือหนาวสั่น ยังมี Vaseline gauze pack ในช่องคลอดและ Retained Foley catheter ตามแผนจะนำออกวันที่ 4 และ 5 เมษายน 2568 อธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยเข้าใจ สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 147/78 มิลลิเมตรปรอทชีพจร72 ครั้ง/นาทีหายใจ 18 ครั้ง/นาที SpO_2 98% Room airอุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียสไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางหายใจหรือไหลเวียนโลหิต ผู้ป่วยลุกนั่งและเดินช้า ๆ โดยมีญาติช่วยได้ ไม่มีเวียนศีรษะหรือหน้ามืด แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มีเลือดซึมหรือบวมแดง ปวดแผลขณะพัก 2/10 ขณะเคลื่อนไหว 5/10 ให้ Paracetamol 500 mg 1 เม็ด แนะนำการหายใจลึก พลิกตัว ลุกเดินเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดแฟบ ลิ่มเลือดอุดตัน และกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือ

กรณีศึกษารายที่ 2หญิงไทยโสด อายุ 67 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพค้าขาย/เกษตรกรรม รายได้เฉลี่ย 10,000 บาท/เดือน นับถือศาสนาพุทธ สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยาหรือสารอาหารใด ๆ ไม่เคยผ่าตัด มาโรงพยาบาลวันที่ 30 เมษายน 2568 ด้วยอาการสำคัญ ปวด ตึงขา ตึงหัวเหน่ามากขึ้น ปัสสาวะไม่ออกในท่านั่ง ต้องยืนถึงจะปัสสาวะออกเป็นมา 2 วัน ประวัติมดลูกหย่อน 3 ปี ลักษณะก้อนตุงเวลายืนและไหลคืนเมื่อนอน เคยปฏิเสธการผ่าตัดเพราะกลัว แต่เปลี่ยนใจหลังทราบจากเพื่อนว่าผ่าตัดด้วย Spinal block ได้ผลดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน ครั้งนี้แพทย์โรงพยาบาลมัญจาคีรีวินิจฉัย POP stage 4 ส่งต่อมาผ่าตัดที่โรงพยาบาลบ้านไผ่วางแผนผ่าตัด V-hysterectomy with A- repair under Spinal Block วันที่ 1พฤษภาคม 2568 เวลา 13.00 น.

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประเมินสถานะสุขภาพ ASA Class IIน้ำหนัก 60กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร รูปร่างอ้วน BMI 26.68 kg/M^2ผลตรวจร่างกายตามระบบ Mallampati Grade IIฟันหลอเกือบหมดปากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจพิเศษต่าง ๆได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, HIVAg/Ab, PT,INR,LFT, FBS, UA, Chest PA Upright, EKG 12 Leadsปกติทุกรายการ X-match forPRC 1 unit ,Unison enema สวนถ่ายก่อนนอน และก่อนเข้า OR, NPO AMN, 0.9 NSS 1000 ml iv drip rate 100 ml/hr. หลัง NPO, Lorazepam 0.5 mg 1 เม็ด ก่อนนอน,เตรียม Foley catheter No.16และ Urine bag ไป OR, Prep skin mons pubisผู้ป่วยบอกไม่สุขสบาย ปัสสาวะขัดต้องลุกปัสสาวะท่ายืน ตรวจพบมดลูกหย่อนกดทับกระเพาะปัสสาวะ วิตกกังวลเพราะไม่เคยผ่าตัดมาก่อน ได้ให้ข้อมูลโรค ขั้นตอนผ่าตัดและการระงับความรู้สึกแบบ Spinal block ผู้ป่วยจะรู้สึกชาชั่วคราวท่อนล่างแต่ยังรู้สึกตัวและโต้ตอบได้ ระหว่างทำการผ่าตัด ทีมวิสัญญีจะดูแลอย่างใกล้ชิด พร้อมแจ้งความเสี่ยงที่อาจเกิด เช่น ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หรือปวดหลัง เปิดโอกาสให้ซักถามจนคลายกังวล แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด แจ้งวันเวลาผ่าตัด

รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 12.40 น. วันที่ 1พฤษภาคม 2568 สอบถามชื่อ-นามสกุล ความครบถ้วนของการเตรียมผู้ป่วย เวชระเบียนและสิ่งที่มากับผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.3 องศาเซลเซียสชีพจร 71 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 140/74มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยบอก “หนาวค่ะคุณหมอ เย็น”ให้ความอบอุ่นผู้ป่วยโดยใช้เครื่องเป่าลมร้อน (Forced-Air Warming Device) 43 องศาเซลเซียสให้ยา

Cefazolin 2 g IV เริ่มให้ยาระงับความรู้สึกแบบ Spinal block เวลา 13.15 น. โดยใช้ 0.5% Bupivacaine heavy 2.5 ml วัดระดับยาชาได้ T10แพทย์เริ่มผ่าตัด V-hysterectomy with A-repair เวลา 13.30น. ให้O_2cannula 3 ลิตร/นาที ตลอดการผ่าตัดสัญญาณชีพขณะผ่าตัดคงที่ ความดันโลหิต 120–157/68–80 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 60–70ครั้ง/นาที SpO_2 100% อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียสไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น hypotension หรือ bradycardia ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ให้สารน้ำ NSS 600 ml. Estimated blood loss 100 ml ส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิสิ้นสุดผ่าตัดเวลา 15.35น. รวมเวลา 1ชั่วโมง 55 นาทีส่งต่อห้องพักฟื้น

ระหว่างพักฟื้น สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 140/80มิลลิเมตรปรอทชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 16 ครั้ง/นาที $SpO_2$99% ภายใต้การให้O_2 cannula 3 ลิตร/นาทีระดับการชา(Analgesic level)จากระดับ T10ลดเหลือ T12 ขยับขาได้เล็กน้อยไม่มีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ หรือปวดศีรษะ Pain score 1/10 แผลสะอาด ไม่มีเลือดซึม ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ0.9% NSS ต่อเนื่องในอัตรา 100 ml/hr.หลังพักฟื้น 60นาที ผู้ป่วยบอกอุ่นขึ้นอุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียสประเมิน PACU score ได้ 9/10 จึงส่งต่อผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยเวลา 16.10 น. พร้อมรายงานระดับการชา (Analgesic level)ที่ยังลดไม่สุดและแนะนำการติดตามระดับการเคลื่อนไหวและอาการปวดอย่างต่อเนื่อง

วันที่ 2พฤษภาคม 2568ติดตามเยี่ยมหลังระงับความรู้สึก เวลา 09.00 น. พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพูดคุยโต้ตอบรู้เรื่อง สีหน้าสดใส ไม่มีเวียนศีรษะหรือคลื่นไส้ รับประทานอาหารอ่อนได้โดยไม่มีอาการอาเจียนหรือแน่นท้องการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ยังคงมี Vaseline gauze pack vagina 1 ชิ้นและRetained Foley catheterบอกเหตุผลที่ยังคงใส่ Vaseline gauze และ Retained Foley catheterไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากSpinal block เช่น ปวดศีรษะปวดหลังรุนแรง ชาหรืออ่อนแรงที่ขา ผู้ป่วยบอก“ขยับตัวแล้วรู้สึกปวดตึงแผลและปวดในช่องคลอด”ประเมินระดับความปวดได้ 5/10คะแนนขณะเคลื่อนไหว ให้ยา Paracetamol 500 mg. 1 เม็ดผู้ป่วยลุกเดินได้เองโดยมีญาติช่วยประคอง ไม่มีอาการหน้ามืดหรือเป็นลมขณะเปลี่ยนท่า สัญญาณชีพความดันโลหิต138/68 มิลลิเมตรปรอทชีพจร78 ครั้ง/นาทีหายใจ 18 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส SpO_2 99% Room airได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการลุกเดินเบา ๆ พร้อมแนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก อาการชา หรือปัสสาวะผิดปกติ ส่งต่อข้อมูลแก่พยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อให้ดำเนินการดูแลต่อเนื่อง

ตารางที่ 1เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน[7,8]

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รู้สึกมีก้อนตุงๆที่ช่องคลอดมีกลิ่นไม่พึงประสงค์ บางครั้งมีเลือดหยดออกมารับรู้ว่าตนเองมดลูกหย่อนจากแพทย์ให้ข้อมูล ผู้ป่วยไม่พร้อมผ่าตัด วิตกกังวลที่ต้องผ่าตัดมีเลือดออกหลังปัสสาวะสุดปัสสาวะขัด เป็นมา 2 วัน จึงตัดสินใจมาผ่าตัด	ขณะยืนจะมีก้อนตุงที่อวัยวะเพศ ขณะนอนก้อนจะไหลคืน รับรู้ว่าตนเองมดลูกหย่อนจากแพทย์ให้ข้อมูล ผู้ป่วยไม่พร้อมผ่าตัด วิตกกังวลที่ต้องผ่าตัด2 วันก่อนปวดตึงขา ตึงหัวเหน่ามากขึ้น ปัสสาวะไม่ออกในท่านั่ง ต้องยืนถึงจะปัสสาวะจึงตัดสินใจมาผ่าตัด
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	น้ำหนัก 48กิโลกรัม สูง 156 เซนติเมตร รูปร่างสมส่วนสมวัย BMI 19.72 kg/M^2รับประทานอาหาร 3 มื้อ เป็นอาหารพื้นบ้าน ฟันหลอเกือบทั้งปาก ไม่ใส่ฟันปลอม	น้ำหนัก 60กิโลกรัม สูง 150เซนติเมตร รูปร่างอ้วน BMI 26.68 kg/M^2รับประทานอาหาร อาหาร 3มื้อ เป็นอาหารพื้นบ้าน ฟันหลอเกือบทั้งปาก ไม่ใส่ฟันปลอม

ตารางที่ 1เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน[7,8]

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
3. การขับถ่าย	อุจจาระวันละ 1 ครั้งปกติปัสสาวะขัด ไม่สะดวก บางครั้งรู้สึกปัสสาวะไม่สุด หน่วงท้องน้อย รู้สึกรำคาญ สีหน้าหงุดหงิด	อุจจาระวันละ 1 ครั้งปกติปัสสาวะขัดไม่สะดวก บางครั้งรู้สึกปัสสาวะไม่สุด ต้องลุกปัสสาวะในท่ายืนถึงจะปัสสาวะได้สะดวก
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่ได้ออกกำลังกายหลังผ่าตัดเคลื่อนไหวได้น้อยมีญาติคอยช่วยเหลือ	ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่ได้ออกกำลังกายหลังผ่าตัดเคลื่อนไหวได้น้อยมีญาติคอยช่วยเหลือ
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับได้น้อย ไม่ต่อเนื่อง นอน 1-2 ชม. จะรู้สึกตัวตื่นวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ	นอนหลับพักผ่อนได้ดี วันละ 7-9 ชม.
6. สติปัญญาและการรับรู้	เรียนจบ ป.4 อ่านหนังสือไม่ได้ สื่อสารปกติ	เรียนจบป.4 อ่านหนังสือได้ สื่อสารโต้ตอบได้ดี
7. การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้ว่ามดลูกหย่อนต้องได้รับการผ่าตัดและได้ยาสลบ	รับรู้ว่ามดลูกหย่อนต้องได้รับการผ่าตัดและได้ยาระงับความรู้สึกแบบSpinal Block
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	คนในครอบครัวรักใคร่กันดี ไปงานสังคมตามโอกาส	คนในครอบครัวรักใคร่กันดี ไปงานสังคมตามโอกาส
9. เพศและการเจริญพันธุ์	สามีเสียชีวิต ไม่มีเพศสัมพันธ์ ช่องคลอดมีก้อนตุงๆ	ไม่มีเพศสัมพันธ์ ช่องคลอดมีก้อนตุงๆประมาณไข่ไก่
10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	มีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดแต่ยอมรับปรับตัวได้	มีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดแต่ยอมรับปรับตัวได้
11. ความเชื่อ	เชื่อว่าการทำดีจะได้ดี เชื่อในเรื่องบาปบุญ เอาปิ่นไปวัดทุกเช้าเชื่อว่าผลบุญจะไปถึงสามีและลูกชายที่ล่วงลับ	เชื่อว่าผลบุญจะหนุนนำให้มีความสุขความเจริญในชีวิตและแคล้วคาดจากอันตราย

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านไผ่วันที่ 1 เมษายน 2568 มาด้วยอาการมีเลือดออกทางช่องคลอด ปัสสาวะขัด เป็นมา 2 วัน ตรวจพบเบื้องต้นเมื่อ 1 ปี มีก้อนตุงที่อวัยวะสืบพันธุ์แพทย์ให้การวินิจฉัย POP stage 3 ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดขอรับการรักษาแบบประคับประคองด้วยการรับประทานยา อย่างไรก็ตามอาการไม่ทุเลาจึงจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดในที่สุด ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด V-hysterectomy with A- repair under GA

ในระยะก่อนระงับความรู้สึกเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในระหว่างการระงับความรู้สึก ได้ดำเนินการประเมินสภาพร่างกายอย่างละเอียดโดยมุ่งเน้นที่ระบบทางเดินหายใจและความยากในการใส่ท่อช่วยหายใจ(Difficult airway assessment) ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเป็นผู้ป่วยASA Class IIผลตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ ปกติ Mallampati Grade IIฟันหลอเกือบทั้งปากไม่มีฟันปลอม พบว่าผู้ป่วยวิตกกังวลซึ่งอาจเกิดจากประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในอดีตให้คำแนะนำเรื่องการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายวางแผนการพยาบาลในระยะนี้ โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ 3ข้อ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก2)ไม่สุขสบายจากการขับถ่ายปัสสาวะลำบาก 3) เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

ในระยะระงับความรู้สึกให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเริ่มนำสลบด้วย Propofol ตามด้วยSuccinylcholineเพื่อช่วยใส่ท่อช่วยหายใจMaintainโดยใช้ Sevoflurane ผสม O_2:N_2O 1:1ร่วมกับMorphineระงับปวด และ

Nimbexคลายกล้ามเนื้อจากนั้นควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจแบบVolume control ระหว่างผ่าตัดติดตามสัญญาณชีพต่อเนื่อง ECG, NIBP, SpO_2, $EtCO_2$และอุณหภูมิกาย ให้ความอบอุ่นร่างกายโดยใช้เครื่องเป่าลมร้อน ใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 10 นาทีสูญเสียเลือด 50 ml สัญญาณชีพคงที่ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 84-140/43-60มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 55-68ครั้ง/นาที SpO_2 96-100% อุณหภูมิกาย 36.2–36.6 องศาเซลเซียส เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด ผู้ป่วยมีเกณฑ์ครบถ้วนสำหรับการถอนท่อช่วยหายใจ จึงดำเนินการถอนท่อและย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ห้องพักฟื้น วางแผนการพยาบาลในระยะนี้ โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย(General Anesthesia):ความดันโลหิตต่ำ2) เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำจากยาสลบและสภาพแวดล้อมห้องผ่าตัด

การดูแลในห้องพักฟื้น ประเมิน PACU Score ได้ 9คะแนน ผู้ป่วยง่วงเล็กน้อยแต่รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 140/80มิลลิเมตรปรอทชีพจร78ครั้ง/นาที หายใจ 16ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.8องศาเซลเซียส $SpO_2$100% ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน หรือหนาวสั่น ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี ไม่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น แจ้งว่าปวดแผล ประเมินระดับปวด 5/10จึงให้ Morphine 2 mg. IV.พร้อมเฝ้าระวังผลข้างเคียง จัดท่านอนตะแคงเล็กน้อยเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง และติดตามระดับออกซิเจนต่อเนื่องหลัง 60นาที ประเมินซ้ำ Pain score ลดเหลือ 2/10 PACU Score เพิ่มเป็น 10คะแนน สัญญาณชีพคงที่ ความดันโลหิต140/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร70ครั้ง/นาที หายใจ 18ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม จึงส่งกลับหอผู้ป่วยอย่างปลอดภัย พร้อมรายงานอาการทั่วไปและให้คำแนะนำการเฝ้าระวัง เช่น ง่วงนอน หายใจช้าหรือคลื่นไส้แก่พยาบาลหอผู้ป่วยวางแผนการพยาบาลในระยะนี้ โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด2) เสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดกั้นเนื่องจากผลของยาสลบ

ติดตามผู้ป่วยหลังระงับความรู้สึก1 วันพบว่าผู้ป่วยลุกนั่งขอบเตียงและเดินได้ช้า ต้องมีญาติช่วยพยุง การเคลื่อนไหวยังจำกัดจากอาการปวดแผล Pain score 2/10 ขณะพัก และ 5/10 ขณะเคลื่อนไหว ได้รับยา Paracetamol 1 เม็ด เพื่อลดปวดและส่งเสริมการเคลื่อนไหว พร้อมให้คำแนะนำการหายใจลึก พลิกตัว และลุกเดินอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีและเข้าใจความสำคัญของการเคลื่อนไหวเพื่อฟื้นฟูร่างกายวางแผนการพยาบาลในระยะนี้ โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ 1) ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

กรณีศึกษารายที่ 2หญิงไทยโสด อายุ 67 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ วันที่ 30 เมษายน 2568 ด้วยอาการปวดตึงขา ปัสสาวะไม่ออกเวลานั่ง ต้องยืนจึงจะปัสสาวะได้ เป็นมา 2 วัน ตรวจพบเบื้องต้นเมื่อ 3 ปี มีก้อนตุงที่อวัยวะสืบพันธ์แพทย์ให้การวินิจฉัย POP stage 4 วางแผนให้การรักษาด้วยการผ่าตัด V-hysterectomy with A- repair under Spinal block วันที่ 1 พฤษภาคม 2568

ระยะก่อนระงับความรู้สึกเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด ได้ดำเนินการประเมินสภาพร่างกายอย่างละเอียดร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเป็นผู้ป่วย ASA Class IIผลตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ ปกติ Mallampati Grade IIฟันหลอเกือบทั้งปากไม่มีฟันปลอม ผู้ป่วยวิตกกังวลเพราะไม่เคยผ่าตัด ให้คำแนะนำเรื่องการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบSpinal blockในระยะนี้มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ 2ข้อ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการให้ยาระงับ

ความรู้สึก2) ไม่สุขสบายจากการขับถ่ายปัสสาวะลำบาก

ระยะให้ยาระงับความรู้สึกรับเข้าห้องผ่าตัด 12.40 น. ทำ Spinal block L3–L4 ด้วย0.5% Bupivacaine heavy 2.5 mlระดับยาชา T10เริ่มผ่าตัด 13.30น. Monitor ECG, BP, SpO_2ทุก 5 นาที ให้ O_2cannula3 ลิตร/นาที0.9% NSS 600 ml.ให้ความอบอุ่นร่างกายโดยใช้เครื่องเป่าลมร้อน ระหว่างผ่าตัดสัญญาณชีพคงที่ ความดันโลหิต 120–157/60–80 มิลลิเมตรปรอทชีพจร60–70 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส $SpO_2$100% Estimated blood loss 100 ml. ผ่าตัดเสร็จสิ้น15.35น.ในระยะนี้มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ 3ข้อ ได้แก่ 1)เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึกแบบ Spinal block2)เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำจาก Spinal Block และสภาพแวดล้อมห้องผ่าตัด 3) เสี่ยงต่อการผลัดตกจากเตียงและการจัดท่านอนขึ้นขาหยั่ง (Lithotomy)

การดูแลในห้องพักฟื้นใน สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 140/80มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 16ครั้ง/นาที $SpO_2$100% ระดับบการชา(Analgesic level)ลดลงจากระดับ T10เหลือระดับ T12ขยับขาได้เล็กน้อย ไม่มีคลื่นไส้เวียนศีรษะ Pain score 1/10 แผลสะอาด PACU score 9/10ส่งกลับหอผู้ป่วย 16.10น.พร้อมรายงานอาการทั่วไปและให้คำแนะนำการเฝ้าระวัง เช่น ปวดศีรษะ ชาอ่อนแรงที่ขา ปวดแผลมาก ผิดปกติ หรือคลื่นไส้อาเจียนแก่พยาบาลหอผู้ป่วย ในระยะนี้มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ 1 ข้อ ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการหกล้มหรือได้รับอุบัติเหตุจากการเคลื่อนไหวบกพร่องชั่วคราวเนื่องจากผลของการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง

ติดตามหลังระงับความรู้สึก1 วันผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจาก Spinal block ปวดแผลระดับปวด5/10 ขณะเคลื่อนไหว ได้ยา Paracetamol เดินได้เองโดยมีญาติพยุง ไม่มีหน้ามืด สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต148/72มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.9องศาเซลเซียส SpO_2 99%Roomairให้คำแนะนำการลุกเดินเบาๆและสังเกตอาการผิดปกติในระยะนี้มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ 1ข้อ ได้แก่ 1)ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงเล็กน้อยจากปวดแผลผ่าตัด

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการวางแผนและดูแลด้านวิสัญญีและการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยเลือกวิธีการระงับความรู้สึกที่สอดคล้องกับปัจจัยรายบุคคล มีการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและสามารถฟื้นตัวได้ดี

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะมดลูกหย่อน (Pelvic Organ Prolapse: POP) โดยรายที่ 1 เป็น POP ระยะที่ 3 ส่วนรายที่ 2 เป็นระยะที่ 4 ซึ่งมีความรุนแรงมากกว่า โดยเฉพาะรายที่ 2 ต้องยืนจึงจะสามารถปัสสาวะได้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก รายที่ 1 มีอาการเลือดออกทางช่องคลอดร่วมกับอาการปัสสาวะขัด ซึ่งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมารับการรักษา ทั้งนี้ ภาวะมดลูกหย่อนระดับรุนแรงส่งผลกระทบโดยตรงต่อการขับถ่ายปัสสาวะ[9,10]ปัจจัยเสี่ยงร่วมของทั้ง 2 รายได้แก่ อายุที่มากขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอ่อนแรงลง ทำให้มดลูกเกิดการหย่อนคล้อยได้ง่าย[11]ปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันพบว่า รายที่ 2 มีรูปร่างอ้วน โดยมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 26.68 kg/m² ซึ่งถือว่าน้ำหนักเกิน น้ำหนักตัวที่มากทำให้แรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ส่งผลต่ออวัยวะในอุ้งเชิงกราน รวมถึงทำให้กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพยุงมดลูกอ่อนแรงจนหย่อนคล้อยได้ง่าย[12]ทั้งสองรายได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด (Vaginal hysterectomy) ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกที่แตกต่างกัน รายที่ 1 ได้รับการระงับ

ความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General Anesthesia) ขณะที่รายที่ 2 ได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ (Regional anesthesia) ชนิดฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal Block) ประเมินผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก พบว่าทั้ง 2 ราย ASA Class IIรายที่ 1 เคยผ่าตัดมาก่อน 2 ครั้ง แม้ไม่พบภาวะแทรกซ้อน แต่มีความวิตกกังวลจากประสบการณ์เดิม ส่วนรายที่ 2 ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน ตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดโดยได้รับข้อมูลจากเพื่อนที่มีประสบการณ์ตรงผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงจากการให้ยาระงับความรู้สึก เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาหลายระบบ เช่น ระบบไหลเวียนโลหิตและหัวใจทำงานลดลง เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวระบบหายใจเสื่อมสมรรถภาพ ถุงลมยืดหยุ่นน้อย เสี่ยงภาวะแทรกซ้อนทางปอดระบบประสาทส่วนกลางเสื่อม ทำให้ตอบสนองต่อยาช้าลงการทำงานของตับและไตลดลง ทำให้ฤทธิ์ยายาวนานขึ้นระบบทางเดินอาหารเคลื่อนไหวน้อย เสี่ยงต่อภาวะสำลักผิวหนังบาง กระดูกพรุน ฟันโยก ส่งผลต่อการจัดท่าและใส่ท่อช่วยหายใจควบคุมอุณหภูมิร่างกายได้ไม่ดี เสี่ยงต่อภาวะตัวเย็น (Hypothermia)[7]จากการประเมินโครงสร้างทางกายวิภาค Mallampati Grade II ทั้ง 2 ราย ฟันหลอเกือบทั้งปาก ไม่มีฟันปลอม แต่รายที่ 2 มีภาวะอ้วนและไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน การเลือกใช้ Spinal block จึงเหมาะสมมากกว่า เนื่องจากลดความเสี่ยงจากการดมยาสลบ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บคอ และส่งเสริมการฟื้นตัวที่รวดเร็วทั้ง 2 รายได้รับการดูแลตามมาตรฐานการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยา (Pre-anesthetic evaluation)การประเมิน ASA Classการเฝ้าระวังการทำงานของระบบต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด เช่น ความดันโลหิต การหายใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจน อุณหภูมิบันทึกข้อมูลการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างละเอียดการดูแลต่อเนื่องในห้องพักฟื้นและติดตามหลังผ่าตัด 1 วัน ผลการตอบสนองต่อการระงับความรู้สึกแตกต่างกันคือ ขณะระงับความรู้สึกรายที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตต่ำ รายที่ 2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังระงับความรู้สึก รายที่ 1 ปวดแผลหลังผ่าตัดระดับ 5/10 จำเป็นต้องให้ยา Morphine 2 mg IV รายที่ 2 ปวด 1–2/10 ไม่ต้องใช้ opioid และฟื้นตัวจาก Spinal block ได้เร็ว ผลการตอบสนองต่อการระงับความรู้สึกที่เหมือนกันคือ ทั้ง 2 รายฟื้นตัวได้เร็วไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษากรณีผู้ป่วยภาวะมดลูกหย่อนทั้ง 2 ราย ที่ได้รับการดูแลด้วยวิธีการระงับความรู้สึกและการพยาบาลที่เหมาะสม พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก เช่น ASA Classification, Mallampati Grade, และการประเมินทางกายวิภาคอื่น ๆ อย่างเป็นระบบโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัยและเหมาะสมที่สุด

2. ควรส่งเสริมการใช้การระงับความรู้สึกแบบ Spinal blockในผู้สูงอายุที่ไม่มีข้อห้าม เนื่องจากส่งผลให้ฟื้นตัวได้เร็ว ลดการใช้ opioid และลดความเสี่ยงจากการดมยาสลบ

3ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึก โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะโรคร่วม

4. ควรศึกษาผลระยะยาวหลังการผ่าตัด เช่น การกลับมาทำกิจกรรมประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิต เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Barber MD, Maher C.(2013). Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J. 2013;24 (11):1783-90
2. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, et al.(2014). Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. Obstetrics and gynecology. 2014;123(1):141-8.
3. ศิริลักษณ์ สายทอง, รัชนี สุขสมบัติ.(2562). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะมดลูกหย่อนในผู้หญิงวัยทองไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2562;29(1):45-54.
4. กัลยา แสงอรุณ, อาภาพร ศรีวงศ์.(2561). ภาวะมดลูกหย่อนในหญิงสูงอายุไทย: การศึกษาความชุกและลักษณะอาการ. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2561;10(2):120-128.
5. Medscape.(2024). Pelvic organ prolapse treatment & management [อินเทอร์เน็ต]. 2024 [เข้าถึงเมื่อ 8ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:https://emedicine.medscape.com/article/1848562-treatment
6. บุศรา ศิริวันสาณฑ์, พิชญา ไวทยะวิญญู, นฤนาท โลมะรัตน์.(2563). Anesthesia & Perioperative Care. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพ:ภาควิชาวิสัญญีวิทยาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563
7. 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน [อินเทอร์เน็ต]. [เผยแพร่เมื่อ 9 ก.ย. 2562; เข้าถึงเมื่อ 4ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://nursing62.blogspot.com/2019/09/11.html
8. McCartney CJ, Apatu E.(2007). Local anesthetic techniques in pain management. Br J Anaesth. 2007;98(6):735–47.
9. ตวงพร รัตนมงคลกุล, ปาริชาติ วิสุทธิสมาจาร, สินีนาฏ ลี้ละไกร, รุ่งฤดี กันทะยานะ.(2561). ความรุนแรงของมดลูกหย่อนกับอาการทางเดินปัสสาวะ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2561;36(3):52–62.
10. สาวินี รัชชานนท์.(2566). มดลูกหย่อน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเมดพาร์ค; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/uterine-prolapse
11. โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์.(2565). อวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/981

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์: กรณีศึกษา

Nursing care of obese pregnant women with Gestational Diabetes Mellitus: A case study.

(Received: August 18,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 26,2025)

วิไลภรณ์ สัตยารักษ์[1]
Wilaiporn Sattayarak[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยศึกษาในสตรีตั้งครรภ์อายุ 36 ปี ภูมิลำเนา ตำบลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา มาฝากครรภ์ครั้งแรกวันที่ 11 กรกฎาคม 2567 ที่โรงพยาบาลชุมพวง ได้รับการตรวจเลือดและตรวจปัสสาวะ ผลตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบ 50 gm GCT 210 mg/dL วันที่ 12 กรกฎาคม 2567 นัดมาตรวจ 100 gm OGTT ตรวจพบผลผิดปกติ (95 mg/dl, 228 mg/dl, 205 mg/dl, 119 mg/dl, Hb A1c 5.89 %) แพทย์วินิจฉัย G3P1A1L1 with AMA with GDM with Obesity ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา แพทย์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาวินิจฉัย AMA with GDM A2 with Obesity โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2567 ถึง เมษายน 2568

ผลการศึกษา พบว่า ยาที่ใช้ขณะตั้งครรภ์ คือ Triferdine, ASA(81) และ CaCO3 ตลอดระยะเวลาที่ดูแลสตรีตั้งครรภ์พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยเมื่อทราบว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในไตรมาสแรก เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือน้ำตาลต่ำ มีภาวะแท้งคุกคาม พร่องความรู้ในเรื่องการควบคุมอาหาร เสี่ยงต่อทารกในครรภ์น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เสี่ยงต่อแผลฝีเย็บติดเชื้อเนื่องจากเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 หลังคลอด จากปัญหาที่พบดังกล่าว ได้หาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยอาศัยความรู้และทฤษฎีเกี่ยวกับโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ ไม่พบอาการแทรกซ้อนของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ทำให้ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูง ขณะคลอดไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผลการคลอดปกติ ทารกน้ำหนักแรกคลอด 3,080 กรัม สตรีหลังคลอดและทารกได้กลับบ้านพร้อมกัน

คำสำคัญ: การพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ ภาวะอ้วน เบาหวานขณะตั้งครรภ์

Abstract

This study was a case study with the objective of nursing pregnant women with obesity and gestational diabetes. The study included pregnant women aged 36 years, domiciled in Chum Phuang Subdistrict, Chum Phuang District, Nakhon Ratchasima Province, who came for her first antenatal check-up on July 11, 2024 at Chum Phuang Hospital. She received blood and urine tests. The screening results for gestational diabetes showed 50 gm GCT 210 mg/dL on July 12. Made an appointment for a 100 gm OGTT test, abnormal results were found (95 mg/dl, 228 mg/dl, 205 mg/dl, 119 mg/dl, Hb A1c 5.89 %). The doctor diagnosed G3P1A1L1 with AMA with GDM with Obesity and referred for treatment at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. The doctor at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital diagnosed AMA with GDM A1 with Obesity, starting the study in July 2024 to April 2025.

The study found that the drugs used during pregnancy were Triferdine, ASA(81) and CaCO3. Throughout the pregnancy care, the pregnant women were found to be anxious about the illness when they were informed of gestational diabetes in the first trimester. They were at risk of hyperglycemia or hypoglycemia, threatened miscarriage, lack of knowledge on diet control, at risk of fetus weighing less than 2,500 grams, at risk of hypertension during pregnancy, at risk of perineal wound infection due to gestational diabetes, and at risk of type 2 diabetes after childbirth. From the aforementioned problems, a solution was found based on knowledge and theory about diabetes in pregnant women. No complications of gestational diabetes requiring hospitalization were found. They

[1] กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลชุมพวง

were safe from hypertension. No complications were found during delivery. The delivery outcome was normal. The baby weighed 3,080 grams at birth. The mother and baby were discharged home together.
Keywords: Nursing care , Pregnancy, Obesity, Gestational Diabetes Mellitus

บทนำ

ภาวะอ้วน (Obesity) และภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ (Overweight) เป็นภาวะไขมันสะสมมากเกินไป ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพโดยรวม ได้แก่ การเพิ่มความเสี่ยงของโรคเบาหวาน และโรคหัวใจ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อสุขภาพของระบบกระดูกและการสืบพันธุ์ เพิ่มความเสี่ยงของโรคมะเร็งบางชนิด ภาวะอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินของสตรีก่อนตั้งครรภ์มีความสำคัญต่อการตั้งครรภ์ โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่สูงขึ้นได้แก่ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ครรภ์เป็นพิษ การผ่าตัดคลอดการคลอดก่อนกำหนด คลอดติดไหล่ ความผิดปกติของทารกแต่กำเนิด การตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน แผลเกิดการติดเชื้อ ทารกตัวโต ทารกตายคลอด ทารกน้ำหนักตัวมากกว่าอายุครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์คือภาวะที่ร่างกายไม่สามารถจัดการกับคาร์โบไฮเดรตได้อย่างเหมาะสม เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ ปัจจุบันพบว่าความชุกของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงขึ้นทั่วโลกอันเป็นผลมาจากจำนวนประชากรที่มีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น จากความชุกในประเทศไทยสูงถึง ร้อยละ 20 ยืนยันข้อมูลของ International Diabetese Federiation ได้สำรวจความชุกของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานในปี 2024 สูงถึงร้อยละ 26.5 มีรายงานของทางภาคเหนือใน ค.ศ. 2022 สูงถึง ร้อยละ 22 การเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับสตรีตั้งครรภ์ได้แก่ ครรภ์เป็นพิษ การผ่าตัดคลอดบุตร และการเป็นโรคเบาหวานหลังการตั้งครรภ์ ส่วนภาวะแทรกซ้อนของทารกในครรภ์ได้แก่ ภาวะทารกตัวโต ภาวะทารกน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง คลอดติดไหล่ การบาดเจ็บจากการคลอดและทารกตายคลอด[1]

ในส่วนของงานบริการฝากครรภ์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลชุมพวง ได้สรุปรายงานการให้บริการฝากครรภ์แก่สตรีตั้งครรภ์ในเขตตำบลชุมพวง พบข้อมูลการให้บริการสตรีตั้งครรภ์เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 - 2568 ร้อยละ 5.88, 5.45, 6.0, 4.54 และ 25 ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์อยู่แล้วจำนวน 1, 1, 0, 2,และ 1 รายตามลำดับ ร่วมกับมีภาวะอ้วน จากการติดตามค่าน้ำตาลในเลือดหลังคลอดตรวจพบเป็นเบาหวานหลังคลอดจำนวน 1 ราย การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องใช้เวลาและทักษะทางการพยาบาลเพื่อดูแลให้สตรีตั้งครรภ์มีความปลอดภัยทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด และส่งเสริมกำลังใจสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง[2]

สำหรับกรณีศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นปัญหาที่ซับซ้อนจากการให้การพยาบาลขณะฝากครรภ์ สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลมากเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์หลังจากได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากทีมสุขภาพทำให้การคลอดปลอดภัยและสตรีตั้งครรภ์รู้สึกสบายใจคลายความกังวล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่สตรีตั้งครรภ์และทารก ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแล ทั้งนี้ส่งผลดีต่อทีมสุขภาพและผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

1.เพื่อนำความรู้เรื่องโรค แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2.เพื่อใช้เป็นข้อมูลทางวิชาการในการพยาบาลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3.เพื่อศึกษาพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพในคลินิกฝากครรภ์ให้สามารถดูแลสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.เพื่อเป็นเอกสารประกอบการศึกษา ช่วยเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพและองค์ความรู้ต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจ

วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรค จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

2. รวบรวมข้อมูลตามมาตรฐานการพยาบาลฝากครรภ์ ได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ประวัติความเจ็บป่วย ประวัติการได้รับวัคซีน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์ความเสี่ยงขณะให้การพยาบาล การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การให้การพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

3. ค้นคว้าเอกสารวิชาการ ศึกษาข้อมูลจากแหล่งความรู้วิชาการ งานวิจัย รวบรวมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

4. ให้การพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพติดตามแผนการรักษาของแพทย์เฉพาะทาง เพื่อให้การพยาบาลให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์

5. จัดทำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง และจัดพิมพ์เพื่อเผยแพร่

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการรักษา: สตรีตั้งครรภ์ หญิงไทย อายุ 36 ปี เชื้อชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ รับราชการครู สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ภูมิลำเนาในตำบลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา วันที่เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลชุมพวง วันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 สิ้นสุดการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมพวงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 สตรีหลังคลอดรับบริการตรวจหลังคลอดทั้งหมด 3 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 โดยการเยี่ยมบ้าน วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ครั้งที่2 นัดตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลชุมพวง วันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2568 ครั้งที่ 3 นัดตรวจหลังลคอดที่โรงพยาบาลชุมพวง วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2568 และได้รับการติดตามเฝ้าระวังค่าน้ำตาลหลังคลอด1 ครั้งในวันที่ 9 เมษายน พ.ศ .2568 รวมจำนวนครั้งที่อยู่ในความดูแล 20 ครั้ง

อาการสำคัญ (Chief compliant): สตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก G3P1A1L1 ประจำเดือนครั้งสุดท้ายมาวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 เป็น 3 วัน สงสัยว่าตนเองตั้งครรภ์จึงซื้อแผ่นตรวจครรภ์มาตรวจพบขึ้นสองขีดจาง และมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล ครั้งแรกวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ตรวจคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยการกลืนน้ำตาล 50 gm GCT ได้ผลตรวจ 210 mg/dL และนัดวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 มาตรวจ 100 gm OGTT พบผลผิดปกติแพทย์วินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผน พฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อ

สุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย 11 ด้าน ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ สตรีตั้งครรภ์ทราบว่าตนเองมีน้ำหนักเกินและน่าจะมีความเสี่ยงเป็นโรคติดต่อเรื้อรังเช่นเดียวกับบิดาและมารดา แต่ตนเองไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี จึงไม่ได้ตระหนักว่าจะต้องควบคุมและป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดโรคดังกล่าว เมื่อตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนเรื่องโภชนาการเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ขณะตั้งครรภ์นี้เมื่อทราบว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จึงปรับเปลี่ยนเมนูอาหารเป็นรายการที่มีแป้งและน้ำตาลน้อยลง บางครั้งก็มีดื่มน้ำหวานบ้าง รายการอาหารที่รับประทานประจำคือไข่ต้ม วันละ 1-3 ฟอง ซื้อข้าวกล้องที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำมารับประทานแทนข้าวขาว เปลี่ยนรายการอาหารเป็นน้ำพริกผักต้ม ปลาทอด เป็นหลัก ผลไม้เป็นแก้วมังกรและฝรั่ง ในระหว่างตั้งครรภ์ระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อตรวจด้วยตนเองหลังจากงดน้ำและอาหารมื้อเช้าอยู่ระหว่าง 65-100 mg/dL และน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารทุกมื้ออยู่ระหว่าง 75-135 mg/dL บางวันรับประทานอาหารประเภทเส้นได้แก่ ผัดไทย ลองสุ่มตรวจน้ำตาลในเลือดพบว่าน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นถึง 200 mg/dL

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระปกติ ตอนเช้าเป็นประจำ ไม่มีปัญหาเรื่องท้องผูก ขณะตั้งครรภ์มีปัญหาอุจจาระแข็งบ้างแต่ขับถ่ายทุกวัน

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย ขณะตั้งครรภ์ไม่ได้ออกกำลังกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์เลย มีกิจกรรมแค่เพียงทำงานบ้านปกติ ล้างจาน ซักผ้าด้วยเครื่องซักผ้า

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ ช่วงตั้งครรภ์เริ่มนอนตั้งแต่เวลาประมาณ 21.00 น. ตื่นกลางดึกช่วงประมาณ 24.00 น. และ 03.00 น. เพื่อเข้าห้องน้ำปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนทำให้บางครั้งตื่นเช้ามารู้สึกเพลีย ง่วงนอนกลางวัน

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ เมื่อทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์รู้สึกกังวลใจกลัวว่าจะมีผลกระทบต่อลูก ประเมินความเครียดโดยใช้แบบคัดกรอง ST 5 ได้ 2 คะแนน ในข้อ นอนไม่หลับ ประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ สตรีตั้งครรภ์รู้สึกดีใจที่ตนเองตั้งครรภ์ได้สำเร็จ รู้สึกมีความหวัง เมื่อทราบว่าตนเองมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์กังวลใจมาก ประกอบกับมีภาวะแท้งคุกคามยิ่งทำให้สตรีตั้งครรภ์กังวลใจมากขึ้น แต่ไม่ได้ลางานเพื่อพักผ่อน มีการวางแผนกับสามีและครอบครัวตัดสินใจไปพบแพทย์เฉพาะทางที่คลินิกต่างๆ ทั้งในตัวเมืองและอำเภอใกล้เคียง

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ สมาชิกในครอบครัวดูแลรักใคร่กันดี เวลารับประทานอาหารจะรับประทานร่วมกัน ในขณะตั้งครรภ์เมื่อสมาชิกในครอบครัวทราบว่าสตรีตั้งครรภ์เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะบิดา มารดาจะเตรียมอาหารให้รับประทานเปลี่ยนเป็นผักต้ม น้ำพริก ปลาทอด ไข่ต้ม ไม่ให้สตรีตั้งครรภ์ทำงานช่วยในครัว ไม่ให้ช่วยล้างจาน ล้างหม้อแกง เกรงว่าทารกในครรภ์จะมีอันตราย

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ สตรีตั้งครรภ์เคยไปตรวจที่คลินิกสูติแพทย์เนื่องจากประจำเดือนไม่มา 5 - 6 เดือนและตรวจพบ PCOS (Polycystic Ovary Syndrome) แพทย์ที่คลินิกแนะนำให้ลดน้ำหนัก ครรภ์ที่ 2 แท้งเองปีพ.ศ. 2565 ไม่ได้ขูดมดลูก หลังแท้งไม่คุมกำเนิดเพราะต้องการบุตร ต้นปี พ.ศ. 2567 มาพบแพทย์และรับคำปรึกษาที่คลินิกส่งเสริมการมีบุตรที่โรงพยาบาลชุมพวง แพทย์ส่งต่อไปรับคำปรึกษาที่โรงพยาบาลมหาราชน

นครราชสีมาเรื่อง PCOS (Polycystic Ovary Syndrome) ต่อ ก่อนตั้งครรภ์น้ำหนัก 96 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 35.69 kg/m2 ซึ่งมีภาวะอ้วน แพทย์ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาแนะนำให้ลดน้ำหนัก ก่อนตั้งครรภ์ลดน้ำหนักเหลือ 95 กิโลกรัม

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานกับความเครียดเมื่อทราบว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อทราบว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์มีความกังวลใจว่าทารกในครรภ์จะไม่แข็งแรง ถามพยาบาลว่าต้องทำอย่างไร เมื่อกลับบ้านปรึกษาสามีและบิดามารดาว่าจะวางแผนอย่างไรดี

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ ในภาวะความเจ็บป่วยครั้งนี้สตรีตั้งครรภ์เชื่อว่าเกิดจากการที่ไม่ได้ควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด ตามใจตนเองในเรื่องรับประทานอาหารที่ชอบในปริมาณมากเกินไป และไม่ได้ออกกำลังกาย สตรีตั้งครรภ์นับถือศาสนาพุทธและมีความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เมื่อสตรีตั้งครรภ์ทราบว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ก็ไปกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือคือพ่อปู่ ปู่ฤษี ที่จังหวัดอยุธยา อธิษฐานว่าให้ช่วย ให้ผ่านพ้นอุปสรรคไปด้วยดีและวางแผนว่าจะพาบุตรที่คลอดปลอดภัยอายุประมาณ 6 - 7 เดือนไปแก้บน

สรุปอาการและอาการแสดง สตรีตั้งครรภ์อายุ 36 ปี ภูมิลำเนา ตำบลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา มาโรงพยาบาลวันที่ 11 กรกฎาคม 2567 เพื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ได้รับการตรวจเลือดและตรวจปัสสาวะ ผลตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบ 50 gm GCT 210 mg/dL ผิดปกติจึงนัดตรวจ 100 gm GCT วันที่ 12 กรกฎาคม 2567 ตรวจพบผลผิดปกติ 3 ค่า (95 mg/dl, 228 mg/dl, 205 mg/dl, 119 mg/dl, Hb A1c 5.89 %) แพทย์วินิจฉัย G3P1A1L1 with AMA with GDM with Obesity

มีประวัติการแท้งคุกคามช่วงอายุครรภ์ 7 -12 สัปดาห์

ยาที่รับประทานขณะตั้งครรภ์

1 . Triferdine (IODINE+FOLIC+IRON (TRIFERDINE) GPO รับประทานยานี้วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ป้องกันการเกิดโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ช่วยป้องกันภาวะผิดปกติของการสร้างสมองและไขสันหลังของทารก

2. ASA(81) รับประทานครั้งละ 2 เม็ดก่อนนอน ป้องกันครรภ์เป็นพิษ

3. CaCO3 รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเย็น ป้องกันครรภ์เป็นพิษ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์เนื่องจากเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์	**กิจกรรมการพยาบาล** สร้างสัมพันธภาพกับสตรีตั้งครรภ์โดยพูดคุยสอบถามอาการด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความไว้วางใจที่จะพูดคุยสนทนาได้อย่างสบายใจและรู้สึกอบอุ่นใจ ซักถามและเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์เล่าถึงสาเหตุของความวิตกกังวล เพื่อร่วมกันกันแก้ไขสาเหตุ อธิบายความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์แก่สตรีตั้งครรภ์ทราบเป็นขั้นตอนและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาของแพทย์และการดูแลของพยาบาล นำเสนอข้อมูลตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองและคลอดบุตรอย่างปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน เพื่อสร้างกำลังให้สตรีตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง แนะนำมาตรวจตามนัดของแพทย์และรับประทานยาบำรุงสม่ำเสมอ **การประเมินผลทางการพยาบาล** สตรีตั้งครรภ์มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น สีหน้าคลายความกังวล บอกว่า จะตั้งใจควบคุมอาหาร ปฏิบัติตามที่แพทย์และพยาบาลแนะนำ ปัญหานี้ยังคงต้องดูแลต่อจนกระทั่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 พร่องความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์	**กิจกรรมการพยาบาล** พูดคุยให้กำลังใจสตรีตั้งครรภ์และอธิบายขั้นตอนในการดูแลรักษา เฝ้าระวังอาการของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์แก่สตรีตั้งครรภ์ทราบให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เน้นให้สตรีตั้งครรภ์ทราบว่า การควบคุมอาหารมีความสำคัญมากและควรปฏิบัติดังนี้ ส่งเสริมและให้กำลังใจแก่สตรีตั้งครรภ์ ในการควบคุมอาหารและเปิดโอกาสให้ซักถาม และแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจกับพยาบาล ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด งดอาหารหวาน เช่น น้ำหวาน น้ำตาล น้ำผึ้ง น้ำอัดลม อาหารที่มีไขมันสูง เช่น น้ำมันทอดอาหารต่างๆ เนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง เช่น มันหมู และกำหนดเวลาในการรับประทานอาหารเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับสารอาหารให้เพียงพอในแต่ละวัน โดยสามารถศึกษาได้จากสมุดคู่มืออนามัยแม่และเด็ก แนะนำสตรีตั้งครรภ์สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่นมีเลือดออกทางช่องคลอด ปัสสาวะแสบขัด คลื่นไส้อาเจียนมาก กังวลใจมีความเครียดมากจนทำให้สูญเสียหน้าที่กิจวัตรประจำวัน แนะนำสตรีตั้งครรภ์พูดคุยปรึกษากับสามีและบิดา มารดา ให้มีส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์สามารถรับคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางเพิ่มเติมได้เพื่อความมั่นใจ แนะนำมาตรวจตามนัดของแพทย์และรับประทานยาบำรุงสม่ำเสมอ **การประเมินผลการพยาบาล** สตรีตั้งครรภ์ได้รับความรู้เพิ่มเติมจากแพทย์เฉพาะทางและศึกษาความรู้เพิ่มเติมจากสื่อออนไลน์เกี่ยวอาหารที่มีน้ำตาลต่ำ เช่น การซื้อข้าวที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำมารับประทานแทนข้าวขาว และจำกัดปริมาณที่จะรับประทานในแต่ละมื้อ ระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อตรวจด้วยตนเองหลังจากงดอาหารและน้ำมื้อเช้าอยู่ระหว่าง 65-100 mg/dL และน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารทุกมื้ออยู่ระหว่าง 75-135 mg/dL ในขณะตั้งครรภ์จำเป็นต้องมีการควบคุมระดับน้ำตาลทุกวัน ปัญหานี้หมดไป หลังจากสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวได้ศึกษาถึงวิธีปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการสูญเสียทารกในครรภ์จากการแท้งคุกคาม	**กิจกรรมการพยาบาล** วัดสัญญาณชีพ คำนวณอายุครรภ์ และตรวจครรภ์ วัดยอดมดลูก สอบถามประวัติเลือดออกทางช่องคลอด อาหารปวดหน่วงท้องน้อย หากทารกในครรภ์เริ่มดิ้นแล้วให้สังเกตเด็กดิ้นและบันทึกจำนวนครั้งของเด็กดิ้นโดยวิธี Modified Cardiff Count To Ten แนะนำพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ ลดกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการแท้ง เช่นการเดินทางไกล งดมีเพศสัมพันธ์ แนะนำมาตรวจตามนัดของแพทย์และรับประทานยาบำรุงสม่ำเสมอ **การประเมินผลการพยาบาล** ปัญหานี้หมดไป หลัง GA 20 wks สตรีตั้งครรภ์ไม่มีภาวะเลือดออกทางช่องคลอด
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ และเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์เนื่องจากเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์	**กิจกรรมการพยาบาล** แนะนำให้งดอาหารที่มีน้ำตาลสูง เพื่อจำกัดจำนวนน้ำตาลที่เข้าสู่ร่างกาย ป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ น้ำตาล น้ำผึ้ง ขนมหวานต่างๆ น้ำหวาน น้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่นทุเรียน ลำไย ขนุน มะม่วงสุก อุ่น แตงโม เป็นต้น แนะนำออกกำลังกาย ให้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อให้หลอดเลือดฝอยของกล้ามเนื้อที่กำลังทำงานถูกเปิด กลูโคสถูกนำไปใช้มากขึ้น และอินซูลินดูดซึมได้เร็วขึ้น ต้องระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อรู้สึกเหนื่อยต้องพัก โดยมีหลักในการออกกำลังกายดังนี้ เริ่มออกกำลังกายในระยะเวลาสั้นแต่สม่ำเสมอแบ่งทำวันละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที ควรทำทุกขั้นตอนของการบริหารจากการออกำลังกายที่ง่ายไปท่าที่ยาก เพื่อให้ร่างกายมีการเผาผลาญเซลล์ระดับกล้ามเนื้อ ตามระยะการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ไม่ควรออกกำลังกายเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เหนื่อยมาก หายใจไม่สะดวก ทารกในครรภ์ดิ้นมากหรือน้อยกว่าปกติ แนะนำการตรวจชีพจรหลังออกกำลังกาย โดยชีพจรหลังออกกำลังกายไม่ควรเกิน 120 ครั้ง/นาที ท่าออกกำลังกายที่แนะนำได้แก่ ท่ายืดกล้ามเนื้อด้านข้างลำตัว ท่ายืดกล้ามเนื้อขา ท่ายืดหลังส่วนล่าง และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้านข้างลำตัว ท่ายืดหลังส่วนล่าง และช่วยลดกระดูกสันหลังส่วนเอวที่อาจจะแอ่นมากเกินไป ท่าที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสะโพกและหลัง เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสะโพก เฝ้าระวังค่าน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองตามแผนการรักษาของแพทย์และบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ หากพบว่าค่าน้ำตาลในเลือดไม่เป็นไปตามเกณฑ์ให้พิจารณาปรับเปลี่ยน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	รายการอาหารที่ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แนะนำมาตรวจตามนัดของแพทย์และรับประทานยาบำรุงสม่ำเสมอ **การประเมินผลการพยาบาล** ระหว่างตั้งครรภ์และควบคุมอาหารที่มีน้ำตาลและแป้งต่ำ ตรวจน้ำตาลด้วยตนเองโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว Self-monitoring of blood glucose(SMBG) ตามแผนการรักษาของแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำและอาหารมื้อเช้าอยู่ระหว่าง 65-100 mg/dL และน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารทุกมื้ออยู่ระหว่าง 75-135 mg/dL ไม่พบอาการของภาวะน้ำตาลต่ำ ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น หน้ามืด ใจสั่น เวียนศีรษะ คล้ายจะเป็นลมหรือซึมลง หรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย กระหายน้ำ ระหว่างตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำจากโภชนากรที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเรื่องการควบคุมอาหารเพื่อลดระดับน้ำตาล ปัญหานี้ต้องดูแลตลอดการตั้งครรภ์จนกว่าจะสิ้นสุดการตั้งครรภ์
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์	**กิจกรรมการพยาบาล** อธิบายให้สตรีตั้งครรภ์ทราบเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และแผนการรักษาของแพทย์ ชั่งน้ำหนักและประเมินการขึ้นของน้ำหนักทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ หากพบผิดปกติส่งพบแพทย์ แนะนำสตรีตั้งครรภ์สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นลิ้นปี่ บวมทั้งตัว เปรียบเทียบน้ำหนักตัวใน 1 สัปดาห์เพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์ ประเมินและสังเกตภาวะบวมของร่างกายและเท้าประเมินกิจกรรมประจำวันของสตรีตั้งครรภ์ที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะเครียดและชักนำทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เพื่อร่วมหาแนวทางในการปรับกิจกรรมให้ได้พักผ่อนมากขึ้น ช่วยลดความดันโลหิตสูง แนะนำสตรีตั้งครรภ์ดูแลตนเองที่บ้าน ด้านโภชนาการ ลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม งดการใช้ผงชูรส หรือผงปรุงรสที่มีปริมาณโซเดียมสูงในการประกอบอาหาร รับประทานอาหารประเภทโปรตีนและมีกากใยเพิ่ม เพื่อช่วยในการขับถ่าย แนะนำรับประทานยาตามแพทย์สั่งคือ ASA(81) 2 เม็ดก่อนนอน และ $CaCO_3$ ขนาด 1,000 mg รับประทานครั้ง 1 เม็ดหลังอาหารมื้อเย็น แนะนำพักผ่อนให้เพียงพอ นอนหลับพักผ่อนช่วงกลางวัน 10 -15 นาที แนะนำสังเกตเด็กดิ้น นับเด็กดิ้น และบันทึกเด็กดิ้นทุกวัน ให้ความรู้เรื่องการเตรียมตัววางแผนการคลอด แนะนำมาตรวจตามนัดของแพทย์และรับประทานยาบำรุงสม่ำเสมอ **การประเมินผลการพยาบาล** ช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์จนกระทั่งสิ้นสุดการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมพวงตรวจวัดความดันโลหิต Systolic อยู่ระหว่าง 120-139 mmHg และความดันโลหิต diastolic อยู่ระหว่าง 67-94 mmHg ตรวจปัสสาวะทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ ผล Urine (Strip) Albumin negative สอบถามสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับอาการที่สงสัยว่าจะเป็นครรภ์เป็นพิษทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นลิ้นปี่ บวมทั้งตัว น้ำหนักของสตรีตั้งครรภ์ลดลงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์เนื่องจากต้องควบคุมอาหาร ปัญหานี้ต้องดูแลตลอดการตั้งครรภ์จนกว่าจะสิ้นสุดการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ยังต้องรับประทานยาป้องกันครรภ์เป็นพิษต่อเนื่องจนอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ คือพยาบาลแนะนำหยุดรับประทานยาวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2568 สตรีตั้งครรภ์รับทราบ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อทารกในครรภ์น้ำหนักน้อยเนื่องจากการควบคุมอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์	**กิจกรรมพยาบาล** อธิบายพยาธิสภาพของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกี่ยวกับผลกระทบทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ประเมินน้ำหนักของสตรีตั้งครรภ์ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์เปรียบเทียบกับการฝากครรภ์ในครั้งก่อน หากมีน้ำหนักที่ลดลง ให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนเพิ่มขึ้นและส่งพบโภชนากร ตรวจวัดระดับยอดมดลูกเทียบกับอายุครรภ์ โดยการวัด SFH ถ้าความสูงของยอดมดลูกไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์ ส่งพบแพทย์เพื่อประเมินทารกในครรภ์โดยการอัลตร้าซาวน์ ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกด้วย Doptone ให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์ด้วย สร้างความมั่นใจให้สตรีตั้งครรภ์ว่าทารกในครรภ์มีความปลอดภัยและมีชีวิตอยู่ แนะนำเรื่องโภชนาการที่จะส่งเสริมสุขภาพทารกในครรภ์ และการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก การรับประทานยาป้องกันครรภ์เป็นพิษ จนถึง 36 สัปดาห์ สอนและแนะนำวิธีการบันทึกเด็กดิ้นเพื่อเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ป้องกันการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ หากพบความผิดปกติการดิ้นของทารกในครรภ์ลดลงหรือไม่ครบ 10 ครั้งต่อวันให้รีบมาโรงพยาบาล แนะนำมาตรวจตามนัดของแพทย์และรับประทานยาบำรุงสม่ำเสมอ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	การประเมินผลการพยาบาล ปัญหานี้ต้องได้รับการดูแลตลอดการตั้งครรภ์จนสิ้นสุดการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์รับประทานยาเสริมธาตุ ASA และ CaCO3 ตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ลดการรับประทานปริมาณข้าวขาว เพิ่มโปรตีนจากไข่และปลาและเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ ผลการตรวจยอดมดลูกมีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ ส่งตรวจอัลตร้าซาวน์ตามเกณฑ์ดังนี้ ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ ช่วงอายุครรภ์ 16-20 สัปดาห์และ 34-36 สัปดาห์เพื่อคัดกรองความผิดปกติของทารกในครรภ์เบื้องต้น ผลอัลตร้าซาวน์ที่อายุครรภ์ 37+6สัปดาห์ ที่คลินิก ทารกในครรภ์น้ำหนัก 2,600 กรัม P(50-90) ผลการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนัก 3,080 กรัม
การพยาบาลระยะหลังคลอด โดยการติดตามการเยี่ยมบ้านสตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นสิ่งสำคัญเพื่อประเมินสุขภาพของมารดาและทารกหลังคลอด และให้คำแนะนำในการจัดการเบาหวานและส่งเสริมสุขภาพที่ดี การเยี่ยมบ้านเน้นการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด, การสังเกตอาการผิดปกติ, การให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย และการให้นมบุตร รวมถึงการดูแลสุขภาพจิตของมารดาด้วย **การเยี่ยมครั้งที่ 1** วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 หลังคลอด 4 วัน เยี่ยมหลังคลอดที่บ้าน ประเมินสภาพร่างกายสตรีหลังคลอดและทารกโดยใช้หลัก 13B **ปัญหาที่พบ** **1.เสี่ยงแผลฝีเย็บติดเชื้อ** **2.ปวดแผลฝีเย็บระดับ Pain Score 6 คะแนน** **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อแผลฝีเย็บติดเชื้อเนื่องจากสตรีหลังคลอดเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์**	**กิจกรรมการพยาบาล** ซักประวัติและประเมินแผลฝีเย็บและน้ำคาวปลา ถ้าพบความผิดปกติ ได้แก่ แผลฝีเย็บบวม แดง ร้อน และมีหนอง ให้ส่งพบแพทย์ แนะนำการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ โดยการทำความสะอาดเช็ดจากด้านหน้าไปด้านหลัง ไม่ย้อนไปมา แนะนำเปลี่ยนผ้าอนามัยทุกครั้งที่ผ้าอนามัยเปียกชุ่ม หรือทุก 3 ชั่วโมง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ส่งเสริมการหายของแผลฝีเย็บ เช่น อาหารที่มีโปรตีนสูง เนื้อสัตว์ วิตามินซี แนะนำไม่อั้นปัสสาวะ เมื่อปวดปัสสาวะให้รีบขับถ่าย เพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายของสตรีหลังคลอด แนะนำเการเคลื่อนไหวร่างกายต้องระวังไม่ให้กระทบแผลฝีเย็บ เลี่ยงการนั่งทับแผลนาน ควรเปลี่ยนท่าทางบ่อยๆ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ส่งเสริมให้แผลหายเร็วขึ้น งดการมีเพศสัมพันธ์จนกว่าแผลจะหายสนิท **การประเมินผลการพยาบาล** ประเมินผลวันที่ 7 มีนาคม 2568 เมื่อมาตรวจหลังคลอดครั้งที่2 ที่โรงพยาบาลชุมพวง แผลฝีเย็บไม่ติดเชื้อ สตรีหลังคลอดยังบ่นปวดแผลฝีเย็บ Pain Score 3 คะแนน
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 สตรีหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลฝีเย็บและปวดมดลูก	**กิจกรรมการพยาบาล** วัดสัญญาณชีพ สอบถามอาการทั่วไป ตรวจภายในและประเมินแผลฝีเย็บ พูดคุยซักถามอาการเจ็บปวด ประเมินความเจ็บปวดของสตรีหลังคลอดเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง โดยประเมินจากสิ่งต่อไปนี้ สังเกตอาการแสดงความเจ็บปวด เช่น สีหน้าแสดงความเจ็บปวด พูดบ่นถึงความเจ็บปวด ท่าทางการเคลื่อนไหว ซักถามถึงอาการปวดต่าง ๆ หลังคลอด ประเมินคะแนน อาการเจ็บแผลฝีเย็บและอาการปวดหน่วงท้องน้อย แนะนำท่านอนในท่าที่สบาย บรรเทาความเจ็บปวด เช่น แนะนำให้นอนตะแคงด้านตรงข้ามกับที่มีแผลฝีเย็บให้ขมิบก้นก่อนนั่ง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บโดยตรงที่แผลฝีเย็บ จัดให้นั่งบนหมอนรองก้น (หมอนโดนัท) ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดแผลฝีเย็บขณะนั่ง แนะนำการเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผลฝีเย็บอธิบายกลไกของการเจ็บปวดภายหลังคลอด เพราะมดลูกหดรัดตัวเพื่อเข้าสู่สภาพปกติ สอนเทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวด โดยการบริหารการหายใจเป็นจังหวะการเปลี่ยนท่านั่งหรือนอนให้รู้สึกสบายขึ้น แนะนำและจัดให้นอนคว่ำใช้หมอนรองบริเวณหน้าท้อง จะช่วยให้น้ำคาวปลาไหลสะดวก ลดอาการปวดมดลูก และให้บริหารกล้ามเนื้อ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เชิงกรานโดยการขมิบช่องคลอดจะช่วยให้เลือดไหลเวียนดี พูดคุยให้กำลังใจ ช่วยเบี่ยงเบนความเจ็บปวดลดลง นัดตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลวันที่ 7 มีนาคม 2568 สตรีตั้งครรภ์รับทราบ **การประเมินผลการพยาบาล** มีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสไม่บ่นเจ็บปวดแผลฝีเย็บมดลูก และปวดมดลูกพอทน Pain Score 3 คะแนน สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติเจ็บปวดน้อยลงและพักผ่อนได้ ปัญหานี้ยังคงอยู่ วางแผนติดตามเมื่อตรวจหลังคลอดครั้งที่2 การพยาบาลระยะหลังคลอดระยะปลาย (นับจากสัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 6 มี 2 ระยะได้แก่ 1.ระยะหลังคลอด 8-15 วัน ปัญหาที่พบ ทารกดูดนมแม่จากเต้าไม่ได้เนื่องจากหัวนมมารดาสั้น
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ทารกเสี่ยงต่อน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์เนื่องจากได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ	**กิจกรรมการพยาบาล** วัดสัญญาณชีพสตรีหลังคลอดและทารกพูดคุยให้กำลังใจสตรีหลังคลอดให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ สอบถามและประเมินการให้นมบุตร เช่นเวลาให้นม ปริมาณนมแม่ที่ได้รับ มีวิธีการให้ทารกแรกเกิดได้รับนมมแม่อย่างไร ชมเชยและให้กำลังใจสตรีหลังคลอดที่มีการจัดการให้นมแม่แก่ทารกได้ แนะนำโภชนาการที่มีประโยชน์สำหรับสตรีหลังคลอด แนะนำสตรีตั้งครรภ์ประเมินน้ำหนักทารกที่ควรเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุระหว่างที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก Triferdine 90 เม็ด รับประทานวันละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า แก่สตรีหลังคลอดเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในทารกแรกเกิดตามชุดสิทธิประโยชน์ สตรีหลังคลอดของสปสช. รับประทานต่อเนื่องระหว่างให้นมบุตร **การประเมินผลการพยาบาล** สตรีตั้งครรภ์มาตรวจหลังคลอดครั้งที่ 2 บอกว่าทารกสามารถดูดนมแม่จากขวดได้โดยปั๊มนมเก็บไว้ในตู้เย็น เนื่องจากน้ำนมไหลดีบางครั้งปั๊มให้ดูดทันที ประเมินโดยชั่งน้ำหนักทารกได้ 3,540 กรัม ในระยะเวลา 11 วันถือว่าขึ้นตามเกณฑ์แต่ต้องติดตามในครั้งต่อๆไปด้วย
2.ระยะหลังคลอด 16-42 วัน ปัญหาที่พบ สตรีหลังคลอดไม่คุมกำเนิดแบบถาวรเพราะกลัวเจ็บป่วยจากการทำหมัน **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำเนื่องจากไม่ได้คุมกำเนิดแบบถาวร**	**กิจกรรมการพยาบาล** วัดสัญญาณชีพ สอบถามอาการทั่วไปและติดตามเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้คำปรึกษาเรื่องวิธีการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม ตรวจภายในและประเมินแผลฝีเย็บ ประเมินผลการพยาบาลครั้งก่อนเมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2568 ให้คำแนะนำและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน จ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก Triferdine 90 เม็ด รับประทานวันละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า แก่สตรีหลังคลอดเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในทารกแรกเกิดตามชุดสิทธิประโยชน์สตรีหลังคลอดของสปสช. รับประทานต่อเนื่องระหว่างให้นมบุตร นัดตรวจติดตามค่าน้ำตาลในเลือดหลังคลอด วันที่ 9 เมษายน 2568 **การประเมินผลการพยาบาล** สตรีหลังคลอดเลือกวิธีการฉีดยาคุมกำเนิด และรับทราบเรื่องการนัดหมายตรวจติดตามค่าน้ำตาลในเลือด ระยะการติดตามค่าน้ำตาลหลังคลอด เนื่องจากมีความเสี่ยงเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำเป็นต้องติดตามค่าน้ำตาลในเลือดหากพบความผิดปกติจะได้วางแผนการดูแลรักษา
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11 เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 หลังคลอด	**กิจกรรมการพยาบาล** ตรวจวัดสัญญาณชีพ สอบถามอาการทั่วไป แนะนำส่งเสริมโภชนาการหลังคลอดและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งตรวจน้ำตาล 75 gm OGTT และส่งพบแพทย์ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงในการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การควบคุมอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง การออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อเผาผลาญไขมัน นอนพักผ่อนให้เพียงพอ ขจัดความเครียด ตรวจสุขภาพประจำปีทุกปีเพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้น **การประเมินผลการพยาบาล** วันที่ 9 เมษายน 2568 หลังคลอด 44 วัน ติดตามตรวจ FBS และ 2hrs PP 75 gms OGTT ผลตรวจ FBS - 78 mg/dL, 2 hrs PP-142 mg/dL แพทย์วินิจฉัย Impaired fasting Glucose แนะนำให้ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค และตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี ปัญหานี้ต้องการดูแลต่อในเรื่องการคัดกรองสุขภาพประจำปีเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจน้ำตาล 75 gm OGTT

ค่าปกติ(mg/dL)	Impaired Glucose Tolerance (mg/dL)	เบาหวาน(mg/dL)	กรณีศึกษา
Fasting < 100	100 – 125	≥126	78
2 hours< 140	140 -199	≥ 200	142

สรุปและอภิปรายผล

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะอ้วนร่วมกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) จะเน้นที่การจัดการดูแลทั้งสองภาวะนี้ รวมถึงการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด การปรับเปลี่ยนอาหารและวิถีชีวิต และการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ การสนับสนุน และเสริมพลังให้สตรีตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ การวางแผนการพยาบาลที่สำคัญได้แก่ การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินและบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ ทั้งขณะอดอาหารและหลังอาหาร การให้คำปรึกษาทางโภชนาการ ให้คำแนะนำด้านโภชนาการแบบรายบุคคล โดยเน้นที่การรับประทานอาหารที่สมดุลพร้อมปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ควบคุมและเน้นที่อาหารที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สนับสนุนการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามศักยภาพของร่างกาย[3] การควบคุมน้ำหนัก ติดตามการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตลอดการตั้งครรภ์ การติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ ประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ด้วยอัลตราซาวนด์และการติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ การให้คำแนะนำและการสนับสนุน ให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์และภาวะอ้วน รวมถึงความสำคัญของการติดตามค่าน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ติดตามสัญญาณและอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น ครรภ์เป็นพิษ การติดเชื้อ[4] และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์มากหรือน้อยเกินไป[5] การดูแลด้านจิตสังคม คอยให้คำปรึกษาการให้กำลังใจ การส่งต่อและความร่วมมือ ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ เช่นแพทย์เฉพาะทางและร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้แน่ใจว่าได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม สำหรับภาวะอ้วน[6] ควรมีการให้คำปรึกษาก่อนตั้งครรภ์ เน้นย้ำถึงความสำคัญของการลดน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์เพื่อลดความเสี่ยงของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และเพื่อการป้องกันการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคตจำเป็นต้องมีการติดตามค่าน้ำตาลในเลือดหลังคลอด เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพให้ปลอดภัยจากโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆในอนาคต[7]

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. (2567). สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัย ราชภัฏสวนสุนันทา.
2. กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลชุมพวง. (2568). รายงานการให้บริการฝากครรภ์แก่สตรีตั้งครรภ์ในเขตตำบลชุมพวง. โรงพยาบาลชุมพวง.
3. กาญจนา ศรีสวัสดิ์. (2564). การพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. (2565). การพยาบาลและการผดุงครรภ์สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน. (พิมพ์ครั้งที่2). สยามพิมพ์นานา.
5. นันทพร แสนศิริพันธ์, ฉวี เบาทรวง. (2561). การพยาบาลและผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน (พิมพ์ครั้งที่2). สมาร์ทโคตรติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด.

6. พรศิริ พันธศรี. (2566). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก.(พิมพ์ครั้งที่29). ห้างหุ้นส่วนจำกัดพิมพ์อักษร.
7. สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ. (2559). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน (พิมพ์ครั้งที่ 1). สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

การเปรียบเทียบคะแนนความปวด ระหว่างการนวดประคบสมุนไพร กับการนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชาในผู้ป่วยไมเกรน

Comparison of Pain Scores Between Herbal Compress Massage and Herbal Compress Massage Combined with Cannabis Oil Application in Patients with Migraine.

(Received: August 18,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 26,2025)

เพ็ชรมะณี พลราชม[1]
Petmanee Polrachom[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนด้วยการนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชา เปรียบเทียบคะแนนความปวด ความรู้สึกปวด กลุ่มตัวอย่าง 68 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่รักษาด้วยนวดประคบสมุนไพร และกลุ่มที่รักษาด้วยการนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชา รักษาติดต่อกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด ความรู้สึกปวด โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่รักษาด้วยการนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชา มีคะแนนความปวดก่อนการรักษาเท่ากับ 5.58 (SD .26) หลังการรักษาคะแนนความปวดเท่ากับ 2.58 (SD .15) ระดับรู้สึกปวดเล็กน้อย 1.25 (SD .61) กลุ่มที่รักษาด้วยการนวดประคบสมุนไพร ก่อนทำการรักษา คะแนนความปวดเท่ากับ 5.91 (SD .25) หลังการรักษาคะแนนความปวดเท่ากับ 3.47 (SD .17) และยังมีระดับความรู้สึกปวดจนรบกวนการดำเนินชีวิต 1.91 (SD .28) เมื่อนำทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกัน ทั้งคะแนนความปวดและความรู้สึกปวด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p<.05$
คำสำคัญ: ไมเกรน การนวด การประคบสมุนไพร น้ำมันกัญชา

Abstract

This study was quasi-experimental research aimed at examining. The therapeutic effects of herbal compress massage combined with cannabis oil on migraine headache. The objective was to compare pain scores and pain perception between two groups of participants a total of 68 participants were included in the study and were divided into two groups: one group received herbal compress massage only, and the other group received herbal compress massage combined with cannabis oil. Each group received treatment once per week for a duration of one month. Data were analyzed to compare the differences in mean pain scores between the two groups using the Independent t-test, with the level of statistical significance set at .05.

Results the study found that the group treated with herbal compress massage combined with cannabis oil had a pre-treatment pain score of 5.58 (SD. = 0.26) and a post-treatment pain score of 2.58 (SD. = 0.15). The pain perception level was reduced to 1.25 (SD. = 0.61), indicating mild pain in contrast, the group treated with herbal compress massage alone had a pre-treatment pain score of 5.91 (SD.= 0.25) and a post-treatment pain score of 3.47 (SD. = 0.17). The pain perception level was 1.91 (SD. = 0.28), indicating pain that interfered with daily life. When comparing the two groups, both the pain scores and pain perception levels showed a statistically significant difference at the level of $p < .05$.
Keywords: Migraine, Massage, Herbal Compress, Cannabis Oil

[1] แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

บทนำ

ไมเกรน (Migraine) หมายถึง โรคปวดหัวข้างเดียวลมตะกังก็เรียก) เป็นโรคหนึ่งใน 4 ที่กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกมีนโยบาย[1,2] ให้เปิดเป็นคลินิกการรักษาเฉพาะโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของประชากรทั่วไปพบได้ในคนทุกวัยแต่พบมากในช่วงอายุ 10–30 ปี พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายโรคนี้มักเป็นๆ หายๆ เรื้อรังเป็นแรมปีเริ่มเป็นครั้งแรกตอนย่างเข้าวัยรุ่นหรือระยะหนุ่มสาว โดยเฉพาะผู้ป่วยหญิง มักเป็นโรคนี้ตอนเริ่มมีประจำเดือน บางรายเริ่มเป็นโรคนี้ตั้งแต่เด็ก ซึ่งมักมีอาการปวดท้อง เมารถเมาเรือด้วยมีน้อยคนที่จะมีอาการเป็นครั้งแรกเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป[3] แต่ผู้หญิงที่เคยเป็นไมเกรนมาก่อน เมื่อถึงวัยประจำเดือนใกล้หมด (40-50 ปี) อาจมีอาการปวดศีรษะบ่อยขึ้น โรคนี้มักจะหายไปเองเมื่ออายุ 50 ปี ขึ้นไป ไมเกรนจัดว่าเป็นโรคที่ไม่มีอันตรายร้ายแรงแต่สร้างความรำคาญเป็นอุปสรรคแก่การทำงาน สันนิษฐานว่ามีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของระบบประสาทและหลอดเลือดแดงในสมอง[4] ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองที่มีชื่อว่า ซีโรโทนิน (serotonin) พบว่ามีปริมาณลดลงขณะที่มีอาการกำเริบ ร่วมกับสารเคมีในสมองกลุ่มอื่นๆ ส่งผลให้เกิดการอักเสบของเส้นใยประสาทสมองเส้นที่ 5 (trigeminal never fiber ที่เลี้ยงบริเวณใบหน้าและศีรษะ) รวมทั้งการอักเสบร่วมกับการหดและขยายตัวของหลอดเลือดแดงทั้งใน และนอกกะโหลกศีรษะทำให้เปลือกสมอง (cortex) มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง กระตุ้นให้เกิดอาการปวดศีรษะและอาการร่วมต่างๆ ขึ้นมา สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด ทราบว่าไม่มีความผิดปกติของโครงสร้างทางกาย (รวมทั้งสมอง) แต่ทุกครั้งที่กำเริบ จะมีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและกลไกทางประสาทภายในสมองและบริเวณใบหน้า กล่าวคือ หลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะหดตัว ในขณะที่หลอดเลือดภายนอกกะโหลกศีรษะ (เช่น ที่ขมับ) พองตัว และประสาทไวต่อสิ่งกระตุ้นให้เกิดการเจ็บปวด ทำให้มีอาการปวดศีรษะที่มีลักษณะจำเพาะ และอาการต่าง ๆ ร่วมด้วย[1-5]

ทฤษฎีอาการปวดศีรษะไมเกรนทางแพทย์แผนไทย ลมตะกัง ลมปะกัง เป็นชื่อโรคลมชนิดหนึ่งตามตำราแพทย์แผนโบราณ ที่เกิดขึ้นบริเวณศีรษะด้านใดด้านหนึ่ง หรือ ปะกัง ชื่อโรคลมชนิดหนึ่ง ตามตำราแพทย์แผนโบราณว่า ทำให้มีอาการปวดหัวเวลาเช้าๆ ปวดกระบอกตา เมื่อเห็นแดดจะลืมตาไม่ขึ้น เรียกว่า ลมปะกังตะกัง ก็ว่า ลมปะกังโรคชนิดหนึ่ง ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมาก อาจจะปวดข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้[2] บางตำราว่า โรคเลือดและลม ในพระคัมภีร์ชวดาร เป็นเหตุแห่งวาตะ ทำให้กระทบการทำงานของวาตะ กระทบที่ตั้งของจิตใจคือหทัยวาตะ และกระทบระบบการไหลเวียนโลหิต การทำงานหนักเกินกำลัง การพักผ่อนไม่เพียงพอ การกินอาหารธาตุร้อนจัดปิตตะกำเริบ[3] และเกิดการติดขัดของวาตะจนเกิดเป็นลมปะกังไปในที่สุด การวินิจฉัยเปรียบเทียบกับการแพทย์แผนปัจจุบัน หากเทียบเคียงตามอาการแล้วอาการของโรคปวดศีรษะไมเกรนอาจจะดูใกล้เคียงกันกับลมปะกังหรือลมตะกังมากที่สุด วิธีการนวดแก้ปวดไมเกรนจึงเป็นหนึ่งในหลายวิธีที่ใช้บรรเทาอาการปวดไมเกรนได้ดี การนวดกดจุดจะช่วยบรรเทาอาการปวดหัว เวียนหัวได้ ช่วยกระตุ้นให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น ลดอาการตึงเกร็งของกล้ามเนื้อคอบ่า ระหว่างนวดกดจุดนั้น ยังช่วยบำบัดอาการทางจิตใจได้ ช่วยให้คลายเครียด กระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด การนวดที่ได้ผลดีนั้นเมื่อกดไปแล้วต้องรู้สึกตึง ๆ หน่วง ๆ บริเวณตำแหน่งที่กด เพราะความรู้สึกเหล่านี้จะช่วยกระตุ้นระบบประสาท ให้เลือดไหลเวียนได้ดียิ่งขึ้น ทำให้ออกซิเจนและสารอาหารสามารถเลี้ยงร่างกายได้ทั่วถึง [5,6]

น้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา) เริ่มแรกมรการผลิตเพื่อใช้สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการติดตามผลการใช้น้ำมันกัญชาเท่านั้นห้ามจำหน่าย โดยสารสกัดกัญชาในน้ำมันมะพร้าว ความเข้มข้น 10% ของน้ำหนักกัญชาแห้งรูปแบบยายาน้ำมันรับประทานขนาด 1 หยด ทางปาก แล้วปรับขนาดใช้ตามคำสั่งของแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการสกัดกัญชาซึ่งอาจเกิดจากส่วนประกอบอื่นๆ (ในผลิตภัณฑ์นี้ มีส่วนผสมของน้ำมันมะพร้าว) ห้ามใช้กัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ขั้นรุนแรง หรือไม่สามารถคุมอาการได้ เช่น ยังมีอาการกำเริบบ่อยๆ ของการปวดเค้นหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ[7] ความดันตก เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงหัวใจขาดเลือด รวมถึงห้ามใช้ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ห้ามใช้กัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC (delta-9 - tetrahydrocannabinol) เด่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งกัญชาที่มีสาร THC ความเข้มข้นสูงในผู้ป่วยที่มีประวัติความผิดปกติทางจิตเวช (เช่น โรคจิต โรคจิตเภท ภาวะวิตกกังวล และความผิดปกติทางอารมณ์) และภายหลังจากการมีการศึกษาในระยะแรก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจึงระบุสรรพคุณออกมาชัดเจนว่าสามารถใช้น้ำมันกัญชา สูตรอาจารย์เดชาในผู้ป่วย พาร์กินสัน อาการต่างที่เกิดจากมะเร็ง และไมเกรน[2,9]

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินเริ่มเปิดให้บริการน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา โดยจากการเปิดให้บริการ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาด้วยน้ำมันกัญชา อาการที่พบบ่อยและมารับน้ำมันกัญชา คือ โรคไมเกรน พบว่าผู้ป่วยมักมีอาการปวดร่วมกับอาการนอนไม่หลับ จากการที่เปิดให้บริการที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วย มีอาการปวดลดลง อีกทั้งผู้ป่วยที่ใช้นำมันกัญชาใต้ดินกลับมาใช้น้ำมันกัญชาที่กรมการแพทย์แผนไทยผลิตและเข้าสู่ระบบมากขึ้น แต่ยังขาดการศึกษาอย่างเป็นรูปธรรมในแง่ของการจัดอาการปวด ในผู้ป่วยรับการรักษาด้วยน้ำมันกัญชาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัย ตอบสนองนโยบายของรัฐบาล รวมทั้งเป็นการสร้างทางเลือกให้ผู้ป่วยในการรักษาผู้ศึกษาวิจัยจึงต้องการศึกษาผลการใช้น้ำมันกัญชาในผู้ป่วยไมเกรนในด้านของการลดปวด

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบคะแนนความปวด ความรู้สึกปวดศีรษะไมเกรนระหว่างการนวดราชสำนัก กับการนวดราชสำนักร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา

2. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความพึงพอใจการรักษาผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนระหว่างการนวดราชสำนัก กับการนวดราชสำนักร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่รับการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนด้วยการนวดประคบสมุนไพร และกลุ่มที่รับการรักษาด้วยการนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชา เปรียบเทียบคะแนนปวด ละความพึงพึงใจในการรักษา โดยรักษาติดต่อกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน1เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรน ที่เข้ารับการรักษาที่งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร โดยประชากรที่ทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นผู้ป่วยไมเกรน หรือแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ วินิจฉัยโรคลมปะกัง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดจำนวน 68 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่รักษาด้วยการนวดราชสำนักประคบสมุนไพร 34 ราย และกลุ่มที่นวดราชสำนักประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา 34 ราย มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน หรือลมปะกัง ที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

2. ไม่มีโรคประจำตัวที่ส่งผลหรือมีผลกระทบต่อการรักษา เช่น สมองกระทบกระเทือน มีการบาดเจ็บของอวัยวะต่างๆ หรือภาวะแทรกซ้อนใดๆ เช่นโรคลมชัก โรคผิวหนังเรื้อรัง เป็นต้น

3. ไม่มีประวัติติดยาเสพติด

4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิตประสาท

5. มีคะแนนระดับความปวด 4 คะแนนขึ้นไป

6. แพทย์เจ้าอนุญาตให้เข้าร่วมในการวิจัย

7. ยินดีเข้าร่วมการในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มารับบริการครั้งแรกและไม่สามารถมาติดตามอาการหรือรักษาต่อเนื่องได้

2. มีโรคประจำตัวที่ร้ายแรง

3. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือใช้ในการทดลอง

1.1 น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชาสูตร 0.2 ผลิตจากโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร จังหวัดสกลนคร

1.2 ลูกประคบสมุนไพร ผลิตจากจากโรงพยาบาลพระอาจารย์ฟั่นอาจาโร จังหวัดสกลนคร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัว การแพ้สมุนไพร และประวัติการเจ็บป่วย ระสบการณ์การใช้น้ำมันกัญชา ลักษณะการใช้ ความถี่ในการปวด (ครั้ง/วัน)

2.2 แบบบันทึกการตรวจและการวัดระดับความเจ็บปวด ก่อน – หลังการรักษา ใช้วิธีการประเมินของ แบ่งน้ำหนักออกเป็นช่วง ๆ ดังนี้

0 ไม่มีอาการปวด

1 - 2 มีอาการปวดเล็กน้อย

3 - 4 มีอาการปวดปานกลาง

5 - 6 มีอาการค่อนข้างปวดมาก

7 - 8 มีอาการปวดมาก

9 - 10 มีอาการปวดจนทนไม่ได้

2.3 ระดับความรู้สึกอาการปวดให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมาย (/) ลงในคำตอบที่มีอาการปวดที่ผู้ป่วยปวดในขณะที่ได้รับการประเมินโดยประเมินจากความรู้สึก แบ่งเป็น 6 ระดับ 0 – 6 ดังนี้

0 ไม่ปวด

1 ปวดเล็กน้อย

2 ปวดพอรำคาญ

3 ปวดจนรู้สึกรบกวนการดำเนินชีวิต

4 ปวดจนรู้สึกทรมาน

5 ปวดมากจนทนไม่ได้

2.4 ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความพึงพอใจต่อการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน ลมปะกัง โดยกำหนดค่าน้ำหนักของคะแนนตามแบบของ Likert Scale แบ่งคำตอบเป็น 5 ระดับ โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 คะแนน = ความพึงพอใจมากที่สุด

4 คะแนน = ความพึงพอใจมาก

3 คะแนน = ความพึงพอใจปานกลาง

2 คะแนน = ความพึงพอใจน้อย
1 คะแนน = ความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความปวด แบ่งน้ำหนักออกเป็นช่วง ๆ ได้วัดค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ใช้เกณฑ์ของ Mulzac สามารถวัดในเรื่องเดียวกัน Internal consistency วัดเป็นค่า Cronbach, s alpha มีค่าเท่ากับ 0.7881 และค่า Interrater validity ในส่วน Present pain intensity (PPI) มีค่า Kappa เท่ากับ 0.75 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย 1 ท่าน แพทย์แผนไทยประยุกต์ 1 ท่าน พยาบาล 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ซึ่งได้การประเมินเพื่อหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ที่ 0.78

ขั้นตอนในการเก็บรวบข้อมูล

โดยผู้วิจัยมีทีมวิจัยที่เป็นแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ เป็นผู้กระทำการนวดรักษาและประคบสมุนไพรให้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยมีขั้นตอนกิจกรรม 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์การมีอาการ บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สร้างสัมพันธภาพ ประเมินประสบการณ์การใช้น้ำมันกัญชา อาการปวด จากการสอบถามผู้ป่วย ทั้งเรื่อง การรับรู้ การตอบสนองของผู้ป่วยต่ออาการปวด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม และแจ้งวัตถุประสงค์การร่วมวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีในการจัดการ จัดกิจกรรมการจัดการอาการ ดังนี้

1. การให้ความรู้ เป็นรายบุคคล ในเรื่องการปฏิบัติตัว และในกลุ่มที่ใช้น้ำมันกัญชา ทั้งเรื่องอาการปวด วิธีการใช้น้ำมันกัญชา การปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ความผิดปกติและการป้องกัน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ และเข้าใจ อย่างเหมาะสม

2. สาธิตการออกกำลังกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ วิธีการหยดน้ำมันกัญชา

3. ประเมินความรุนแรงของความปวด ก่อนทำการรักษาทุกครั้งเริ่มต้นครั้งแรกที่เข้ารับบริการเป็นสัปดาห์ที่ 0 และประเมินสัปดาห์ที่ 4 รวมครบ 1เดือน ลงมือปฏิบัติโดยการนวดราชสำนัก 45 นาที ประคบสมุนไพรสด 15 นาที รวมถึงสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดมาก (Severe pain) ชา (Numbness) แก้ไขทันทีเมื่อเกิดอาการผิดปกติ

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล แบบบันทึกการตรวจและการวัดระดับความเจ็บปวด ก่อน–หลังการทดลองโดยวิธีการแปรผลแล้วนำมาวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 4 ระดับความรู้สึกอาการปวดในขณะนี้ ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมาย (/) ลงในคำตอบที่มีอาการปวดที่ผู้ป่วยปวดในขณะที่ได้รับการประเมิน

โดยทั้งสองกลุ่มผู้วิจัยประเมินอาการปวดก่อนรับการรักษา สัปดาห์แรก เป็นครั้งที่ 0 และจนครบสัปดาห์ที่ 4 เป็นครั้งที่ 3 นวดรักษาราชสำนักและประคบสมุนไพร รวม 4 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 5 การทำแบบประเมินระดับความพึงพอใจต่อการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ประสบการณ์การใช้กัญชาและลักษณะการใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่การแจกแจง ความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด ความรู้สึกปวดโดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน อ.สว่างแดนดิน จังหวัด

สกลนคร เลขที่ SWDCPH 2023 – 029 รหัสโครงการ 084/2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มที่เข้ารับการรักษาด้วยการนวดประคบสมุนไพร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 23 ราย ร้อยละ 61.8 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 – 40 ปี 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.8 มีอายุน้อยที่สุด 20 ปี และมากสุด 63 ปี มีสถานภาพสมรส 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.6 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.9 ประสบการรักษาอาการปวดไมเกรนพบว่าโดยส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.8 พบว่าส่วนใหญ่เป็นการรักษาโดยการ ทานยา การนวด การฝังเข็ม และวิธีการอื่น ๆ ตามลำดับ และพบว่ามีผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ในการใช้กัญชาแต่ไม่ได้ใช้เป็นประจำ 18 ราย โดยรูปแบบทั้งต้มในสดและในรูปแบบการแปรรูป ส่วนใหญ่มีความถี่ในการปวดไมเกรน1-2ครั้ง/สัปดาห์ 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.4 รองลงมาคือ น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.6

กลุ่มที่เข้ารับการรักษาด้วยการนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 19 ราย ร้อยละ 55.9 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 – 60 ปี 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.9 มีอายุน้อยที่สุด 22 ปี และมากสุด 64 ปี มีสถานภาพสมรส 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.6

ความรู้สึกปวด

กลุ่มนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชา ก่อนการรักษาส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึกปวดที่ระดับ 3 (ปวดจนรู้สึกรบกวนการดำเนินชีวิต) 17 ราย ระดับ 2 (ปวดพอรำคาญ) 11 ราย และระดับ 4 (ปวดทรมาน) 6 ราย ตามลำดับ หลังจากการรักษารู้สึกปวดระดับ 2 (ปวดพอรำคาญ) 20 ราย ระดับ1 (ปวดเล็กน้อย) 12 ราย และไม่ปวดเลย 2 ราย ตามลำดับ

ความรู้สึกปวดกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดประคบสมุนไพร ก่อนการรักษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.2 ประสบการรักษาอาการปวดไมเกรนพบว่าโดยส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.6 พบว่าส่วนใหญ่เป็นการรักษาโดยการ ทานยา การนวด การฝังเข็ม และวิธีการอื่น ๆ ตามลำดับ และพบว่ามีผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ในการใช้กัญชาแต่ไม่ได้ใช้เป็นประจำ 26 ราย โดยรูปแบบทั้งต้มในสดและในรูปแบบการแปรรูป ส่วนใหญ่มีความถี่ในการปวดไมเกรน น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.2 และมีความปวด 3-4 ครั้ง / สัปดาห์ 11 ราย คิดเป็น 32.4

คะแนนความปวด

ผลการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนด้วยการนวดประคบสมุนไพร และการรักษาด้วยการนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชา มีคะแนนปวดแบบประเมินความเจ็บปวด ก่อน – หลังการรักษา โดยแบ่งน้ำหนักออกเป็น 0-10 พบว่า กลุ่มที่รักษาด้วยการนวดประคบสมุนไพรก่อนทำการรักษาค่าคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 5.91 (SD. .25) หลังการรักษาอยู่ที่ระดับ 3.47 (SD. 17) คะแนนความปวดสูงสุด 9 และต่ำสุด 3 ในกลุ่มที่รักษาด้วยการนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชาก่อนทำการรักษาค่าคะแนนความปวดเท่ากับ 5.58 (SD..26) หลังการรักษาคะแนนความปวดเท่ากับ 2.58 (SD.15) คะแนนความปวดสูงสุด 8 คะแนน และต่ำสุด 3 คะแนน ระดับความรู้สึกปวดที่ระดับ 3 (ปวดจนรู้สึกรบกวนการดำเนินชีวิต) 20 ราย ระดับ 2 (ปวดพอรำคาญ) 6 ราย และระดับ4 (ปวดทรมาน) 7 ราย ตามลำดับ หลังจากการรักษารู้สึกปวดระดับ 2 (ปวดพอรำคาญ) 31 ราย และระดับ1 (ปวดเล็กน้อย) 3 ราย ตามลำดับ

การเปรียบเทียบคะแนนความปวด และความรู้สึกปวด ของผู้ป่วยไมเกรนที่รักษาด้วยนวดประคบสมุนไพร และกลุ่มที่รักษาด้วยการนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชา

การเปรียบเทียบคะแนนความปวด และความรู้สึกปวดก่อนเข้ารับการรักษากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความปวด และความรู้สึกปวดไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มที่ได้รับการนวด ประคบและใช้นำมันกัญชาร่วมด้วยมีคะแนนความปวด5.58 (SD .26) ความรู้สึกปวด 2.85 (SD .70)

กลุ่มที่นวดประคบเพียงอย่างเดียวมีคะแนนความปวด 5.91 (SD. 25) ความรู้สึกปวด 2.97 (SD .71) หลังเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง กลุ่มนวดประคบร่วมกับการใช้กัญชา มีค่าเฉลี่ยคะแนนปวดความปวดเท่ากับ 2.58 (SD .15) ความรู้สึกปวดเท่ากับ 1.25 (SD .61) และกลุ่มที่ได้รับการนวดประคบพียงอย่างเดียว มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเท่ากับ3.47 (SD .17) ความรู้สึกปวดเท่ากับ 1.91 (SD .28) เมื่อนำทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการเปรียบเทียบคะแนนความปวด และความรู้สึกปวดกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดประคบสมุนไพร และกลุ่มการนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชา n=68

คะแนนความปวดแบบประเมินความเจ็บปวด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	*p.*
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชา	5.58	.26	2.58	.15	.26	.794
กลุ่มนวดประคบสมุนไพร	5.91	.25	3.47	.17	4.04	.000
คะแนนความรู้สึกปวด						
กลุ่มนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชา	2.97	.71	1.25	.61	-.67	.513
กลุ่มนวดประคบสมุนไพร	2.85	.70	1.91	.28	-3.41	.002

สรุปผลและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบคะแนนความปวดและความรู้สึกปวดของกลุ่มที่รักษาด้วยนวดประคบสมุนไพร และกลุ่มที่รักษาด้วยการนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชา โดยรักษาติดต่อกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 1 เดือน ทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิงโดยส่วนใหญ่ และทั้งสองกลุ่มมีประสบการรักษาอาการปวดไมเกรนอย่างต่อเนื่อง เป็นการรักษาโดยการ ทานยา การนวด การฝั่งเข็ม และวิธีการอื่น ๆ และพบว่ามีผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ในการใช้กัญชาแต่ไม่ได้ใช้เป็นประจำ โดยรูปแบบทั้งต้มในสดและในรูปแบบการแปรรูป แต่ในกลุ่มผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนที่เข้ารับการรักษาด้วยการนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชา และพบว่ามีผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ในการใช้กัญชามากกว่า ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการค้นหาวิธีการในการรักษาตนเอง เนื่องจากการปวดไมเกรนมีความทรมานมีผลต่อคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก[8,11] สอดคล้องกับการศึกษาของ มกร ลิ้มอุดมพรและคณะ[15] พบว่ามีการเข้ารับการรักษาอาการปวดศรีษะไมเกรนด้วยวิธีการผสมผสานเป็นอย่างมากเพื่อที่จะเข้ารับการรักษาและช่วยให้อาการปวดไมเกรนลดลงอย่างเห็นชัด

ผลการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนด้วยการนวดประคบสมุนไพร และการรักษาด้วยการนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชา เปรียบเทียบคะแนนปวดแบบประเมินความเจ็บปวด ก่อน – หลังการ ทั้งสองกลุ่ม แบ่งน้ำหนักออกเป็น 0-10 พบว่า กลุ่มที่รักษาด้วยการนวดประคบสมุนไพร ก่อนทำการรักษาค่าคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 5.91 (SD. .25) หลังการรักษาอยู่ที่ระดับ 3.47 (SD. 17) คะแนนความปวดสูงสุด 9 และต่ำสุด 3 ในทางเดียวกันในกลุ่มที่รักษาด้วยการนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชา ก่อนทำการรักษาค่าคะแนนความปวดเท่ากับ 5.58

(SD..26) หลังการรักษาคะแนนความปวดเท่ากับ 2.58 (SD.15) คะแนนความปวดสูงสุด 8 คะแนน และต่ำสุด 3 คะแนน ความรู้สึกปวดในกลุ่มการนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชา มีคะแนน 0-5 ตั้งแต่รู้สึกไม่ปวดคือระดับ 0 ไปจนถึงปวดมากจนทนไม่ได้ คือระดับ 5 พบว่า กลุ่มนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชา ก่อนการรักษาส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึกปวดที่ปวดจนรู้สึกรบกวนการดำเนินชีวิตน้อยกว่ากลุ่มที่นวดและประคบสมุนไพรเพียงอย่างเดียว ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ50 ที่มีความปวดรบกวนการดำเนินชีวิต

การเปรียบเทียบคะแนนความปวด และความรู้สึกปวดก่อนเข้ารับการรักษากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความปวด และความรู้สึกปวดไม่แตกต่างกัน หลังเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง กลุ่มนวดประคบร่วมกับการใช้กัญชา มีค่าเฉลี่ยคะแนนปวดความปวดเท่ากับ 2.58 (SD .15) ความรู้สึกปวดเท่ากับ 1.25 (SD .61) และกลุ่มที่ได้รับการนวด ประคบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเท่ากับ3.47 (SD .17) ความรู้สึกปวดเท่ากับ 1.91 (SD .28) เมื่อนำทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ การศึกษานี้จึงจะสามารถเป็นข้อมูลให้เห็นได้ชัดเจนว่า กลุ่มที่รักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนด้วยการนวดราชสำนักและกลุ่มที่นวดประคบสมุนไพร ร่วมกับการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ มีคะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่าในด้านความถี่ของอาการปวดของกลุ่มที่รับน้ำมันกัญชาร่วมด้วยมีความถี่ของการปวดลงลงกว่ากลุ่มที่นวด ประคบสมุนไพรเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้สืบเนื่องจากน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชามีผลต่อการนอนหลัง ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการกำเริบของโรคไมเกรนมีอาการนอนหลับได้ดีขึ้น และรู้สึกผ่อนคลาย รวมทั้งน้ำมันกัญชาช่วยรักษาอาการปวดจึงทำให้สามารถลดปวด Sarah S Stith และคณะ[12]พบว่าประสิทธิผลของดอกกัญชาในการบรรเทาอาการปวดไมเกรนและปวดศีรษะ ผลพบว่าร้อยละ 94ของผู้ใช้มีอาการปวดลดลงภายใน 2 ชั่วโมง จากการสังเกตการณ์2 ชั่วโมง การลดความปวด โดยเฉลี่ยอยู่ที่3.3 ในระดับ 0-10 (ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน = 2.28, d= 1.58) และยังพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Danielle N Rhyne และคณะ[13]ผลของกัญชาทางการแพทย์ต่อความถี่ของการปวด ศีรษะไมเกรน อาการปวดศีรษะไมเกรนความถี่ในการปวดศีรษะไมเกรนลดลงจาก 10.4 เป็น 4.6 ครั้งต่อเดือน($p<0.01$)

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการตอบสนองนโยบายของรัฐบาล รวมทั้งเป็นการสร้างทางเลือกให้ผู้ป่วยในการรักษา ยืนยันประสิทธิผลการนวดประคบสมุนไพร ร่วมกับการใช้นำมันกัญชา มีผลต่อการรักษาปวดไมเกรนได้ในแง่ลดความปวด[15,16] การกำจัดปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการกำเริบของไมเกรน เช่นรู้สึกผ่อนคลาย นอนหลับได้มากขึ้นตลอดจนลดความถี่ของการเกิดอาการปวดไมเกรน สามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนารูปแบบบริการให้เหมาะสมกับอาการผู้ป่วย สร้างความรู้ความเข้าใจในการเข้ารับการรักษา รวมทั้งให้เกิดการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้อยู่ในช่วงเปลี่ยนแปลงของกฎหมายด้านกัญชาทางการแพทย์ ดังนั้น จะมีความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งมีตัวแปรรบกวนในการศึกษาครั้งนี้เป็นจำนวนมาก ดังนั้นอาจจะทำการศึกษาในกลุ่มโรคอื่นไปด้วยเนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างบางราย ที่มีอาการมากกว่า 1 อาการที่เข้ารับการรักษาดังนั้นมาตรฐานการใช้จำนวนหยด จึงไม่คงที่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำกัดพฤติกรรมการส่งเสริมให้เกิดอาการป่วยอาจจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยกลับมาอีก ทำให้มีความเข้าใจว่าการรักษาในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษา ด้งนั้นควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง หลังจบจากการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กัมมันต์ พันธุมจินดา และจิตร สิทธิอมร. (2532).Prevalence and clinical features of migraine : a community survey in Bangkok, Thailand. Headache. 29 : 594-597.
2. กองการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2552). การนวดพื้นบ้าน (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
3. พิริยะ สุ่มมูล,ทวีชัย นิยมรัตนเลิส,อุเทน มุกเย และศุภวัฒน์สายพานิช. (2560). การศึกษาการระบาดโรคไมเกรนของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ปีการศึกษา 2560.การประชุมวิชาการระดับชาติ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
4. เพชรไพลิน พงษ์บริบูรณ์. (2562). ไมเกรน: 3 มิติ(Migraine: 3D). วารสารวิชาการเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.
5. ภัสราภรณ์ จวบบุญ. (2561). ผลของการนวดต่ออาการปวดศีรษะแบบไมเกรนในผู้ป่วยโรคไมเกรน.การนำเสนอผลงานวิชาการมหกรรมวิชาการสาธารณสุขสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
6. กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2548). แนวทางการรักษาโรคไมเกรน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์วิทยาลัย.
7. ชาธิปัตย์ เครือพานิชย์ , อุไรวรรณ ชัชวาล , วิชัย อึงพินิจพงศ์ และกรรณิการ์ คงบุญเกียรติ. (2554). ผลแบบทันทีของการนวดไทยในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยปวดศีรษะจากความเครียดแบบ Episodic tension-type headache. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 23(1), 57-70.
8. กัมมันต์ พันธุมจินดา และภิรมย์ กมลรัตนกุล. (2543).Prevalence of primary headache in central region of Thailand: a cross-sectional survey. Bull Neurol Soc Thai. 16 12-13.
9. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิม สมาคมแพทย์อายุรเวท แพทย์แผนไทยประยุกต์แห่งประเทศไทย. (2542). ตำราหัตถเวชกรรมแผนไทย(นวดแบบราชสำนัก).กรุงเทพฯ:ศุภวนิชการพิมพ
10. รังสรรค์ ชัยเสวิกุล. (2560).โรคไมเกรน.สืบค้นเมื่อ 26 มิถุนายน 2561: จาก https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/admin/article_files/105_1.pdf
11. Poonnotok R, Aeamla-or N, Jariyapayuklert K, Voramethkul N. Effect of massage on migraine headache and comfort of patients with migraine. Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2007;15(4):76-89.
12. Sarah S, Jegason P, et al.Alleviative effects of cannabis flower onmigraine and headache. 2020 [cited 2022Jun 3]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32758396/
13. Health Product Vigilance Center. Health Product Adverse Event Report Form [Internet]. 2022 [cited 2022 June 1]. Available from: https://hpvcth.fda.moph.go.th/hpvc-form-1-แบบรายงานเหตุการณ์/ (in Thai)
14. มังกร ลิ้มอุดมพร และคณะ (2561) วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปี ที่ 12 ฉบับที่ 2: กรกฎาคม –ธันวาคม 2561 .79-83.
15. Danielle N, Sarah L, et al. Effects of medical marijuana on migraine headache frequency in an adult population. 2016. [cited 2022 Jun 3]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26749285.
16. Silarak K. Efficacy of cannabis oil (Deji's formula) sleep quality and quality of life at Hang Ga Rok Clinic: Phra Arjarn Phan Arjaro hospital, Sakhon Nakhon province. RHPC9Journal. 2022;16(3):1097-108. (in Thai).

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์ที่มีโรคหัวใจร่วมด้วย โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป: กรณีศึกษา

Nursing care for a laparoscopic cholecystectomy patient with heart disease under general anesthesia: case study.

(Received: August 18,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 26,2025)

ฐาปนีย์ พงศ์ศรีสุภกร[1]
Thapaney Pongsrisupkron[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์ ที่มีโรคหัวใจร่วมด้วย โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 63 ปี มาด้วยแน่นหน้าอกด้านขวาและใต้ลิ้นปี่ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและบอลลูนถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเมื่อ 7 ปีก่อน รับประทานยาต้านเกล็ดเลือดเป็นประจำ

ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้ารับการรักษา มีอาการปวดท้องด้านขวา อาเจียน มีไข้ แพทย์ส่งตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง พบมีนิ่วในถุงน้ำดี ถุงน้ำดีอักเสบและมีเนื้อตาย วางแผนทำผ่าตัด แต่ผู้ป่วยมีปัญหาระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดนาน ได้ให้การรักษาจนระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดดีขึ้น จึงได้ทำผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ สารน้ำทางหลอดเลือดดำและพลาสมาตามแผนการรักษา การเลือกชนิดและปริมาณยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การประเมินสัญญาณชีพ เพื่อ เฝ้าระวังและป้องกันการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอ ภาวะเลือดเป็นกรด ก๊าซอุดตันในหลอดเลือด การสูญเสียเลือดจากอวัยวะที่ทำผ่าตัด อวัยวะข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก การเตรียมความพร้อมเครื่องมือ ยา สารน้ำ และเลือด หากเกิดภาวะวิกฤต หลังได้รับการรักษาพยาบาลทุกปัญหาได้แก้ไขหมดไป และผู้ป่วยปลอดภัยจากการระงับความรู้สึก

คำสำคัญ: ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์, โรคหัวใจ, การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care for a laparoscopic cholecystectomy patient with heart disease under general anesthesia. This study involved a 63-year-old male patient who presented with right chest tightness and epigastric discomfort, when it occurs 30 minutes before arriving at the hospital. He had a history of acute myocardial infarction and had undergone Coronary artery bypass graft and Percutaneous Coronary Intervention 7 years ago and was taking antiplatelet drugs regularly.

The study revealed that after admission, she experienced right-sided abdominal pain, vomiting, and fever. An abdominal ultrasound revealed gallstones, cholecystitis, and necrosis. Surgery was planned, but the patient had a prolonged blood clotting period. Treatment improved the clotting period, and a video-guided gallbladder resection was performed under general anesthesia. Key nursing care included administering antibiotics, intravenous fluids, and plasma as planned; selecting the appropriate type and dose of anesthesia; assessing vital signs to monitor and prevent insufficient circulation, acidosis, gas embolism, blood loss from the surgically treated organ, adjacent organs, and complications from anesthesia; and preparing equipment, medications, fluids, and blood in case of a crisis. All problems were resolved after treatment, and the patient was safe from anesthesia.

Keywords: Laparoscopic Cholecystectomy, Heart disease, General anesthesia

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

บทนำ

โรคนิ่วในถุงน้ำดีเป็นโรคของระบบทางเดินอาหารที่พบได้บ่อย และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ หากเกิดอาการอักเสบหรือมีการติดเชื้อรุนแรง ประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดนิ่วในถุงน้ำดีร้อยละ 6 โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เช่น เพศหญิง เป็นโรคธาลัสซีเมีย มีภาวะน้ำหนักเกิน สูบบุหรี่ รับประทานอาหารไขมันสูง เป็นโรคเบาหวาน ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน เป็นต้น โรคนิ่วในถุงน้ำดีผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการ แต่ถ้าหากก้อนนิ่วเคลื่อนไปอุดกั้นที่บริเวณรูเปิดของ cystic duct จะทำให้มีอาการปวดขึ้น[1] ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องจากนิ่วในถุงน้ำดีจะมีอาการปวดซ้ำๆได้อีกถึงร้อยละ 20 -40 ต่อปี[2] และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ1-2 ต่อปี[3] การตรวจร่างกายอาจไม่พบสิ่งผิดปกติหากเป็นนิ่วที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic gallstone) หรืออาจตรวจพบการกดเจ็บที่ใต้ชายโครงขวาหรือใต้ลิ้นปี่ได้หากเป็นนิ่วที่มีอาการ (Symptomatic gallstone) การตรวจยืนยันการวินิจฉัยโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) เป็นการตรวจที่ได้มาตรฐานและให้ความไวสูงกว่าร้อยละ 95[4] การรักษาโรคนิ่วในถุงน้ำดีในปัจจุบันที่เหมาะสมที่สุด คือการรักษาโดยการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์(Laparoscopic cholecystectomy) เนื่องจากมีความปลอดภัย เจ็บปวด สูญเสียเลือดน้อย และสามารถฟื้นตัวได้เร็ว ลดการใช้ยาระงับปวด ลดภาวะแทรกซ้อน และลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ทำให้ให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีกว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง[1,5] ถึงแม้ว่าภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดด้วยวิธีนี้จะลดลงแต่ยังมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวัง ป้องกันในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด เช่น การตกเลือด ท่อน้ำดีรั่ว อันตรายจากแทง trocar ทำให้เกิดการบาดเจ็บท่อน้ำดีร่วม กระเพาะอาหาร ลำไส้ และเส้นเลือดใหญ่[6] นอกจากนี้ในการผ่าตัดจะต้องจัดท่านอนศีรษะสูง และใส่ก๊าซ CO_2 เข้าไปในช่องท้อง เพื่อขยายพื้นที่ทำให้เห็นอวัยวะภายในช่องท้องอย่างชัดเจน ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน pneumoperitoneum ส่งผลให้ความความดันในช่องท้องสูง มีผลกระทบต่อระบบการทำงานของหัวใจและระบบหายใจของร่างกาย หรือนำไปสู่ภาวะความเป็นกรดในเลือด (Acidosis) วิสัญญีพยาบาล ต้องปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมเพื่อกำจัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ส่วนเกินนี้ออกทางการหายใจ อีกทั้งก๊าซนี้เป็นก๊าซที่เย็น ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะ hypothermia อีกด้วย รวมทั้งยังมีโอกาสเกิด CO_2 embolism ทำให้การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดล้มเหลว ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต นอกจากนี้การ จัดท่าผ่าตัดศีรษะสูงระยะเวลานาน อาจทำให้เกิด deep vein thrombosis ได้[7]

จากสถิติการให้บริการงานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบ้านโป่ง ในปี พ.ศ. 2564 ถึง 2566 มีจำนวนผู้ป่วยการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดีทัศน์จำนวน 48,102 และ 91 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 39.58, 37.25, และ 61.54 ของผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีทั้งหมด ตามลำดับ[8] ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเสี่ยงจากการผ่าตัด และจากการให้ยาระงับความรู้สึก จะเพิ่มขึ้นตามอายุ และโรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอด โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง โดยจากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดีทัศน์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประกอบกับจากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเทคนิคการทำผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี และจากการระงับความรู้สึก ที่มีความรุนแรงดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาในฐานะเป็นวิสัญญีพยาบาลจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดีทัศน์ที่มีโรคหัวใจ ร่วมด้วย โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เป็นกรณีศึกษา เพื่อศึกษาปัญหา วางแผนการพยาบาล ซึ่งจะเป็นแนวทางสำหรับวิสัญญีพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาล

และผู้สนใจในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์ ที่มีโรคหัวใจร่วมด้วย โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์ ย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์และมีโรคร่วมทางอายุรกรรม เป็นกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์สูงในการระงับความรู้สึกและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความ งาน วิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา จากประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและในอดีต ผลการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป การประเมินทางวิสัญญี สัญญาณชีพ ระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และนำมากำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชาย อายุ 63 ปี นับถือศาสนาพุทธ สภาพสมรสคู่ รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเมื่อ วันที่ 5 พฤษภาคม 2567 จำหน่ายทุเลาเมื่อ วันที่ 11พฤษภาคม 2567 การวินิจฉัยแรกรับ NSTEMI การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Acute gangrenous cholecystitis with multiple gall stone

การผ่าตัด Laparoscopic cholecystectomy เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2567

อาการสำคัญ แน่นหน้าอกด้านขวา แน่นใต้ลิ้นปี่ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

การเจ็บป่วยในอดีต 7 ปีก่อน เป็นโรค หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคเกาต์ ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจชนิดขาดเลือด ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft : CABG) ทำบอลลูนถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และใส่สายสวนหลอดเลือดชนิดเคลือบยา (Drug-Eluting Stents)

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกและใต้ลิ้นปี่ มีอาการปวดท้อง pain score 3/10 คะแนน หน้าท้องตึง กดเจ็บบริเวณหน้าท้องด้านขวา มีไข้ อุณหภูมิกาย 38.2 องศาเซลเซียสอัตราการเต้นหัวใจ 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท ประเมินสภาพจิตใจ มีความวิตกกังวลเรื่องการผ่าตัด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 5 พฤษภาคม 2567

- CBC: WBC 10,170 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร, Neutrophill 78.0 เปอร์เซ็นต์
- Coagulogram: PT35.7 วินาที, PTT 38.8 วินาที , INR 3.11 เท่า

- Blood chemistry: TroponinT 13.0 พิโกกรัม / มิลลิลิตร, SGOT 62 หน่วย/ลิตร, SGPT64 หน่วย /ลิตร

วันที่ 6 พฤษภาคม 2567

- CBC: WBC 12,150 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร, Neutrophill 81.0 เปอร์เซ็นต์
- Coagulogram: PT 17.7 วินาที, PTT 34.8 วินาที , INR 1.66 เท่า

วันที่ 9 พฤษภาคม 2567

- CBC: WBC 5,910 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร Neutrophil 58 เปอร์เซ็นต์
- Coagulogram: PT 15.3 วินาที, PTT 29.4 วินาที , INR 1.32 เท่า

ผลการตรวจอื่นๆ

วันที่ 5 พฤษภาคม 2567

- EKG: Sinus Bradycardia และ inferior infarction
- U/S Abdomen: Distended gallbladder and diffuse wall thickening with bile sludge and positive sonographic Murphy's sign. Suspicious for acute cholecystitis. Diffuse mild coarse liver parenchymal echogenicity, possible liver parenchymal disease. Mild diffuse intrahepatic duct dilatation. Few tiny hyperdense lesions with twinkling artifact at right kidney, possible calcified vessels or calyceal stones
- CXR (Portable) ปกติ

การรักษา

- สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ Fresh frozen plasma (FFP) 2 ยูนิต, 5%D/NSS/2 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง Vit K 10 มิลลิกรัม x ๑ ครั้ง, Ceftriaxone 2 กรัม วันละ 1 ครั้ง, Metronidazone 500 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง, Morphine 3 มิลลิกรัม เวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง
- ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ Succinylcholine, Fentanyl, Propofol, Sevoflurane, Cisatracurium, Prostigmine
- ยารับประทาน ได้แก่ Isosorbide Dinitrate (ISMO) 20 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและเย็น, Losec 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานก่อน อาหารเช้าและเย็น, Aspirin 81 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้าทันที, Ticagrelor 90 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้าเย็น, Warfarin (Orfarin) 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานก่อนนอน ทุกวันจันทร์ถึงเสาร์

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากถุงน้ำดีอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยเป็นนิ่วในถุงน้ำดี ถุงน้ำดีอักเสบและมีเนื้อตาย (Acute gangrenous cholecystitis with multiple gall stone) 2. มีไข้ อุณหภูมิกาย อยู่ระหว่าง 38.2 – 38.7 องศาเซลเซียส 3. ผล CBC พบ WBC 12,350 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร Neutrophil 81 เปอร์เซ็นต์ Lymphocyte 36 เปอร์เซ็นต์	1. ประเมิน SIRS criteria ได้แก่ อุณหภูมิกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียสหรือต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียสอัตราการเต้นชีพจรมากกว่า 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที เม็ดเลือดขาวในเลือดมากกว่า 12,000 เซลล์/ลูกบาศก์เมตรหรือน้อยกว่า 4,000 เซลล์/ลูกบาศก์เมตร 2. ดูแลให้ได้รับ 5%D/NSS/2 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เพื่อทดแทนสารน้ำซึมผ่านออกนอกเส้นเลือด 3. ติดตามผลการส่งเลือดเพาะเชื้อ 2 ขวด ตามแนวทาง septic workup 4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ คือ Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ บวมแดงหรือเจ็บปวดในบริเวณที่ฉีดยา ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน อาการแพ้ยารุนแรง Metronidazone 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดศีรษะ ชาตามแขน-ขา อาการแพ้ยารุนแรง 5. ติดตามผลการประเมินสัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC เพื่อประเมินระดับเม็ดเลือดขาวที่แสดงถึงการติดเชื้อ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 37.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ อยู่ระหว่าง 60 - 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 18-20 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 110/68 - 121/77 มิลลิเมตรปรอท ผล CBC พบ WBC 5,910 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร Neutrophil 58 เปอร์เซ็นต์ Lymphocyte 36 เปอร์เซ็นต์ พบ SIR criteria 1 ข้อ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดเลือดออกง่าย หยุดยากเนื่องจากประสิทธิภาพของกลไกการแข็งตัวของเลือดลดลงจากการได้รับยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมียาที่รับประทานประจำ คือ Aspirin 81 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ทันที Ticagrelor 90 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและเย็น Warfarin (Orfarin) 5 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด ก่อนนอน 2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Prothrombin time (PT) 17.7 วินาที, Partial thromboplastin time (PTT) 34.8 วินาที, INR 1.66 เท่า **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ทั้งภายใน และภายนอกร่างกาย	1. สังเกตลักษณะและตำแหน่งของเลือดออกภายนอกร่างกาย เช่น จุดเลือดออกตามร่างกาย เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน 2. สังเกตอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกภายในร่างกาย เช่น อาการปวดท้อง กระสับกระส่าย ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ (Melena) ปัสสาวะมีเลือดปน (Hematuria) อาเจียนเป็นเลือด 3. ประเมินสัญญาณชีพ และการวัดความดันเลือดไม่ควรใส่ความดันใน cuff สูงเกินไป เพราะอาจทำให้เส้นเลือดแตกได้ง่าย 4. แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุหรือการกระทบกระแทกที่อาจทำให้เสียเลือดได้ เช่น การตกเตียง การหกล้ม การชนโต๊ะ 5. แนะนำการทำความสะอาดช่องปาก การแปรงฟันควรใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม หรือใช้วิธีบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ เพื่อลดการระคายเคืองต่อเหงือกและเยื่อบุในปาก 6. ติดตามการได้รับ FFP 2 ยูนิตและ Vit K 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มปัจจัยการแข็งตัวของเลือดและลดความเสี่ยงต่อการมีเลือดออก 7. ส่งต่อข้อมูลแก่ทีมผ่าตัดในการฉีดยา การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ควรเลือกเข็มขนาดเล็ก หลังจากฉีดยาหรือเจาะเลือดแล้ว ควรกดบริเวณที่ฉีดไว้ประมาน 3-5 นาที หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ 8. ติดตามผลการตรวจเลือด Coagulogram เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกผิดปกติตามเยื่อบุหรืออวัยวะภายในและภายนอกร่างกาย สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นหัวใจ อยู่ระหว่าง 60 - 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 18 - 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 110/68 - 121/77 มิลลิเมตรปรอท PT 15.3 วินาที, PTT 29.4 วินาที, INR 1.32 เท่า
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยปวดท้องเนื่องจากการหดเกร็งของท่อน้ำดีจากการอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยบอกว่า ปวดท้องด้านขวา เวลาหายใจเข้าลึกๆ 2. ตรวจร่างกายพบ หน้าท้องตึง กดเจ็บบริเวณหน้าท้องด้านขวา pain score 3/10 คะแนน 3. ผล U/S พบ Distended gallbladder and diffuse wall thickening with bile sludge and positive sonographic Murphy's sign. Suspicious for acute cholecystitis. Diffuse mild coarse liver parenchymal	1. ประเมินอาการปวดท้องโดยใช้หลัก OPQRST ดังนี้ O = Onset : เวลาที่เริ่มปวดท้อง P = Provocation สาเหตุกระตุ้นให้อาการปวดท้องรุนแรงขึ้น Q = Quality ลักษณะอาการปวดท้องอย่างไร R = Radiation ตำแหน่งที่ปวดและอาการปวดท้องเจ็บร้าวไปที่ใดบ้าง S = Severity ความรุนแรงของอาการปวดท้อง โดยประเมินจาก pain score 2. ประเมินพฤติกรรมที่แสดงถึงความเจ็บปวดโดยสังเกต สีหน้า ท่าทาง และสอบถามความรุนแรงจากการบอกเล่าของผู้ป่วย 3. ประเมินอาการอักเสบของเยื่อบุช่องท้อง การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ท้องแข็งเกร็ง กดเจ็บทั่วท้อง ต้องรายงานแพทย์ทันที 4. จัดท่านอนตะแคงซ้ายลง และงอเข่า เพื่อช่วยลดแรงกดบนถุงน้ำดี 5. แนะนำเทคนิคการจัดการปวดโดยไม่ต้องใช้ยา เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจโดยการทำสมาธิ การผ่อนคลายโดยการหายใจเข้า-ออกลึกๆ ช้าๆ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
echogenicity, possible liver parenchymal disease. Mild diffuse intrahepatic duct dilatation. Few tiny hyperdense lesions with twinkling artifact at right kidney, possible calcified vessels or calyceal stones 4. ผล CBC พบ WBC 12,150 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร, Neutrophill 81.0 เปอร์เซ็นต์ 5. แพทย์วินิจฉัยโรคเป็นนิ่วในถุงน้ำดี ถุงน้ำดีอักเสบและมีเนื้อตาย (Acute gangrenous cholecystitis with multiple gall stone) **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดอาการ ปวดท้องและผู้ป่วยสุขสบายขึ้น	6. ให้คำแนะนำหากมีอาการปวดมากขึ้นหรือมีอาการคล้ายเป็นไข้ แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อรายงานแพทย์พิจารณาให้ยาแก้ปวด และลดไข้ 7. ดูแลให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำ อธิบายถึงความสำคัญและความจำเป็นของการงดอาหารและน้ำให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อเป็นการพักการทำงานของถุงน้ำดี ลดการกระตุ้นการหลั่งน้ำดี ซึ่งจะช่วยลดการอักเสบและอาการปวดท้อง ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยปวดท้องลดลง pain score 1 – 2 /10 คะแนน หน้าท้องไม่ตึงแต่ยังกดเจ็บ นอนหลับ พักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดและกลัวโรคหัวใจกำเริบ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยถามเกี่ยวกับการผ่าตัดบ่อยๆ 2. ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล ไม่ยิ้มแย้ม 3. ผู้ป่วยบอกว่าวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและกลัวโรคหัวใจกำเริบ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด 2. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์	1. สร้างสัมพันธภาที่ดีกับผู้ป่วย ด้วยการแนะนำตนเองและทีมผ่าตัด แสดงท่าทีการยอมรับความเป็นบุคคล รวมถึงความเชื่อเรื่องสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อ ให้เกิดความไว้วางใจ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือ รวมทั้งมีญาติหรือบุคคลในครอบครัวเข้าร่วมรับฟังด้วย เพื่อช่วยเหลือ สนับสนุนการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย 3. อธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการผ่าตัดที่จะได้รับ ตลอดถึงวิธีและผลของยาระงับความรู้สึกที่จะได้รับ ด้วยคำพูดที่ชัดเจน หรือมีเอกสารประกอบ เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายและลดความกลัววิตกกังวลต่อการผ่าตัด 4. ให้ความมั่นใจและกำลังใจแก่ผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลขณะผ่าตัดจากทีมผ่าตัดตลอดเวลา 5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อรับการผ่าตัด นิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน 6. เปิดโอกาสให้ซักถามหรือพูดระบายความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และรับฟังด้วยความ ตั้งใจ สังเกตพฤติกรรม คำพูดของผู้ป่วยเพื่อประเมินเรื่องความวิตกกังวล และตอบคำถามอย่างชัดเจนและตรงประเด็นที่ผู้ป่วยซักถาม 7. จัดให้พูดคุยกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแล้ว เพื่อลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการผ่าตัด 8. แจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ให้ร่วมมือในการรักษาพยาบาล คลายความวิตกกังวล และลงนามยินยอมผ่าตัด นอนหลับ พักผ่อนได้
2. ระยะให้บริการวิสัญญี **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนในระยะนำสลบและสำลักน้ำย่อยเข้าปอดขณะใส่ท่อหายใจเนื่องจากได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ คือ Succinylcholine เพื่อช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสีย protective airway reflexes ไปช่วงหนึ่ง จึงมีโอกาสสำลักได้ รวมทั้งยังออกฤทธิ์ยับยั้งการ	1. ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์พิเศษในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องดูดเสมหะ 2. ติดอุปกรณ์สำหรับการเฝ้าระวังต่าง ๆ ได้แก่ noninvasive blood pressure (NIBP), EKG, pulse oximeter, core temperature ต่อสาย Capnograph 3. จัดท่า Sniffing position เพื่อสะดวกในการใส่ท่อช่วยหายใจ 4. Preoxygenate ด้วย O_2 100 เปอร์เซ็นต์ และช่วยหายใจด้วย bag-mask-valve ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ 5. เลือกใส่ท่อช่วยหายใจชนิดที่มี cuff (endotracheal tube with cuff) สามารถใส่ลมเข้าใน cuff ได้ โดยไม่รั่วซึมหลังใส่ เพื่อปิดกั้นทางเดินหายใจ และช่วยป้องกันการสำลัก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ซึ่งรวมถึงกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนและให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	6. ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อที่ออกฤทธิ์สั้น คือ Succinylcholine ขนาด 1 - 2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม 7. ใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อยาหย่อนกล้ามเนื้อออกฤทธิ์เต็มที่ ร่วมกับการกด กระดูกอ่อนไครคอยด์ (cricoid cartilage) และดันลมใส่ cuff ของท่อช่วยหายใจก่อนปล่อยมือที่กดกระดูกอ่อนไครคอยด์ (Rapid sequence with cricoid pressure) วิธีนี้จะช่วยปิดกั้นหลอดอาหารส่วนต้น เป็นการป้องกันไม่ให้มีเศษอาหารหรือน้ำย่อยไหลท้นขึ้นมา 8. ประเมินความถูกต้อง เหมาะสม ของตำแหน่งภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ โดยยืนยันตำแหน่งด้วย Colorimetric CO_2 detector หรือ Capnograph และ Inflate cuff 5 – 7 มิลลิลิตร และวัด cuff pressure ประมาณ 25 – 40 เซ็นติเมตรน้ำ 9. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน จากลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ค่า SpO_2 ค่า Capnograph ค่าความดันโลหิต สีผิวริมฝีปาก ลิ้น ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ และหลังใส่ท่อช่วยหายใจ 10. ฟังเสียงปอดหรือเสียงหายใจที่ผิดปกติ เช่น Rales, Rhonchi, Wheeze และ Crepitation 11. ตั้งเครื่องช่วยหายใจเป็น CMV mode **ประเมินผลการพยาบาล** ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่เกิดภาวะสำลักเศษอาหารหรือน้ำย่อยเข้าปอด สามารถใส่ท่อหายใจสำเร็จภายใน 1 ครั้ง ฟังเสียงปอดเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่ได้ยินเสียงผิดปกติ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 – 100 เปอร์เซ็นต์ ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 30 - 40 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 - 145/100 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ อยู่ระหว่าง76-90 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากหัวใจบีบตัวช้าและเลือดไหลกลับหัวใจลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วย มีประวัติโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (AF) และโรคหัวใจชนิดขาดเลือด (IHD) ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft: CABG) ทำบอลลูนถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และใส่สายสวนหลอดเลือดชนิดเคลือบยา (Drug-Eluting Stents) 2. ผู้ป่วยได้รับการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง ทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เลือดไหลกลับหัวใจและปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง 3. EKG monitor พบ sinus bradycardia อัตราการเต้นหัวใจ 52 ครั้ง/นาที **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	1. ประเมินและติดตามสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนอย่างต่อเนื่องทุก 5 นาที เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดงของปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ความดันซิสโตลิต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง (MAP) น้อยกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ชีพจรเบา ความกว้างของ ความดันโลหิตน้อยกว่า 40 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส ปลายมือปลาย เท้าเย็น ปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ระยะเวลาการไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอยมากกว่า 3 วินาที 3. ติดตามและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินและ สังเกตลักษณะและรูปแบบของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ 4. ติดตามและบันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง และบันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการไหลเวียนเลือดที่ไป เลี้ยงไต 5. ดูแลให้ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจและเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 6. จัดเตรียมยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจและกระตุ้นหัวใจ เช่น Atropine, Epinephrine, Dopamine 7. เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้งาน เช่น Defibrillator ยา และอุปกรณ์ช่วยชีวิตไว้ให้พร้อม **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย สัญญาณชีพ อัตราการเต้นหัวใจ อยู่ระหว่าง 52 - 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 -

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	120/80 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน อยู่ระหว่าง 99 - 100 เปอร์เซ็นต์ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ระยะเวลาการไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอยน้อยกว่า 2 วินาที ปัสสาวะออก 30 - 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในการผ่าตัดผ่านกล้อง **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์และใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ก๊าซคาร์บอน- ไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง ได้แก่ Acidosis, Pneumomediastinum, Pneumothorax, Subcutaneous emphysema, Hypercarbia, Hypoxemia,	1. เฝ้าระวัง บันทึก และติดตามสัญญาณชีพทุก 5 นาที ติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ($ETCO_2$) อย่างต่อเนื่อง 2. จัดท่านอนศีรษะสูง ใช้ผ้าหนุน ป้องกันการกดทับบริเวณเส้นประสาท ต้นแขน ข้อศอก ใช้อุปกรณ์รัด ป้องกันการเลื่อนตัวต่ำลง ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหายใจไม่เกิดการหัก พับ งอหรือเลื่อนหลุด 3. ประสานงานภายในทีมผ่าตัดระหว่างศัลยแพทย์ ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดปรับค่าความดันในช่องท้อง (Intraabdominal pressure) ควบคุมให้อยู่ระหว่าง 8 -12 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันไม่ให้แรงดันในช่องท้องสูงเกิน 4. ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจ และติดตามอาการเปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลาทำผ่าตัด ควบคุมการหายใจให้ได้ tidal volume 6-8 มิลลิลิตร/กิโลกรัม อัตราการหายใจ ปรับตั้งให้ได้ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก
gas embolism และอาการปวดไหล่	($ETCO_2$) ปกติ ไม่เกิน 40 มิลลิเมตรปรอท ค่าแรงดันทางเดินหายใจ (Airway pressure) ไม่เกิน 35 เซนติเมตรน้ำ ตั้งค่า PEEP 5-6 เซนติเมตรน้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอและการช่วยหายใจที่มีประสิทธิภาพ 5. ควบคุมระดับความลึกของยาสลบ ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อเพียงพอ 6. สังเกตและเฝ้าระวังอาการของภาวะ Pneumomediastinum (บวมและมีลมใต้ผิวหนังบริเวณใบหน้า คอ หรือหน้าอก ฟังปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบพร้อมกับการเต้นของหัวใจ) Pneumothorax (ฟังจะได้ยินเสียง breath sound ลดลง เคาะบริเวณปอดได้เสียงโปร่งมาก (Hyperresonance) หายใจเหนื่อยหอบ) Subcutaneous emphysema (ผิวหนังบวมบริเวณใบหน้า คอ หรือหน้าอก คลำพบเสียงกรอบแกรบ) Hypercarbia (หายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก หน้าแดง ชัก) และ Hypoxemia หายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ปลายมือปลายเท้าเขียว) หรือภาวะ Gas embolism (หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ ผิวหนังซีดหรือเขียวคล้ำ อาการของหัวใจล้มเหลว) 7. ร่วมกับพยาบาลช่วยผ่าตัดตรวจสอบการดูดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่เหลือในช่องท้องให้หมดก่อนถอน trocar ออกจากช่องท้อง 8. ส่งต่อพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้เฝ้าระวังการหายใจผิดปกติ อาการสะอึก อาการปวดไหล่ เนื่องจากมีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้เกิดระคายเคืองต่อเส้นประสาทพรีนิค (Phrenic nerve) ที่มีหน้าที่ควบคุมการทำงานของกะบังลม ซึ่งสำคัญต่อกลไกการหายใจเข้าและออก **ประเมินผลการพยาบาล** ระหว่างการผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ($ETCO_2$) อยู่ระหว่าง 30-40 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99- 100 เปอร์เซ็นต์ แรงดันทางเดินหายใจ (Airway pressure) 31 - 35 มิลลิเมตรปรอท หายใจไม่เหนื่อยหอบ สัญญาณชีพคงที่ ไม่พบภาวะ Arrhythmia อัตราการเต้นหัวใจสม่ำเสมอ อยู่ระหว่าง 52 – 70 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 - 120/80 มิลลิเมตรปรอท หลังผ่าตัดหายใจเองได้ ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่มีอาการปวดไหล่

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการตกเลือดและมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะใกล้เคียงในขณะผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์จะมีขั้นตอนการใส่ trocar ซึ่งอาจพลาดไปถูกอวัยวะใกล้เคียงได้ เช่น ท่อน้ำดี กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น และหลอดเลือดแดงตับข้างขวา (Right hepatic artery; RHA) 2. ผล Coagulogram ผิดปกติ Prothrombin time (PT) 19.1 วินาที, Partial thromboplastin time (PTT) 34.4 วินาที, INR 1.66 **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการ ตกเลือดและบาดเจ็บอวัยวะใกล้เคียงขณะผ่าตัด	1. ตรวจสอบสายสวนปัสสาวะไม่ให้หัก พับ งอ เพื่อป้องกันปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะซึ่งจะขัดขวางการมองเห็นบริเวณทำผ่าตัด 2. จัดท่าผ่าตัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย กางแขนออกทั้ง 2 ข้าง ปรับเตียงให้เอียงขวาเล็กน้อย ศีรษะสูง 10 - 30 องศา เพื่อไม่ให้ลำไส้ กระเพาะอาหาร ไปรบกวนบริเวณผ่าตัด 3. สังเกตความดันในช่องท้องขณะใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องและขณะทำผ่าตัด เพื่อควบคุมความดันในช่องท้องให้อยู่ระหว่าง 8-12 มิลลิเมตรปรอท 4. ระหว่างทำผ่าตัดสังเกตว่ามีน้ำดีรั่วออกมาจากบริเวณผ่าตัดหรือไม่ 5. เตรียมเปิดเส้นเลือดดำเพิ่มอีก 1 เส้น ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ด้วย IV catheter เบอร์ใหญ่ เพื่อให้สารน้ำทดแทนอย่างรวดเร็ว ในกรณีผู้ป่วยเกิดภาวะตกเลือดจากการบาดเจ็บของอวัยวะใกล้เคียง 6. เตรียมเลือด PRC 2 ยูนิต ให้พร้อมใช้ โดยประสานกับธนาคารเลือดก่อนเริ่มทำผ่าตัด 7. ดูแลให้ FFP 2 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มปัจจัยในกระบวนการแข็งตัวของเลือด 8. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่ออาการแสดงของภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด 9. ประมาณปริมาณเลือดที่สูญเสียในการผ่าตัด 10. ติดตามผลการตรวจระดับ Hemoglobin ในห้องผ่าตัด **ประเมินผลการพยาบาล** ระหว่างทำผ่าตัดไม่เกิดการบาดเจ็บของอวัยวะใกล้เคียง ผู้ป่วยสูญเสียเลือดในขณะผ่าตัดรวม 100 มิลลิลิตร สัญญาณชีพ อัตราการเต้นหัวใจอยู่ระหว่าง 52-70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 - 120/80 มิลลิเมตรปรอท Hemoglobin 10.4 กรัม/เดซิลิตร
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะหนาวสั่นเนื่องจากสูงอายุ ระยะเวลาผ่าตัดนาน อุณหภูมิในห้องผ่าตัดและก๊าซที่ใช้ทำผ่าตัดเย็น **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ อายุ 63 ปี 2. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ทำให้ความสามารถของร่างกายในการรักษาระดับอุณหภูมิกายให้ปกติลดลง 3.ระยะเวลาทำผ่าตัดนานมากกว่า 1 ชั่วโมง คือ 1 ชั่วโมง 50 นาที 4. สูญเสียเลือดในการผ่าตัด 100 มิลลิลิตร และได้รับการให้สารน้ำและพลาสมาทดแทนขณะทำผ่าตัด 5. ผู้ป่วยได้รับการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง ซึ่งเป็นก๊าซที่มีความเย็น 6. อุณหภูมิในห้องผ่าตัด 21 องศาเซลเซียส อุณหภูมิกาย 35.8 องศาเซลเซียส **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อควบคุมอุณหภูมิกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. วัดอุณหภูมิกาย (Core temperature) ทุก 5 นาที จนกระทั่งเสร็จการผ่าตัด 2. ให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อน (Bair Hugger) 3. อุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำให้อุณหภูมิอยู่ที่ 37 องศาเซลเซียส ก่อนให้ผู้ป่วยตลอดการผ่าตัด 4. หลีกเลี่ยงการเปิดเผยพื้นที่ผิวของร่างกายเป็นบริเวณกว้างเกินความจำเป็น เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย 5. ใช้ Fresh gas flow (FGF) ที่ต่ำประมาณ 1-2 ลิตร/นาที และให้ความชื้นแก่ก๊าซที่ใช้ดมยาสลบ เพื่อลดการสูญเสียความร้อนในร่างกาย 6. ปรับเพิ่มอุณหภูมิในห้องผ่าตัด และควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง 23.0 - 25.0 องศาเซลเซียส 7. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหนาวสั่น ภาวะเลือดแข็งตัวยาก ทำให้สูญเสียเลือดมากขณะผ่าตัด **ประเมินผลการพยาบาล** ตลอดการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอุณหภูมิกายปกติ อยู่ระหว่าง 36.7 – 37.2 องศาเซลเซียส ไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะหนาวสั่น (Shivering)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำเนื่องจาก	1. ติดตามสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยตลอดการผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การไหลกลับของเลือดดำสู่หัวใจ ช้าลง และร่างกายไม่เคลื่อนไหว **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้รับการจัดท่านอนหงาย ศีรษะสูง (Reverse Trendelenburg position) ทำให้การไหลเวียนเลือดกลับสู่หัวใจช้าลง 2. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ทำให้ไม่รู้สึกตัว แขน ขา ไม่เคลื่อนไหว 3. ผู้ป่วยได้รับการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง ทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เลือดบริเวณขาไหลกลับสู่หัวใจได้ช้าลง 4. ระยะผ่าตัดนาน 1 ชั่วโมง 50 นาที **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ	2. ประเมินเสียงปอดทุก 1 ชั่วโมง 3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 4. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (PE) อาการและอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ที่ขา (DVT) ระหว่างผ่าตัด ภายหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด หากผิดปกติรายงานแพทย์ทันที และส่งต่อข้อมูลแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม ให้เฝ้าระวังภาวะดังกล่าว ดังนี้ 4.1 อาการและอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขา (DVT) ได้แก่ กระดกข้อเท้าแล้วปวด หรือกดเจ็บ ขาบวมหรือสีคล้ำกว่าปกติ มองเห็นหลอดเลือดดำที่ผิวหนังชัดเจน 4.2 อาการและอาการแสดงของภาวะภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ได้แก่ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ฟังปอดอาจได้ยินเสียงวี๊ด อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว หลอดเลือดดำที่คอโป่ง เจ็บหน้าอก ไอเป็นเลือด กระสับกระส่าย สีผิวเขียวคล้ำ ระดับความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น **ประเมินผลการพยาบาล** หลังผ่าตัดเสร็จ ผู้ป่วยรู้สึกตัว ง่วงซึม สัญญาณชีพ อัตราการเต้นหัวใจ อยู่ระหว่าง 52 - 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 - 120/80 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการหายใจลำบาก ฟังปอดไม่ได้ยินเสียงผิดปกติ ขาไม่บวมหรือ มีสีคล้ำ ไม่มีหลอดเลือดเป็นลำแข็ง
3. ระยะหลังการให้บริการวิสัญญี **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภายหลังถอดท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากฤทธิ์ยาดมสลบ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ และยาระงับความปวดตกค้างในร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีดมยาสลบ โดยยาที่ใช้ ได้แก่ Propofol, Sevoflurane, Fentanyl ทำให้ง่วงซึม และกดการหายใจ 2. Post-anesthetic recovery score 8/10 คะแนน 3. Sedation score 1 คะแนน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน	1. ประเมินสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจ เสียงหายใจ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทุก 15 นาที 2. ประเมินลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 3. ประเมิน post-anesthetic recovery score ทุก 30 นาที เพื่อติดตามระดับการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดและการได้รับยาสลบ 4. ในระยะแรกผู้ป่วยยังซึม จัดท่านอนผู้ป่วยนอนหงายราบ ใช้ผ้าม้วนเป็นหมอนเล็กๆ หนุนใต้ไหล่ให้หน้าแหงน เพื่อเปิดทางเดินหายใจและป้องกันไม่ให้ลิ้นของผู้ป่วยตกไปด้านหลังทำให้ทางเดินหายใจอุดกั้น หากผู้ป่วยรู้สึกตัวดี จัดท่าให้นอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น รวมทั้งกระตุ้นให้หายใจลึกๆ 5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ 6. ดูแลให้ O_2 mask with bag 10 ลิตร/นาที 7. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำ ผิวหนังซีด เย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นหัวใจ อยู่ระหว่าง 62 - 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 110/64- 120/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ post-anesthetic recovery score 10/10 คะแนน หายใจเองได้ดี เสียงการหายใจเข้า - ออกปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดในช่องท้อง **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบ่นปวดในช่องท้อง pain score 4 คะแนน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดอาการปวดในช่องท้อง	1. ประเมินความปวด ทุก 15 – 30 นาที ถ้าคะแนนความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน พิจารณาให้ยาแก้ปวด ตามแผนการรักษา 2. ฉีดยา Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียง คือ ง่วงซึม ปลุกไม่ตื่น หายใจช้า หยุดหายใจ หากพบ อัตราการหายใจน้อยกว่า 10 ครั้ง/นาที หายใจลำบาก รูม่านตาขนาดเล็กกว่า 2 มิลลิเมตร ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ปลุกไม่ตื่น รายงานวิสัญญีแพทย์ เพื่อให้การรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3. ประเมินความปวดซ้ำ หลังฉีดยา Morphine 30 นาที โดยหากผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดติดต่อกัน 3 ครั้ง ระดับความปวดยังไม่ลดลง รายงานวิสัญญีแพทย์ เพื่อให้การรักษา 4. ดูแลให้ผู้ป่วยให้นอนในท่าที่สุขสบาย โดยปรับหัวเตียงให้ศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว 5. ดูแลให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เพื่อลดความกระทบกระเทือนแผลผ่าตัดในช่องท้อง 6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อลดสิ่งกระตุ้นและช่วยให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน **ประเมินผลการพยาบาล** หลังได้รับ Morphine จำนวน 1 ครั้ง ผู้ป่วยปวดในช่องท้องลดลง pain score 2 คะแนน นอนหลับ พักผ่อนได้
4. ระยะดูแลต่อเนื่อง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถุงน้ำดี **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง วีดิทัศน์ มีแผลเป็นรูบริเวณหน้าท้อง จำนวน 3 ตำแหน่ง และใส่สายระบาย Jackson's drainage 1 สาย 2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดี จะไม่มีแหล่งกักเก็บน้ำดีที่สร้างมาจากตับ ทำให้น้ำดีขาดความเข้มข้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพการย่อยไขมันลดลง และเกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบการย่อยอาหารอาจเกิดอาการท้องอืดได้ 2. ตรวจร่างกายเคาะท้องได้เสียงโปร่ง ฟังเสียง Bowel sound 3 ต่อนาที **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อบริเวณแผล และท้องอืด	1. ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อในร่างกาย 2. สังเกตแผลผ่าตัด และสาย Jackson's drainage ตลักษณะรอบแผลและ สารคัดหลั่งที่ออกมา 3. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ บวมแดงหรือเจ็บปวดในบริเวณที่ฉีดยา ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน อาการแพ้ยารุนแรง Metronidazone 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ปวดศีรษะ ชาตามแขน-ขา อาการแพ้ยารุนแรง 4. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ให้แกะเกาแผล ไม่ใช้มือหรือสิ่งของต่างๆ ถูกบาดแผล 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว โดยการเริ่มลุก นั่ง ยืน เดิน จะ ทำให้ฟื้นตัวได้เร็วและลดภาวะแทรกซ้อนและเป็นการกระตุ้นการเคลื่อนไหวลำไส้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเรอและผายลมได้ ช่วยลดอาการท้องอืด หรืออืดอัดแน่นท้องได้ 6. ติดตามผลการตรวจ WBC และ Neutrophil เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อตามแผนการรักษาของแพทย์ **ประเมินผลการพยาบาล** สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 36.7-37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ อยู่ระหว่าง 60 -70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 98/59 -108/77 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดไม่มีสารคัดหลั่งซึม ท้องไม่อืด เสียงเคลื่อนไหวของลำไส้ 6-7 ครั้ง/นาที ผลการตรวจ CBC ซ้ำ ปกติ พบ WBC 5,910 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร, Neutrophill 58.0 เปอร์เซ็นต์
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยถามเมื่อกลับบ้านต้องปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถุงน้ำดี และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	1. ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้ความรู้และคำแนะนำการดูแลตนเองโดยใช้หลัก D-METHOD ดังนี้ 1.1 D: Disease อธิบายเกี่ยวกับโรคถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน เกิดจากการที่มีนิ่วอยู่ในถุงน้ำดี และน้ำดีไหลไม่สะดวก ส่งผลให้ถุงน้ำดีอักเสบและติดเชื้อในช่องท้อง และเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด 1.2 M: Medication ยาที่กลับไปรับประทานที่บ้าน ได้แก่ 1.2.1 Augmentin 1,000 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า เย็น เป็นยาปฏิชีวนะ อาการข้างเคียง คือ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน อาการแพ้รุนแรง (หายใจลำบาก หน้าบวม แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี๊ด) 1.2.2 Losec 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานก่อน อาหารเช้า เย็น เป็นยาลดกรดในกระเพาะอาหาร อาการข้างเคียง คือ ปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ ท้องอืด ปวดศีรษะ ควรหลีกเลี่ยงในการรับประทานยาลดกรดที่มีแมกนีเซียม (Mg) เป็นส่วนประกอบ เพราะทำให้ท้องเสียได้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	1.2.3 Aspirin 81 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้าทันที เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด อาการข้างเคียง ทำให้ระคายเคืองทางเดินอาหารและมีเลือดออกในทางเดินอาหาร 1.2.4 Ticagrelor 90 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและเย็น เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด อาการข้างเคียง คือ เลือดออกตามอวัยวะต่างๆ 1.2.5 Warfarin (Orfarin) 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานก่อนนอน ทุกวันจันทร์ถึงเสาร์ เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด อาการข้างเคียง คือ เลือดออกตามอวัยวะต่างๆ 1.3 E: Environment and Economic หลีกเลี่ยงและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การรักษาความสะอาดของบ้าน การล้างมือก่อนสัมผัสสิ่งของต่างๆ หลีกเลี่ยงมลพิษจากสิ่งแวดล้อมที่มีฝุ่น ควัน สารพิษ สารเคมี 1.4 T: Treatment สอนการดูแลแผล โดยแผลจะปิดแผลด้วยแผ่นเทปใสปิดแผลกันน้ำ พร้อมแผ่นซับ ไม่ต้องทำความสะอาดแผลอีก สามารถอาบน้ำได้ และซับให้แห้งทันทีหลังอาบน้ำ ถ้ามีเลือด น้ำเหลือง สารคัดหลั่งซึมออกมาจากแผลให้ไปทำแผลที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน แต่ถ้ามีอาการปวด แดง ร้อน ร่วมกับมีไข้ ให้กลับมาพบแพทย์ทันที 1.5 H: Health education แนะนำเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขอนามัย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยสามารถเช็ดตัว หรืออาบน้ำได้ เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค บริหารร่างกายอย่างเบาๆ นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน หลีกเลี่ยงการยกของหนักอย่างน้อย 6 สัปดาห์ (น้ำหนักมากกว่า 5 กิโลกรัม) เพราะอาจทำให้เกิดแรงดันใน ช่องท้อง เสี่ยงต่อการเกิดแผลปริหรืออักเสบได้ ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5 - 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ 1.6 O: Outpatient referral แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด โดยแพทย์นัดติดตามอาการอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัดทันที 1.7 D: Diet and Digestive ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดถุงน้ำดี ผู้ป่วยจะมีภาวะท้องอืดง่าย ควรรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด อาหารที่มีไขมันน้อย รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้อง ธัญพืช ขนมปังโฮลวีท เส้นหมี่เลือกที่ทำจากข้าวกล้อง อาหารประเภทกากใย เนื่องจากพบว่าอาหารที่มีกากใยสูงจะช่วยควบคุมท้องเสียภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดี และอาหารที่มีกากใยจะรวมตัวกับน้ำดีที่ตับสร้าง และ
	หลั่งออกมา เพื่อช่วยย่อยไขมันและคอเลสเตอรอล ตลอดจนช่วยการทำงานของลำไส้ นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลสูง จะทำให้ร่างกายผลิตและหลั่งอินซูลินมากขึ้น และจะเปลี่ยนคาร์โบไฮเดรตเป็นไขมันสะสมในร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่เพิ่มแก๊สในทางเดินอาหาร เช่น กะหล่ำปลี หัวหอม กระเทียม หน่อไม้ฝรั่ง บล็อกโคลี่ ข้าวโพด ถั่วลิสง เป็นต้น 2. ประเมินความรู้ย้อนกลับหลังจากให้ความรู้และคำแนะนำ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนองเมื่อกลับไปบ้านได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการสำคัญ แน่นหน้าอกด้านขวา แน่นใต้ลิ้นปี่ ซึ่งอาการนี้อาจมีสาเหตุมาจาก 2 ประการ คือ ประการแรก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Bradyarrhythmia มีผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ไม่เพียงพอ และนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ

ขาดเลือด ผู้ป่วยจึงมีอาการแน่นหน้าอก และพบค่า Troponin T เกินเกณฑ์มาตรฐาน ส่วนประการ ที่สอง ถุงน้ำดีอักเสบจากการเป็นนิ่ว โดยผลการตรวจ Ultrasound upper abdomen พ บ Acute gangrenous cholecystitis with multiple gall stone ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำอย่างทันท่วงที พร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการรุนแรงขึ้น และไม่เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด แต่จากผล Ultrasound พบถุงน้ำดีมีเนื้อตาย ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดถุงน้ำดีทะลุ ส่งผลให้เกิดการระคายเคือง อักเสบและติดเชื้อภายในช่องท้องตามมา ดังนั้นจึงเป็นข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการทำผ่าตัด โดยผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบผ่านทางกล้องวีดิทัศน์ ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่นิยมปัจจุบัน เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง[4] แม้ว่าจะเป็นวิธีที่ปลอดภัยที่สุด แต่ก็มีภาวะแทรกซ้อนสำคัญในระยะผ่าตัด คือ ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆในช่องท้อง ระบบหัวใจหลอดเลือด และระบบหายใจ ทีมผ่าตัดต้องมีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตในระหว่างผ่าตัด เช่น ภาวะเลือดเป็นกรด โดยเกิดจากก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่ใช้ในการผ่าตัดจะถูกดูดซึมเข้าสู่หลอดเลือด บริเวณ peritoneum cavity ทำให้เกิดภาวะความเป็นกรดในเลือดสูงขึ้น อีกทั้งเมื่อก๊าซคาร์บอน ไดออกไซด์เข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิดภาวะก๊าซการอุดตันหลอดเลือด (Air embolism) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis) เกิดจากความดันในช่องท้องสูงขึ้น ทำให้ venous return ลดลง[7] นอกจากนี้ผู้ป่วย รายนี้ยังมีภาวะหัวใจเต้นช้าระหว่างผ่าตัดซึ่งเกิดร่วมกับความดันในช่องท้องสูงขึ้น ทำให้ต้องป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะ low cardiac output[9] ซึ่งในบทบาทวิสัญญีพยาบาลที่แสดงถึงการป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว ได้เตรียมความพร้อมผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี ในระยะให้บริการทางวิสัญญีสามารถเลือกใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ ยาระงับความรู้สึก การตั้งเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ติดตามสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ช่วยทีมผ่าตัดประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยหากเกิดภาวะวิกฤตขึ้น และส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ศัลยแพทย์ทำผ่าตัดด้วยความราบรื่น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

1. ใส่ pneumatic cuff pressure บริเวณขาทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดท่าผ่าตัดนอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา หรือใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Deep Vein Thrombosis; DVT) เนื่องจากมีการคั่งของเลือดดำบริเวณขา

2. พัฒนาสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในการตั้งเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง เพื่อช่วยกำจัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่สูงขึ้น ลดภาวะเลือดเป็นกรด รวมถึงการตั้งเครื่องช่วยหายใจในผู้ที่มีความดันในช่องท้องสูง

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ทวี รัตนชูเอก, รัชมน ภิญโญเทพประทาน, สุรวุฒิ ไผ่ประเสริฐ,องอาจ วิจินธนสา และอรุณี ไทยะกุล.(2563). การประเมินทางเศรษฐศาสตร์การผ่าตัดผ่านกล้อง เปรียบเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิด ใน

การรักษานิ่วในถุงน้ำดี. [อินเทอร์เน็ต]. 2563.[สืบค้นเมื่อ 12 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Research/Attach/

2. Saiman Y.(2023). Gallstones. [Internet]. 2023. [cited 2024 May 12]. Available from:https://www.msdmanuals.com/home/liver-and-gallbladder-disorders/gallbladder-and-bile-duct-disorders/gallstones
3. Sangwan M., Vijayata Sangwan V., Garg M., Singla D., Thami G., Malik P.(2015). Gallstone. disease menacing rural population in north India: a retrospective study of 576 cases in a rural hospital. International Surgery. Int Surg J. 2015; 2(4): 487-491.
4. วรรณา สิทธิไชย.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์; 2567.
5. สุทธิรักษ์ บัวแก้ว.(2562). การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ณ โรงพยาบาลพัทลุง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2562; 33(2): 303-310.
6. วิริยาพร ฤทธิทิศ.(2564). โรคถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute cholecystitis). กรุงเทพฯ : คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
7. วริศรา ตุวยานนท์.(2554). งานสังเคราะห์เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดีทัศน์. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
8. งานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบ้านโป่ง. ทะเบียนการให้บริการระงับความรู้สึก; 2564 ,2565, 2566.
9. ถนอมศรี แดงศร และปัณฑิตา เพ็ญพิมล.(2561). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นช้าผิดจังหวะ ที่ได้รับ การรักษาโดยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราวทางหลอดเลือดดำ. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.

การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากและติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา

Nursing care for preterm with respiratory distress syndrome and sepsis: case study.

(Received: August 18,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 26,2025)

ฉวีวรรณ ฤทธิ์ล้ำเลิศ[1]
Chaweewan Ritlumlert[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากและติดเชื้อในกระแสเลือด โดยศึกษาในทารกเพศชาย คลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ คลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง น้ำหนักแรกคลอด 1,180 กรัม APGAR score นาทีที่ 1, 5, 10 เท่ากับ 6, 8, 6 คะแนน หายใจเหนื่อย SpO_2 79 - 82% กุมารแพทย์ให้ย้ายมาดูแลที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต

ผลการศึกษาพบว่า ในระหว่างดูแลรักษาที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ทารกมีปัญหาหายใจลำบาก ติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ภาวะเส้นเลือดหัวใจเกิน ลำไส้เน่า ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อุณหภูมิกายต่ำ ตัวเหลือง ระดับโปรตีน โซเดียม แมกนีเซียม และเกล็ดเลือดต่ำ น้ำดีคั่ง ตับอักเสบ และโลหิตจาง ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ใส่สายสวนเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงทางสะดือ ใส่สายยางให้อาหารต่อกับเครื่องดูดเสมหะแรงดันต่ำ นำทารกอยู่ในตู้อบ ส่องไฟ ให้ยาปฏิชีวนะ พาราเซตามอล สารอาหารทางเส้นเลือดดำ สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ความเข้มข้นกลูโคสสูง โซเดียมคลอไรด์ และแมกนีเซียมซัลเฟตทางหลอดเลือดดำ วิตามินเค วิตามินอี กรดเออร์โซดีออกซีโคลิก และเลือด การพยาบาลที่สำคัญ คือ ดูแลให้ทารกใช้เครื่องช่วยหายใจและส่องไฟอย่างมีประสิทธิภาพ ควบคุมอุณภูมิกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้ยา สารอาหาร วิตามิน สารน้ำ และเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ดูแลให้นมแม่อย่างเพียงพอ รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังได้รับการรักษาพยาบาลปัญหาส่วนใหญ่ได้รับการแก้ไขหมดไป ยังคงเหลือปัญหาภาวะโลหิตจาง โปรตีนต่ำ ซึ่งต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง แพทย์ได้จำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 69 วัน

คำสำคัญ : ทารกคลอดก่อนกำหนด, ภาวะหายใจลำบาก, ติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care for preterm infants with respiratory distress syndrome and sepsis. This study was conducted with a preterm male infant who was delivered by cesarean section at a gestational age of 29 weeks, with a birth weight of 1,180 grams, and APGAR scores at 1, 5, and 10 minutes were 6, 8, and 6 points. The preterm infant had dyspnea and SpO_2 of 79 - 82%. The pediatrician transferred him to the neonatal intensive care unit.

The study's results found that during treatment in the neonatal intensive care unit, the preterm infant experienced problems with dyspnea, sepsis, Ventilator-Associated Pneumonia, Patent Ductus Arteriosus, Necrotizing Enterocolitis, hypothermia, Neonatal jaundice, Hypoproteinemia, Hyponatremia, Hypomagnesemia, Thrombocytopenia, cholestasis, hepatitis, and anemia. The doctor treated with an Endotracheal tube & Ventilator, an Umbilical venous & artery catheter, an OG with low-pressure suction, Infant incubator, Phototherapy, antibiotics, Paracetamol drops, high-concentration glucose intravenous fluid, 3%Nacl, MgSO4, Vitamin K & E, Ursodeoxycholic acid, and packed red cells. Important nursing care includes ensuring that patients use ventilators & phototherapy effectively, keep normal body temperature, administer medications, TPN, vitamins, intravenous fluids, blood transfusions, adequate breast feeding according to the treatment plan, and preventing various complications. After receiving medical treatment and nursing care, most of the problems were resolved. The remaining problems were

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

anemia and proteinemia, which required continuous monitoring. The doctor discharged him home. The total hospitalization period was 69 days.

Keywords: Preterm, Respiratory distress syndrome, Sepsis

บทนำ

ทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) หมายถึง ทารกคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ถือเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสูติศาสตร์และ กุมารเวชศาสตร์ ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตของทารกแรกคลอดค่อนข้างสูง เนื่องจากทารกที่คลอดก่อนกำหนด ยังมีการเจริญเติบโตของอวัยวะต่างๆ พัฒนาไม่เต็มที่ทั้ง ด้านกายวิภาคและสรีรวิทยา ส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกิดกลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome) ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage) ภาวะลำไส้อักเสบและเน่าตายในทารก (Necrotizing enterocolitis) การติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) เนื่องจากปอดยังทำงานไม่เต็มที่ มีสารลดแรงตึงผิวไม่เพียงพอ หลอดเลือดฝอย ในสมอง และระบบภูมิคุ้มกันไม่สมบูรณ์ ซึ่งทารกคลอดกำหนดต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ราคาสูง และใช้เวลานอนโรงพยาบาลนาน เฉลี่ยรายละ 2 - 3 เดือน ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล[1] โดยจากรายงานสถิติทารกคลอดทั่วโลกขององค์การอนามัยโลกในปีพ.ศ. 2563 มีจำนวนทั้งหมด 134.7 ล้านราย พบทารกคลอดก่อนกำหนด 13.4 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 9.9 ซึ่งจะมีทารกคลอดก่อนกำหนด 1 ราย ในการคลอดทารกทุก ๆ 10 ราย เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนทารกคลอดก่อนกำหนดใน 10 ปีที่ผ่านมาพบว่า ลดลงเพียงเล็กน้อย เมื่อเทียบกับปี 2553 (13.8 ล้านราย) นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2564 พบทารกคลอดก่อนกำหนดเสียชีวิตในช่วง 5 ขวบปีแรก ประมาณ 1 ล้านราย สำหรับประเทศไทย ได้มีการพัฒนาการดูแลรักษา การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ทำให้พบอัตราทารกคลอดก่อนกำหนด (ช่วงอายุครรภ์ 24 – 36 สัปดาห์ 6 วัน) มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 14.54 ในปี พ.ศ 2562 และร้อยละ 9.98 ในปี พ.ศ. 2567[2] ซึ่งยังเกินค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ในปี พ.ศ. 2568 คือ อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 8 นอกจากนี้ รายงานจากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า จากปีงบประมาณ 2560 ถึง 2565 อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal mortality rate) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 4.4 เพิ่มเป็น 4.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน โดยสาเหตุหลักร้อยละ 40 มาจากการคลอดก่อนกำหนด[3]

จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 - 2566 พบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดจำนวน 72, 79, และ 76 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 6.56, 7.84, และ 7.42 ของการคลอดทั้งหมด ซึ่งทุกปี ไม่เกินเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขตามที่กล่าวข้างต้น แต่พบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดเสียชีวิตภายใน 28 วัน จำนวน 4, 2, 4 ราย ตามลำดับ[4] สาเหตุการเสียชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนดทั้งหมดเกิดภาวะแทรกซ้อนจากติดเชื้อทางเดินหายใจ จากข้อมูลดังกล่าวจึงสะท้อนให้เห็นปัญหาการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นพยาบาล ผู้มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และความชำนาญพิเศษด้านการป้องกันจัดการกับภาวะ แทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทารกคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวช จึงสนใจศึกษาการพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากและติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อนำไปสู่ความรู้ที่ได้ มาเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาศักยภาพการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และ การพัฒนาแนวทางการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ทำให้การดูแลทารกกลุ่มนี้ มีประสิทธิภาพ

เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ทารกมีอัตราการทุพพลภาพ และเสียชีวิตลดลง และมีคุณภาพชีวิต ที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากและติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากและติดเชื้อในกระแสเลือดย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากและติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นกรณีศึกษา จำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นทารกที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน รุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์สูงในการดูแล ช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับทารกแรกเกิดจากการสอบถามบิดามารดา การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ ระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาประเมินปัญหาความต้องการของทารกแรกเกิด บิดามารดา และนำมากำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ทารกเพศชายคลอดก่อนกำหนดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2567 เวลา 15.54 น. มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอด 1,180 กรัม APGAR score นาทีที่ 1, 5, 10 เท่ากับ 6, 8, 6 คะแนน หายใจลำบาก SpO_2 79-82% กุมารแพทย์ให้ย้ายมาดูแลที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต และให้การวินิจฉัยโรค Prematurity, RDS S/P Surfactant, Early onset neonatal sepsis (EONS), Transient tachypnea of newborn (TTN) จำหน่ายทุเลา เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 69 วัน

ประวัติมารดาขณะตั้งครรภ์และคลอด

มารดาอายุ 27 ปี G_1P_0 GA 29 สัปดาห์ ไม่เคยมาฝากครรภ์ ขณะทำผ่าตัด BP สูง (Severe PIH) ได้รับ 50% $MgSO_4$ ⓥ drip

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

ทารกซึม ผิวบาง ลายมือ ลายเท้าน้อย หายใจลำบาก มี Subcostal retraction ตัวเย็น BT = 35°C, HR =168 beat/min, RR = 64 beat/min, BP=51/39 mmHg, SpO_2= 93% on nasal CPAP ประเมิน SIRS criteria ได้ 7 คะแนน

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ทารกมีภาวะเนื้อเยื่อร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากหายใจไม่มีประสิทธิภาพ จากขาดสารลดแรงตึงผิวในปอด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ 2. หายใจเหนื่อย มี Subcostal retraction 3. สัญญาณชีพ HR = 168 beat/min, RR = 64 beat/min, BP= 51/39 mmHg 4. SpO_2 = 79 - 82% 5. ผล ABG พบ metabolic acidosis with partly compensated respiratory alkalosis (pH 7.315, PCO_2 37.5, PO_2 113, HCO_3 20 mmol/L, BE - 6.7 mmol/L) 6. CXR มี mild RDS with fluid in minor fissure 7. แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Prematurity, RDS S/P Surfactant, Presumptive Early onset neonatal sepsis (EONS) **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนและมีการระบายอากาศอย่างเพียงพอ	1. จัดเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ใส่ ETT และช่วยแพทย์ใส่ ETT 2. ดูแลตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา คือ setting PCAC- VG mode P_{max} 20 cmH_2O, PEEP 5 cmH_2O, VG 4.5 ml, RR 60 beat/min, T_i 0.3, FiO_2 0.3 keep SpO_2 90 - 95% ถ้า SpO_2 > 95% ให้ลด FiO_2 เพื่อป้องกันภาวะพิษออกซิเจนต่อตา 3. ตรวจสอบตำแหน่ง ETT ให้อยู่ที่ 7 cm มุมปาก (ปลาย ETT อยู่ตำแหน่ง T1-T2) ทุก 4 ชั่วโมง จัดสาย ข้อต่อต่างๆ ของเครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้ดึงรั้ง หรือหักพับ ระวังข้อต่อของเครื่องช่วยหายใจและท่อช่วยหายใจหลุดจากกัน เพราะจะทำให้ทารกขาดออกซิเจนได้ ฟังเสียงปอด เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของปอด และการอุดกั้นของทางเดินหายใจจากเสมหะเป็นระยะๆ 4. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจ เช่น ภาวะ Barotrauma, Volutrauma หรือ Pneumothorax 5. จัด Position ให้ทางเดินหายใจตรง โดยใช้ผ้าม้วนเล็กๆ หนุนใต้ไหล่ให้คอแหงนเล็กน้อย จะช่วยให้มีการระบายอากาศเข้าออกปอดได้สะดวก และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะทุกครั้งที่ฟังเสียงปอดได้เสียงเสมหะ ก่อนดูดเสมหะเพิ่ม FiO_2 เป็น 1.0 ประมาณ 1 นาที ใช้ความดันขณะดูดเสมหะระหว่าง 60 - 80 mmHg และดูดแต่ละครั้ง นานไม่เกิน 10 -15 วินาที ขณะดูดเสมหะสังเกตอาการทารก ถ้าสีผิวเขียว หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น ควรหยุดดูดเสมหะทันที เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจน หลังดูดเสมหะประเมินเสียงปอดทุกครั้ง 6. Monitor O_2 saturation ถ้า SpO_2 < 90% ประเมินหาสาเหตุและรายงานแพทย์ทราบ 7. ดูแลให้สารลดแรงตึงผิว คือ Curosurf ตามแผนการรักษา โดยช่วยแพทย์ให้ Curosurf ข้างละ 1.4 ml via ETT ดังนี้ 7.1 ตรวจสอบตำแหน่ง และความลึกของท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง และดูดเสมหะ เปิดทางเดินหายใจให้โล่งก่อนให้ยา 7.2 ประเมินค่าออกซิเจนในเลือด คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และความดันโลหิตตลอดเวลาที่ให้ยา 7.3 การเตรียมยา ควรตั้งยาไว้ที่อุณหภูมิห้องประมาณ 20 นาทีหรืออุ่นโดยกำไว้ในอุ้งมืออย่างน้อย 8 นาที ห้ามอุ่นโดยใช้เครื่องทำความอุ่น และห้ามเขย่าขวด 7.4 เตรียมสายให้อาหารขนาด 5F ที่มีรูเปิดเพียงรูเดียว ตัดปลายสายออกให้ได้ความยาวเท่ากับความยาวของท่อช่วยหายใจบวกกับข้อต่อท่อช่วยหายใจ ซึ่งเมื่อใส่ลงในท่อช่วยหายใจให้ความยาวเลยออกไปเพียงเล็กน้อย แต่ยังอยู่เหนือ Carina ของทารก 7.5 จัด Position ศีรษะต่ำ 15 – 30 องศา ตะแคงข้างขวา และข้างซ้ายขึ้น 7.6 หลังจากแพทย์ให้สาร Curosurf เรียบร้อย ให้ O_2 ด้วยวิธี Hand-bagging นานประมาณ 1 นาที หรือจนกระทั่งผู้ป่วยมี O_2 sat กลับสู่ภาวะปกติ แล้วต่อเครื่องช่วยหายใจ 7.7 งดดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจอย่างน้อย 6 ชั่วโมง หลังจากให้สารลดแรงตึงผิว เพื่อหลีกเลี่ยงการดูดสารลดแรงตึงผิวออก และให้ยากระจายตัวเคลือบถุงลมปอดทั่วถึง 7.8 ประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอกสีผิว SpO_2 เฝ้าระวังการมีเลือดออกใน ETT เพื่อป้องกันการเกิดอาการ แทรกซ้อนจากการให้ Curosurf ได้แก่ Bradycardia, Pulmonary hemorrhage, Transient hypoxia, Hypercapnia, Hypotension 8. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจลำบาก (หายใจเร็วและหอบ เสียงหายใจลดลง อกบุ๋ม ชายโครงบุ๋ม ปีกจมูกบาน กระสับกระส่าย หายใจมีเสียงคราง) สีผิวบริเวณเยื่อบุปาก จมูก และปลายมือ ปลายเท้าเขียวคล้ำ เพื่อให้การช่วยเหลือทารกได้อย่างทันท่วงที

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	9. ประเมินสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะและอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้า BP < 50/30 mmHg, MAP < 30 mmHg., HR >160 beat/min, RR > 60 beat/min รายงานแพทย์ทราบ 10. ดูแลให้ทารกอยู่ในตู้อบ เพื่อให้ความอบอุ่น และจัดกิจกรรมดูแลทารกในคราวเดียวกัน (Cluster nursing care) เพื่อลดการใช้พลังงานและออกซิเจน 11. ติดตามผล ABG เพื่อประเมินภาวะกรด ด่างในเลือด 12. ดูแลทารกให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่รบกวนทารกบ่อยครั้งจนเกินไป 13. แนะนำบิดามารดาระหว่างเยี่ยมทารก ให้สังเกตลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ เช่น หอบเหนื่อย ชายโครงบุ๋มเพิ่มขึ้น และสีผิวของทารกโดยเฉพาะบริเวณรอบปาก รอบจมูก และปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ หายใจปีกจมูกบาน ให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทราบ **ประเมินผลการพยาบาล** ทารกมีผิวกาย ปลายมือปลายเท้า ริมฝีปากชมพู หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ลักษณะสม่ำเสมอ ไม่มี subcostal retraction RR= 46 - 56 beat/min, SpO_2 = 98 - 100%, HR =156-162 beat/min., BP= 55 -74 /30 - 42 mmHg, MAP = 38 - 52 mmHg หลังได้รับยา Curosurf ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผล ABG ปกติ pH 7.360, PCO_2 34.1 mmHg, PO_2 81 mmHg, HCO_3 24 mmol/L, BE -.3 mmol/L) สามารถ wean Ventilator ได้ ให้เป็น NIPPV และ Nasal CPAP แล้ว off ให้ทารกหายใจเอง ในอากาศปกติ ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ และหายใจลำบาก SpO_2 = 98 - 100%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ทารกมีภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ น้ำหนัก 1,180 กรัม 2. แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Prematurity, RDS S/P Surfactant, EONS 3. ทารกซึม หายใจลำบาก มี Subcostal retraction 4. BT=35°C, HR =168 beat/min, RR = 64 beat/min 5. PEWS score 7 คะแนน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดการติดเชื้อในกระแสเลือด 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อกจากติดเชื้อ ในกระแสเลือด	1. ประเมินและวัดสัญญาณชีพ MAP ทุก 15-30 นาที จนปกติ หลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง 2. ประเมิน สังเกต อาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย หน้าอกบุ๋ม ปีกจมูกบาน กล้ามเนื้อซายโครงดึงรั้ง เขียวตามปลายมือปลายเท้า เล็บมือ เล็บเท้า ริมฝีปากหรือทั่วตัว HR >160 beat/min หรือ < 100 beat/min คา SpO_2 < 90% 3. ประเมิน สังเกต อาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ได้แก่ ผิวสีเทา ซีด Duskyหรือตัวลาย Capillary filling time > 3 วินาที, SBP < 50 mmHg, MAP < 30 mmHg, urine output < 1 ml/kg/hr, HR > 180 หรือ < 100 beat/min หายใจผิดปกติ หายใจเฮือก (Grasping) 4. ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา คือ On ETT &Ventilator setting PCAC - VG mode P_{max} 20 cmH_2O, PEEP 5 cmH_2O, VG 4.5 ml, RR 60 beat/min, T_i 0.3, FiO_2 0.3 keep SpO_2 90 - 95% 5. จัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์และช่วยแพทย์ทำหัตถการ Umbilical vein catheter (UVA) และ Umbilical artery catheter (UAC) เพื่อให้สารน้ำ ยา สารอาหารที่มีความเข้มข้นสูงทางหลอดเลือดดำ และเป็นช่องทางสำหรับการดูดเลือดส่งตรวจ โดยทารกไม่ต้องเจ็บตัวบ่อยครั้ง 6. ส่งเลือดเพาะเชื้อ ภายใน 1 ชั่วโมง หลังแพทย์สั่งการรักษาและติดตามผลการตรวจ 7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาโดยให้ภายหลังส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพาะเชื้อ และได้รับการวินิจฉัยภาวะ sepsis ภายใน 1 ชั่วโมง และยึดหลักบริหารยา 7R ได้แก่ 7.1 Ampicillin 55 mg Ⓥ q 12 hr เฝ้าระวังอาการข้างเคียง ท้องเสีย อาเจียน ผื่นแดง อาการแพ้ยาชนิด Anaphylaxis เช่น หายใจลำบาก บวม หัวใจเต้นเร็ว มีผื่นคัน เป็นต้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7.2 Gentamycin 5 mg Ⓥ q 48 hr เฝ้าระวังอาการข้างเคียง โดยติดตามประเมินหน้าที่การทำงานของไต รวมทั้งการบันทึก Intake/ Output โดยให้ปัสสาวะอยู่ในช่วง 1-6 ml/ kg/hr ชั่งน้ำหนักวันละครั้ง ตรวจสอบการได้ยินเมื่อทารกพร้อม เนื่องจากยานี้จะทำลายเส้นประสาทคู่ที่ 8 ซึ่งทำให้หูหนวก 8. ดูแลให้ 10%D/W 200 ml Ⓥ 3.5 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อทดแทนสารน้ำที่สูญเสียออกนอกเส้นเลือดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระหว่างการให้สารน้ำประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน (Volume overload) ทุก 15-30 นาที เช่น ไอ เสมหะเป็นฟอง ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ติดตามผล CXR มี pulmonary edema หรือ infiltration 9. บันทึกและประเมิน urine output ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต 10. เฝ้าระวัง สังเกตอาการและอาการแสดงของการทำงานระบบต่างๆ ของร่างกายผิดปกติ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยประเมินสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระบบหายใจ โดยประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ ระบบประสาท โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว ระบบเลือด โดยประเมินค่า Hb, Platelet count ระบบเผาผลาญอาหาร โดยติดตามค่า DTX และไต โดยติดตามค่า HCO_3, K, ABG, BUN, Creatinine และ urine output 11. ประเมินความเพียงพอของสารน้ำ (Adequate fluid resuscitation) ภายหลังได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างน้อย 20- 30 ml/kg โดยพิจารณาจากพารามิเตอร์ดังนี้ MAP > GA,HR = 100 -180 beat/min, urine output >1 ml/kg/hr, Capillary refill time < 2 วินาที ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น ไม่มีความแตกต่างคุณภาพของชีพจรระหว่างชีพจรส่วนปลาย(Peripheral pulse) และชีพจรส่วนกลาง (Central pulse) หากประเมินความเพียงพอของปริมาณสารน้ำ พบ MAP < GA หรือภาวะ Hypotension คือ SBP < 50 mmHg แสดงว่าทารกแรกเกิดมีภาวะ fluid refractory shock รายงานแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาให้ vasopressor drug หรือ I*notropic drug* **ประเมินผลการพยาบาล** ทารกเคลื่อนไหวได้ดี ผิวกาย ปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปากสีชมพู สัญญาณชีพปกติ BT=37 – 37.1°C, HR = 156-162 beat/min, RR = 46 - 56 beat/min, BP= 55 -74 /30 - 42 mmHg, MAP 38 - 52 mmHg, Capillary filling time < 2 วินาที ขณะใส่เครื่องช่วยหายใจและหลังเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่มีหายใจลำบาก ลักษณะการหายใจสม่ำเสมอ SpO_2 98 - 100% urine output เฉลี่ย 5 - 8 ml/hr PEWS score 2 คะแนน ผล H/C no growth, DTX ต่ำ (DOL1) 21 mg%, Platelet ต่ำ (DOL2) 104,000 cell/mm^3, Hb ต่ำ (DOL36) = 9.6 g/dL
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ทารกเกิดภาวะปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีโอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้น เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายยังทำงานไม่เต็มที่จากการคลอดก่อนกำหนด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ 2. ทารก on ETT with Ventilator มานาน 6 วัน 3. DOL6 ทารกมีไข้ BT = 38°C หายใจเหนื่อย มีเสียงครืดคราดในท่อช่วยหายใจ เสมหะเปลี่ยนเป็นสีเหลือง ลักษณะเหนียว SpO_2 ต่ำลง 88 - 89% CXR มี infiltration both lung ผล Sputum gram stain	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และ SpO_2 ทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าพบ SBP < 50 mmHg, MAP < 30 mmHg, HR >160 beat/min, RR > 60 beat/min, SpO_2 < 90% รายงานแพทย์รับทราบ 2. สังเกต และประเมินอาการและอาการแสดงภาวะติดเชื้อในทางเดินหายใจ เช่น เสมหะเปลี่ยนสีและมีจำนวนมาก อุณหภูมิต่ำหรือสูงกว่าปกติและไม่คงที่ มีอาการหายใจลำบาก (ปีกจมูกบาน หน้าอกบุ๋ม หายใจมีเสียงคราง เสียงวี๊ด) เสียงเสมหะในหลอดลม หายใจเร็ว หยุดหายใจ อัตราการเต้นหัวใจผิดปกติ SpO_2 < 90% WBC >12,000 หรือ < 4,000 cell/mm^3 3. สังเกต และประเมินอาการและอาการแสดงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ ซึม นมไม่ย่อย ท้องอืด เคลื่อนไหวน้อยลง ซีด ตัวลาย ตัวเย็น เขียว 4. ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ มองเห็นเสมหะในท่อช่วยหายใจ ได้ยินเสียงหายใจลดลง RR > 60 beat/min ร่วมกับลักษณะหายใจผิดปกติ เช่น ปีกจมูกบาน หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ HR > 20 ครั้งจากอัตราปกติ มีการเปลี่ยนแปลงระดับ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
พบ gram +ve cocci in pair cluster, gram-ve bacilli, Leukocyte few, Sputum culture (Day 3) พบ Enterobacter Cloacae ผล CBC พบ WBC= 22,350 cell/mm^3, Neutrophil =75%, Lymphocyte = 9 %] **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดการติดเชื้อที่ปอดและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบ	ความรู้สึกตัว เช่น ดิ้นกระสับกระส่าย ซึม SpO_2 < 90% ดูดเสมหะโดยยึดหลักปลอดเชื้อ ใช้ความดัน 60 - 80 mmHg ครั้งละไม่เกิน 10 -15 วินาที เปลี่ยนสายวงจรเครื่องช่วยหายใจและเครื่องทำความชื้นเมื่อปนเปื้อน และเทน้ำที่ค้างอยู่ในสายเครื่องช่วยหายใจออก เป็นระยะๆ 5. จัดท่านอนศีรษะสูงอย่างน้อย 15 องศา ช่วยให้มีการระบายอากาศเข้าออกปอดได้สะดวก ป้องกันการสำลัก 6. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล หรือจับต้องตัวทารกทุกครั้ง ด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ โดยใช้หลัก 5 moments และเช็ดมือให้แห้ง กรณีที่เร่งด่วนและมือสะอาดไม่เปื้อนสารคัดหลั่งให้ใช้น้ำยาหรือที่ ผสม alcohol โดยให้น้ำยาชุ่มมือ รอจนแห้งจึงจะฆ่าเชื้อได้ เพื่อลดจำนวนเชื้อโรค และป้องกันการติดเชื้อ จากผู้ให้บริการสู่ทารกและจากทารกไปสู่ทารกรายอื่น ๆ 7. ดูแลทำความสะอาดร่างกาย สะดือ และช่องปาก รวมทั้งเตียงและอุปกรณ์ข้างเตียง 8. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา โดยยึดหลักบริหารยา 7R [1) Right drug (ให้ยาถูกชนิด) 2) Right dose (ให้ขนาดถูกต้อง) 3) Right patient (ให้ถูกคน) 4) Right route (ให้ถูกทาง) 5) Right time and frequency 6) Right technique (บริหารยาถูกวิธี) 7) Right document (บันทึกการใช้ยาถูกต้อง)] 8.1 Cefotaxime 60 mg Ⓥ q 12 hr เฝ้าระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ ผื่นแดง เส้นเลือดดำอักเสบ ถ่ายเหลว เม็ดเลือดขาวต่ำ เม็ดเลือดขาวชนิดแกรนูโลไซต์ต่ำ (Granulocytopenia) และภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอซิโนฟิลสูง (Eosinophilia) 8.2 Amikin 16 mg Ⓥ q 48 hr เฝ้าระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ พิษต่อหูทั้งระบบการทรงตัวและระบบการได้ยิน พิษต่อไตเป็นแบบชั่วคราว 8.3 Meropenem 50 mg Ⓥ q 8 hr เฝ้าระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ ถ่ายเหลว คลื่นไส้อาเจียน ผื่นแดง และผิวหนังอักเสบบริเวณที่ให้ยา 9. แนะนำให้บิดา มารดาล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังจับต้องทารก และสิ่งแวดล้อมข้างเตียง 10. ติดตามผลการตรวจ Hemo culture, Sputum culture, CBC, CXR เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ทารกเคลื่อนไหวได้ดี สีผิวปลายมือ ปลายเท้าชมพู หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพปกติ BT=37 – 37.1°C, HR = 156-162 beat/min, RR = 46 - 56 beat/min, BP= 55 -74 /30 - 42 mmHg, MAP 38 - 52 mmHg ผล CBC พบ WBC= 11,020 cell/mm^3, Neutrophil = 47%, Lymphocyte = 40 %] Hemo culture ไม่พบการติดเชื้อ CXR ปกติ ไม่มีคำสั่งการรักษาส่งตรวจ Sputum culture ซ้ำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ทารกเสี่ยงต่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดบกพร่องจากหลอดเลือดหัวใจเกินยังไม่ปิด **ข้อมูลสนับสนุน** แพทย์ตรวจร่างกายพบเสียง murmur LPSB เกรด II R/O PDA **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ SpO_2 ทุก 1 ชม. เพื่อติดตามอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว และความรุนแรงของการไหลลัดวงจรของเลือดจากหลอดเลือดแดงสู่หลอดเลือดดำ 2. จัดให้นอนศีรษะสูง 15-30 องศา ช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ส่งผลให้การนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายมากขึ้น 3. ฟังเสียงหัวใจที่ผิดปกติ เพื่อประเมินความรุนแรงของการไหลลัดวงจรของเลือดจากหลอดเลือดแดงสู่หลอดเลือดดำจากเสียง murmur 4. ดูแลให้ Paracetamol drop 0.2 ml q 6 hr x 7 วัน เพื่อยับยั้งการสร้างสาร prostaglandin ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว การไหลลัดวงจรของเลือดจากหลอดเลือดแดงสู่หลอดเลือดดำลดลง มีผลให้หลอดเลือด PDA ปิด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. บันทึกจำนวนสารน้ำเข้า ออกจากร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 6. ชั่งน้ำหนักตัวทารกทุกวัน เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน 7. สังเกตอาการของการไหลลัดวงจรของเลือดจากหลอดเลือดแดงสู่หลอดเลือดดำรุนแรงขึ้น ได้แก่ Tachycardia, Tachypnea, Wide pulse pressure, Hypotension, เสียง murmur ชัดขึ้น ซึม เลือดออกในกระเพาะอาหาร ท้องอืด และปัสสาวะน้อยลงกว่า 1 ml/kg/hr 8. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็ว แขน ขา บวม น้ำหนักเพิ่ม 9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Electrolyte, Bun, Cr, Platelet **ประเมินผลการพยาบาล** ทารกมีสัญญาณชีพปกติ HR = 156-162 beat/min, RR = 46 - 56 beat/min, BP= 55 -74 /30 - 42 mmHg, SpO_2 98-100% หายใจไม่เหนื่อย ไม่พบเสียง murmur
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ทารกมีประสิทธิภาพการทำงานของลำไส้ลดลงเนื่องจากลำไส้เน่าจากลำไส้ขาดเลือดและออกซิเจน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. DOL 14 ทารกท้องอืดตึง อาเจียนเป็น bile ผล CXR include abdomen พบ bowel dilatation 3. แพทย์วินิจฉัยมีภาวะลำไส้เน่าอักเสบ (Necrotizing Enterocolitis: NEC) stage 1B **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของลำไส้และลดการเกิดลำไส้เน่าอักเสบ 2. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะลำไส้เน่า	1. งดน้ำงดอาหารทางปาก 2. ต่อ OG ลงถุง ดูดออกให้เป็นระยะๆ ทุก 8 ชั่วโมง ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ดูแลเปลี่ยนเป็น Intermittent suction และ continuous low-pressure suction เพื่อระบายลมและ gastric content ตามแผนการรักษา บันทึก ปริมาณและลักษณะ content 3.ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามและเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในช่องท้องและติดเชื้อในกระเลือดและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ 4. ประเมินสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ DIC, septic shock และ peritonitis เช่น ท้องอืดแข็ง ซึม อุณหภูมิกายไม่คงที่ content สีเขียว ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด รีบรายงานแพทย์ทันที 5. ดูแลให้ TPN, 20% Intralipidid Ⓥ drip ตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นและน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 6.1 Amikin 16 mg Ⓥ q 48 hr เฝ้าระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ พิษต่อหูทั้งระบบการทรงตัวและระบบการได้ยิน พิษต่อไตเป็นแบบชั่วคราว 6.2 Meropenem 50 mg Ⓥ q 8 hr เฝ้าระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ ถ่ายเหลวคลื่นไส้อาเจียน ผื่นแดง และผิวหนังอักเสบบริเวณที่ให้ยา 7. ส่งตรวจ Stool exam และ Stool culture และติดตามผล 8. ติดตามผล Hct, Hb, WBC, Platelet count, Electrolyte รวมถึงผลการเพาะเชื้อและ Abdominal X-ray 9. เมื่อเริ่มให้นมทาง OG tube เริ่มด้วยนมแม่อย่างเดียว สังเกต บันทึกจำนวนและลักษณะของนม ที่เหลือคางในกระเพาะอาหารก่อนให้นมทุกมื้อ **ประเมินผลการพยาบาล** ทารกมีสัญญาณชีพปกติ ท้องไม่อืด ไม่อาเจียน ผล stool occult blood negative, Stool culture no growth ผล CBC พบ WBC ปกติ= 11,020 cell/mm^3, Neutrophil ปกติ = 47%, Lymphocyte ปกติ = 40 %, Platelet count ปกติ =398,000 cell/mm^3, Hb ต่ำ =10.7 g/dL, Hct ต่ำ = 30.8 % Abdominal X-ray normal bowel gas pattern
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากการเผาผลาญพลังงานในร่างกายทำงานยังไม่สมบูรณ์ และความต้องการพลังเพิ่มขึ้นจากการติดเชื้อในร่างกาย	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ทุก 4 ชั่วโมง 2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว อุณหภูมิกายต่ำ แขนขาสั่น เกร็ง ซึม ตอบสนองช้า เหงื่อออกมาก หยุดหายใจ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ 2. ทารกมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 3. DTX = 21 mg% **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	3. ดูแลให้ 10% D/W 2 ml Ⓥ push, 12.5% D/W 300 ml Ⓥ drip rate3 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด 4. ตรวจ DTX ภายหลังได้รับการรักษา 1 ชั่วโมง และตอนเช้า x 3 วัน 5. บันทึกปริมาณน้ำเข้า ออกจากร่างกาย เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหลังได้รับการรักษาด้วยกลูโคส **ประเมินผลการพยาบาล** ทารกเคลื่อนไหวได้ดี ผิวกายอุ่น ปลายมือ ปลายเท้าสีชมพู สัญญาณชีพปกติ BT=37 – 37.1°C, HR = 156-162 beat/min, RR = 46 - 56 beat/min, BP= 55 -74 /30 - 42 mmHg, DTX อยู่ในช่วง 81 -134 mg%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ทารกมีภาวะอุณหภูมิกายต่ำเนื่องจากศูนย์ควบคุมความร้อนในสมองโครงสร้างของผิวหนังไม่สมบูรณ์ และพื้นที่ผิวกายมากกว่าน้ำหนักตัว **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ 2. BT=35°C ปลายมือปลายเท้าซีด ตัวเย็น **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มอุณหภูมิกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. นำทารกเข้าตู้อบ เพื่อเป็นลดการสูญเสียความร้อน โดยการพาความร้อน ดูแลให้อยู่ใน Neutral Thermal Environment (NTE) 2. ดูแลทารกไม่ให้เปียกชื้น เพื่อลดการสูญเสียความร้อนแบบระเหย 3. หลีกเลี่ยงไม่ให้ทารกนอนบริเวณที่มีกระแสลมพัดผ่าน เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนแบบการพาความร้อน 4. หลีกเลี่ยงไม่ให้ผิวหนังทารกสัมผัสกับของที่มีความเย็น เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนแบบการนำความร้อน 5. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 - 30 นาที โดยเฉพาะอุณหภูมิกายจนกว่าจะปกติและคงที่เป็นเวลา 2 ชั่วโมง จากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของทารก 6. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ได้แก่ หายใจเร็ว หายใจลำบาก ปลายมือ ปลายเท้าเย็นและเขียว ตัวลาย หัวใจเต้นช้า ซึม **ประเมินผลการพยาบาล** ทารกเคลื่อนไหวได้ดี ผิวกายอุ่น ปลายมือ ปลายเท้าสีชมพู BT=37 – 37.1°C, HR =156 -162 beat/min, RR =46 - 56 beat/min, BP=55 -74 / 30 - 42 mmHg
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ทารกมีภาวะ ไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายและขาดสารอาหารเนื่องจากระบบการย่อยและการดูดซึมยังไม่สมบูรณ์ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ น้ำหนัก 1,180 กรัม 2. งดอาหารและน้ำทางปากนาน 11วัน 3. DOL 9 ผล CBC พบ Hb ต่ำ =11.2 g/dL, Hct ต่ำ = 33.7% ผล Blood chemistry พบ Albumin ต่ำ = 1.8 g/dL, Electrolyte พบ Sodium ต่ำ = 116 mmol/L, Magnesium ต่ำ 1.4 mg/dL **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อเพิ่มปริมาณโซเดียม แมกนีเซียมและสารอาหารโปรตีนในร่างกายให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 2. เพื่อรักษาสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยสังเกตการตอบสนองของทารกต่อสิ่งแวดล้อม ทุก 1 ชั่วโมง 2. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ได้แก่ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึม ชัก หมดสติ หยุดหายใจ 3. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ หายใจเหนื่อย กล้ามเนื้ออ่อนแรงสั่น มือเท้าจีบ รีเฟล็กซ์ไว ชัก 4. ดูแลให้ 3% NaCl 6 ml Ⓥ drip in 4 hr ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มปริมาณโซเดียมในเลือด เฝ้าระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ อาการของ hypernatremia, hypocalcemia และ hypokalemia 5. ดูแลให้ 50% $MgSO_4$ 0.1 ml + 5 W up to 2 ml x 2 dose q 4 hr ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มปริมาณแมกนีเซียมในเลือด เฝ้าระวังผลข้าเคียง 6. ดูแลให้ TPN, 20% Intralipidid Ⓥ drip ตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เป็นแหล่งพลังงานหลักของร่างกายอย่างพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน รวมทั้งวิตามิน และแร่ธาตุที่ละลายในไขมัน 7. ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน รายงานแพทย์หากน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลงมากกว่า 56.8 กรัม 8. ติดตามผล Sodium, Magnesium เกลือแร่อื่นๆ Albumin 9. กรณีแพทย์มีคำสั่งให้เริ่มให้อาหารทางสายยางได้ ดูแลให้นมแม่ ปริมาณความถี่และระยะเวลาในการให้นม ตามแผนการรักษา 10. กระตุ้นให้มารดาบีบน้ำนมใส่ขวด เพื่อเก็บน้ำนมไว้ให้ทารก **ประเมินผลการพยาบาล** ทารกเคลื่อนไหวได้ดี ผิวหนังตึงตัวดี ไม่แห้ง กล้ามเนื้อไม่ลีบ ไม่อาเจียน ท้องไม่อืด ขับถ่ายปกติ น้ำหนักตัวลดลงในช่วง 3 วันแรก หลังจากนั้นน้ำหนักเพิ่มวันละ 10 – 50

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	กรัม จนจำหน่ายทารกมีน้ำหนักตัว 2,960 กรัม สัญญาณชีพปกติ BT=37 – 37.1°C, HR = 156-162 beat/min, RR = 46 - 56 beat/min, BP= 55 -74 /30 - 42 mmHg ผล Electrolyteและเกลือแร่ต่างๆ ปกติ Sodium =137 mmol/L, Potassium = 5.2 mmol/L Magnesium =2.3 mg/dL, Calcium = 8.7 mg/dL, Magnesium = 2.3 mg/dL, Chloride= 106 mmol/dL, Phosphorus = 4.2 mg/dL ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า Albumin, Hb, Hct เพิ่มขึ้นจากเดิมแต่ยังคงต่ำกว่าค่าปกติ คือ Albumin =2.6 g/dL, Hb =10.7 g/dL, Hct ต่ำ 30.8 %
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ทารกมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากสารที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือดไม่สามารถสร้างได้เต็มที่จากตับยังทำงานไม่สมบูรณ์ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ 2. หลัง off UAC มีเลือดซึม 3. DOL 3 ผล CBC พบ Platelet count ต่ำ 140,000 cell/mm^3, ผล Coagulogram พบ PT = 15.5วินาที, PTT= 68 วินาที, INR =1.28 **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ	1. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพื่อป้องกันทารกบาดเจ็บ 2. สังเกตการมีจ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง หรืออาการที่มีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอง ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ และตามเยื่อบุต่างๆ 3. ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และสังเกตการโป่งตึงของขม่อมหน้าในทารก วัดเส้นรอบศีรษะสัปดาห์ละครั้ง เพื่อเฝ้าระวังเลือดออกในสมอง 4. ดูแลให้ Losec 1 mg Ⓥ OD เพื่อลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ป้องกันการเกิดแผลและมีเลือดดอกในกระเพาะอาหาร 5. ดูแลให้ Vit K 10 mg Ⓜ เพื่อช่วยในกระบวนการแข็งตัวของเลือด เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ การติดเชื้อบริเวณตำแหน่งที่ฉีด การบาดเจ็บต่อเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ 6. ดูแลให้ Vit K 2.5 mg twice a week เพื่อช่วยในการแข็งตัวของเลือด 7. ติดตามผล CBC และ Coagulogram **ประเมินผลการพยาบาล** ทารกสัญญาณชีพปกติ HR = 156-162 beat/min, RR = 46 - 56 beat/min, BP= 55 -74 /30 - 42 mmHg ไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ผล CBC พบค่า Hb ต่ำ =10.7 g/dL, Hct ต่ำ 30.8%, Platelet count ปกติ = 398,000 cell/mm^3 แพทย์ไม่มีคำสั่งส่งตรวจ Coagulogram ซ้ำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ทารกตัวเหลือง เนื่องจากระดับบิลิรูบินในเลือดสูงจากเม็ดเลือดแดงแตกง่ายและตับทำงานไม่สมบูรณ์จากการคลอดก่อนกำหนด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ 2. DOL3 ทารกตัวเหลือง ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ผลตรวจ Microbilirubin (MB) 14.6 mg/dL, Hct 55% **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดในอยู่ในระดับปกติ 2. เพื่อป้องกันการเกิด Kernicterus	1. ส่องไฟรักษา โดยถอดเสื้อผ้าทารกออก ปิดตาทารกให้สนิท และให้ทารกอยู่ห่างจากหลอดไฟ 45-50 cm 2. เปลี่ยนผ้าปิดตาทุกเวร และขณะเปลี่ยนผ้าปิดตา จ้องหน้าทารก เพื่อกระตุ้นการมองเห็น และเปิดตาทารกเมื่อบิดามารดาเข้าเยี่ยม เพื่อให้บิดามารดาได้มองทารก เพื่อส่งเสริมสายสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารก 3. พลิกตะแคงตัวทารกทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้ผิวหนังทุกส่วนได้รับการส่องไฟอย่างทั่วถึง 4. สังเกตและบันทึกอาการข้างเคียงที่เกิดจากการส่องไฟรักษา เช่น ผื่นขึ้น ถ่ายเหลว หรือผิวหนัง ไหม้ มีผื่นแดง ขาดน้ำ ปัสสาวะออกน้อย หรือมีไข้ 5. สังเกตอาการผิดปกติเช่น ซึมลง ไม่ร้อง เหลืองมากขึ้น รายงานแพทย์ให้การรักษาทันที 6. ติดตาม Hct, MB วันละ 1 ครั้ง **ประเมินผลการพยาบาล** หลังส่องไฟ 7 วัน ทารกตัวเหลืองลดลง MB 4 mg/dl, Hct 37 % ไม่มีไข้ ไม่มีอาการซึม ชัก เกร็ง ผิวหนังชุมชื้นดี ไม่มีผื่นแดง หรือผิวหนังไหม้ Intake/output: Positive balance, urine output 5-8 ml/kg/hr
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ทารกเกิดภาวะแทรกซ้อนน้ำดีคั่ง ตับอักเสบ เนื่องจากได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำเป็นเวลานาน **ข้อมูลสนับสนุน**	1. หยุดให้อาหารทางหลอดเลือดดำ TPN, 20% Intralipidid Ⓥ drip ตามแผนการรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ทารกได้รับการให้อาหารทางหลอดเลือดดำเป็นเวลานาน 27 วัน ทำให้ทางเดินอาหารไม่ได้ทำงานนาน ตับและระบบทางเดินน้ำดีจึงไม่ได้รับการกระตุ้น จึงเกิดการสะสมของน้ำดีและนำไปสู่การอักเสบของตับ 2. DOL 31 ทารกตัวเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด ผล LFT ผิดปกติ พบ Protein ต่ำ 5.1 g/dl, Albumin ต่ำ 2.5 g/dl, Globulin ต่ำ 2.6 g/dl, Total bilirubin ต่ำ 13.2 mg/dl, Direct bilirubin สูง 10.1 mg/dl, indirect bilirubin สูง 3.10 mg/dl, SGOT สูง 171 U/L, SGPT สูง 242 U/L, Alkaline phosphatase สูง 537 U/L แพทย์ R/O Parenteral nutrition association liver disease (PNALD)	2. ดูแลทารกให้ได้รับนมแม่อย่างเพียงพอผ่านทาง OG เมื่อทารกอาการดีขึ้น แนะนำให้มารดามาเลี้ยงทารกและกระตุ้นให้ทารกดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง นาน 20-30 นาที เพื่อให้มีอาหารผ่านทางเดินอาหารโดยเฉพาะลำไส้เล็ก ซึ่งจะกระตุ้นการหลั่ง cholecystokinin ทำให้ตับและถุงน้ำดีหลั่งน้ำดีมาที่ท่อน้ำดีและไหลเข้าสู่สำไส้เล็ก จะลดการคั่งค้างของน้ำดี นอกจากนี้การให้นมมารดายังเพิ่มประสิทธิภาพในการขจัดบิลิรูบินออกมากับอุจจาระ และปัสสาวะ 3. สังเกตและเฝ้าระวังอาการของความดันในเส้นเลือดดำพอล์ตันสูง (Portal hypertension) ได้แก่ เลือดออกในทางเดินอาหาร ท้องมาน ม้ามโต โรคสมองจากตับ (Hepatic encephalopathy) 4. ดูแลให้ Ursodeoxycholic acid (UDCA) 12 mg ⊙ tid pc ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนกรดน้ำดีที่เป็นพิษต่อตับให้อยู่ในรูปละลายน้ำได้ดีขึ้น และมีพิษต่อตับลดลง กระตุ้นการขับกรดน้ำดีออกจากตับ ป้องกันภยันตรายต่อเซลล์เยื่อบุทางเดินน้ำดี (Cholangiocyte) รวมทั้งป้องกันการตายของเซลล์ตับ เฝ้าระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ ไอ ท้องเสีย ผื่นตามผิวหนัง 5. ดูแลให้ Vitamin E (100 IU) 1 tab ⊙ OD เพื่อเพิ่มความสามารถในการย่อยไขมันและการดูดซึมไขมันในลำไส้เล็ก 6. ติดตามผลการตรวจ LFT เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ทารกตัวเหลืองลดลง ปัสสาวะสีเหลืองใส อุจจาระสีเหลืองปกติ ผล LFT พบใกล้เคียงกับค่าปกติ ค่า Total bilirubin= 1.2 mg/dl Direct bilirubin= 0.8 mg/dl, indirect bilirubin= 0.40 mg/dl, SGOT= 107 U/L, SGPT= 83 U/L, Alkaline phosphatase = 291 U/L ยกเว้น Protein ต่ำลง 4.0 g/dl, Albumin ต่ำลง 2.6 g/dl, Globulin ต่ำลง 1.4 g/dl
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 ทารกมีภาวะโลหิตจางเนื่องจากการผลิตเม็ดเลือดแดงได้น้อยกว่าปกติจากการติดเชื้อ เม็ดเลือดแดงแตกและไขกระดูกทำงานไม่สมบูรณ์จากคลอดก่อนกำหนด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ 2. ทารกมีริมฝีปากซีด ปลายมือปลายเท้าซีด 3. DOL10 ผล Hb =11.3 g/dl, Hct= 31%; DOL31 ผล CBC Hb =10.2 g/dl, Hct = 29.7%; DOL36 Hb = 9.6 g/dl, Hct = 28.7% 4. ทารกถูกเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกวัน วันละ 2-3 ml **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. ประเมินอาการของภาวะโลหิตจางที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ ผิวและเยื่อบุตา เยื่อบุช่องปากซีดมากขึ้น หัวใจเต้นเร็ว ดูดนมได้ไม่ดี 2. ดูแลให้ LPRC 20 ml Ⓥ drip in 4 hr โดยเตรียมอุปกรณ์ในการให้เลือด พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของชนิดของเลือด หมู่เลือด ชื่อ นามสกุลของทารก ให้เลือดโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ และเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนระหว่างให้เลือด เช่น หายใจลำบาก ไข้สูง สั่น ผื่นคัน 3. ดูแลให้ Eurofer 0.5 และ 0.6 ml ⊙ OD เพื่อเพิ่มธาตุเหล็กที่ใช้ในกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดง 4. ดูแลให้ Vit K 2.5 mg twice a week เพื่อช่วยในกระบวนการแข็งตัวของเลือด และป้องกันการสูญเสียเลือด 5. ติดตามผล Hb และ Hct **ประเมินผลการพยาบาล** ทารกตัวแดงขึ้น ปลายมือปลายเท้าชมพู สัญญาณชีพปกติ BT=37 – 37.1°C, HR = 156-162 beat/min, RR = 46 - 56 beat/min, BP= 55 -74 /30 - 42 mmHg, SpO_2 98-100% ผล CBC พบค่า Hb ต่ำ =10.7 g/dL, Hct ต่ำ 30.8% Reticulocyte count ปกติ 6.39%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13 บิดามารดาขาดความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแลทารกเมื่อกลับไปบ้านเนื่องจากมีบุตรคนแรก **ข้อมูลสนับสนุน** 1. มารดาไม่กล้าอุ้มบุตร บอกว่ากลัวอุ้มไม่ได้	1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. ให้ความรู้และคำแนะนำแก่บิดามาดาเรื่อง การดูแลทารก ได้แก่ ข้อมูล การเจ็บป่วย โรค การป้องกันทารกติดเชื้อ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ การกระตุ้นพัฒนาการทารก การให้ความอบอุ่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้วัคซีนตามอายุ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. บิดา มารดาท่าทางไม่มั่นใจขณะอุ้มบุตร 3. มารดาสอบถามเรื่องการฉีดวัคซีนให้ทารก **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่บิดา มารดาในการดูแลทารกเมื่อกลับไปบ้าน	3. จัดการสอนและฝึกทักษะให้แก่บิดามารดาเรื่อง การอุ้มบุตรด้วยท่าที่ถูกต้อง การดูดเสมหะ การอาบน้ำทารก การทำความสะอาดร่างกายบริเวณตา ช่องปาก จมูก สะดือ การนับอัตราการหายใจ และสังเกตลักษณะการหายใจปกติ **ประเมินผลการพยาบาล** บิดามารดาสามารถตอบคำถามเรื่องการดูแลทารกเมื่อกลับไปบ้าน และสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการให้นมทารก การอาบน้ำทารก การดูดเสมหะ การนับอัตราการหายใจได้อย่างถูกต้อง มีสีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส ความมั่นใจว่า จะสามารถดูแลทารกได้และพร้อมรับทารกกลับบ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากประวัติการตั้งครรภ์ พบว่ามารดาไม่เคยมาฝากครรภ์ ทำให้ไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ และการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์ ซึ่งคาดว่ามารดาอาจเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์อยู่ก่อนแล้ว แต่ไม่ได้รับการดูแลรักษา จึงเป็นปัจจัยสำคัญทำให้มารดาเกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่ออายุครรภ์เพียง 29 สัปดาห์ แพทย์จึงต้องพิจารณาทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่งผลให้ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ คือ 2,500 กรัม สอดคล้องกับงานวิจัยของวิสุทธิ์และคณะ พบว่า มารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่ามารดาที่ได้ฝากครรภ์ 4.19 เท่า และมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่ามารดาที่เจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด 2.01 เท่า[5]และงานวิจัยของสุภัทรวดี ภูมิพื้น พบว่ามารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่ามารดาปกติ 17.63 เท่า[6] ซึ่งทารกคลอดก่อนกำหนดรายนี้ มีปัญหาการทำงานของอวัยวะหลายระบบ เนื่องจากอวัยวะต่างๆ ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบโลหิต ระบบทางเดินอาหารและภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากจากการขาดสารลดแรงตึงผิว ติดเชื้อในกระแสเลือด หลอดเลือดหัวใจเกินยังไม่ปิดจากการหดตัวของหลอดเลือด Ductus arteriosus ไม่แรงพอ อุณหภูมิกายต่ำจากผิวหนังบาง ไขมันใต้ผิวหนังน้อย ทำให้สูญเสียความร้อนได้ง่าย น้ำตาลในเลือดต่ำจากความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นเพื่อควบคุมอุณหภูมิกาย การหายใจ การเคลื่อนไหว ตัวเหลืองจากเม็ดเลือดแดงมีอายุสั้น ทำให้สลายเร็วและได้สารบิลิรูบิน ซึ่งตับยังทำหน้าที่กำจัดบิลิรูบินออกจากร่างกายได้ไม่สมบูรณ์ จึงเกิดการคั่งของบิลิรูบินซึ่งเป็นสารสีเหลือง ภาวะโลหิตจางการสร้างเม็ดเลือดแดงไม่เพียงพอ การสลายเม็ดเลือดแดงที่เร็วกว่าปกติ[7] ลำไส้อักเสบและเน่าจากภาวะ RDS ทารกจะมีการตอบสนองแบบ Diving reflex คือ เลือดจะถูกดึงไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ สมอง หัวใจ ไตมากกว่าส่วนอื่น เลือดจะไปสู่ลำไส้ลดลง ทำให้เกิดการขาดเลือด[8] นอกจากปัญหาดังกล่าว ทารกยังเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ได้แก่ ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และภาวะน้ำดีคั่งจนเกิดตับอักเสบ เนื่องจากทารกใช้เครื่องช่วยหายใจและให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำอยู่นาน ซึ่งทุกปัญหาดังกล่าวทีมพยาบาลได้วางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุม มีความสามารถในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของทารก วิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พิจารณาและตัดสินใจในการรายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง รวมทั้งดูแลบริหารยาความเสี่ยงสูง เช่น $MgSO_4$, 3% NaCl และใช้เครื่องมือ อุปกรณ์พิเศษทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ ตู้อบ เครื่องส่องไฟ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ทารกปลอดภัยจากสภาวะร่างกายที่ยังมีการพัฒนาไม่เต็มที่และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นำไปสู่การลดอัตราความพิการ และอัตราการเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการรณรงค์การฝากครรภ์ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพราะจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลสุขภาพ และโภชนาการที่เหมาะสม ช่วยลดความเสี่ยงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หรือได้รับดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อนเข้า สู่ระยะคลอด ซึ่งจะช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักน้อย

2. การดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS) พยาบาลผู้ให้การดูแลต้องมีทักษะในประเมินขั้นสูง เพื่อให้สามารถประเมิน ติดตามอาการ และมีการตัดสินใจทางคลินิกที่ถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสม ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจำเป็นจะต้องพัฒนาความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งต้องติดตามความก้าวหน้าทางการแพทย์ในการรักษาพยาบาล ศึกษาหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มาประยุกต์ใช้กับทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ทารกรอดชีวิต ปลอดภัย ผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้ โดย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

3. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังการจำหน่ายทารกกลับบ้าน โดยพยาบาลชุมชนมี ส่วนร่วม ในการวางแผนจำหน่ายกับทีมสหสาขาวิชาชีพตลอดจนมีแผนการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. ธิดา ธิติวิภู.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกฎหนดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช 2567 ;4(2): 1-10.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2567). ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด.[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 22 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/bpreterm?year=2024
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2566). แนวทางการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 22 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงจาก:
https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/
4. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.(2567). รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2564 -2566.[อินทราเน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 22 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
5. Suvithayasiri V., Sripramote M., & Chredrattanarak P. (2011). The Relationship of Poor Antenatal Care and Low Birth Weight and Preterm Labor. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine; 47(1): 9–16.
6. สุภัทรวดี ภูมิพื้น.(2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาลบึงกาฬ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
7. ทัศนีย์ ใจภักดี.(2566). การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัม ที่มีภาวะหายใจลำบากรุนแรง ร่วมกับภาวะช็อคจากการติดเชื้อ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์; 2566.
8. ดวงพร รามะนพ.(2567). การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ร่วมกับภาวะหลอดเลือดหัวใจเกิน และภาวะลำไส้อักเสบชนิดเนื้อตาย. งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์; 2567.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้แอมเฟตามีนและมีภาวะแทรกซ้อนกล้ามเนื้อลายสลาย : กรณีศึกษา

Nursing care for patients with Amphetamine psychosis and complications of Rhabdomyolysis: case study.

(Received: August 18,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 26,2025)

ธนัชพร งามทับทิม[1]
Thanatchaporn Ngamtabtim[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้แอมเฟตามีนและมีภาวะแทรกซ้อนกล้ามเนื้อลายสลาย โดยศึกษาในผู้ป่วยเพศชาย อายุ 24 ปี มาด้วยอาการเห็นภาพหลอน หวาดระแวง ว่ามีคนทำร้าย อาละวาด ทำลายข้าวของ 15 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีประวัติใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนร่วมกับยา บีไฟว์ และยาลิ้นฟ้า

ผลการศึกษาพบว่า ในระหว่างดูแลรักษาผู้ป่วยมีปัญหาเห็นภาพหลอน หวาดระแวงว่ามีคนทำร้าย พฤติกรรมก้าวร้าวไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ถูกจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกยึด เกิดภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย มีภาวะโปแตสเซียมต่ำ ภาวะโปรตีนต่ำ ภาวะโลหิตจาง การเผชิญกับความเครียดไม่เหมาะสม อาจกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาต้านอาการทางจิต ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาปฏิชีวนะ ยาระงับอาการปวด การพยาบาลที่สำคัญ คือ การป้องกันผู้ป่วยทำร้ายตัวเองและบุคคลอื่น การป้องกันไตวายเฉียบพลัน การบรรเทาอาการปวดจากภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย ดูแลให้สารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และสารอาหารอย่างเพียงพอ การให้คำปรึกษาและฝึกทักษะการเผชิญความเครียด การให้ความรู้และคำแนะนำในการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ รวมทั้งการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน หลังได้รับการรักษาพยาบาลปัญหาส่วนใหญ่ได้รับการแก้ไขหมดไป ยังคงเหลือปัญหาที่ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง คือ การดูแลตนเองไม่ให้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ แพทย์ได้จำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วัน

คำสำคัญ : อาการทางจิตจากการใช้แอมเฟตามีน, กล้ามเนื้อลายสลาย

Abstract

This study was case study. The objective was to study nursing care for patients with Amphetamine psychosis and complications of Rhabdomyolysis. The study was conducted on a 24-year-old male patient who presented with hallucinations, paranoid that someone was harming him, rampaging, and destroying property 15 minutes before coming to the hospital. The patient had a history of using substances, including amphetamine, B5, and Rohypnol.

The study's results found that the patients experience hallucinations, paranoid that someone is harming him, paranoid that someone was harming him, aggressive, and are uncooperative in treatment and nursing. Behavior restricted by restraint, rhabdomyolysis, hypokalemia, hypoproteinemia, anemia, inappropriate coping with stress, may return to addictive substances, and lack knowledge about self-care when him go back home. Treatment was received with antipsychotics, intravenous fluids, antibiotics, and analgesic drugs. Important nurse care includes preventing patients from self-harming and harming another person, preventing acute renal failure, relieving pain from rhabdomyolysis, ensuring adequate fluids, electrolytes, and nutrients, providing counseling and training in stress-coping skills, providing education and advice on preventing relapse to addictive substances, and self-care when going back home. After receiving medical treatment and nursing care, most of the problems were resolved. The remaining problems were self-care in preventing the relapse of substance abuse, which required continuous monitoring. The doctor discharged him to go home. The total hospitalization period was 7 days.

Keywords: Amphetamine psychosis, Rhabdomyolysis

บทนำ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ปัจจุบันยาเสพติดได้สร้างปัญหาใหญ่และเป็นภัยคุกคามกับประชาชน โดยเฉพาะประชาชนที่เป็นเยาวชนและทำให้เกิดผลเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของทุกประเทศในโลก จากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC) พบว่ามีผู้ใช้ยา เสพติดจำนวนกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก โดยในจำนวนนี้มีผู้ใช้แอมเฟตามีนถึง 35 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.7 ของจำนวนประชากรโลก[1] สำหรับสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย พบว่า เด็กและเยาวชนถูกดำเนินคดียาเสพติดให้โทษจำนวนมาก โดยสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน ทั่วประเทศรายงานว่าในระหว่างปีพ.ศ. 2559 – 2563 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี คือ ร้อยละ 42.3, 44.6, 50.1, 51.4 และ 52.1 ตามลำดับ ซึ่งประเภทของ ยาเสพติดที่เป็นที่นิยมอย่างแพร่หลาย คือ ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน ยาไอซ์ กัญชา กระท่อม เฮโรอีน และสารอื่นๆ[2] โดยเป็นผู้ที่เสพแอมเฟตามีนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ79.6[3] ปัจจัยและสาเหตุที่เกี่ยวข้องของปัญหายาเสพติดของเด็กและเยาวชน ได้แก่ 1) พฤติกรรมส่วนบุคคล มีฐานะเศรษฐกิจที่ต่ำ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเพื่อตอบสนองความต้องการยาเสพติดในเชิงบวก ความสามารถควบคุมตัวเองได้ทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งอยากรู้อยากลอง 2) ครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ คือ ครอบครัวแตกแยก การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม จนมีการปล่อยปะ ละเลย และ3) สภาพแวดล้อมและสังคมที่ไม่เหมาะสม การคบหาเพื่อนที่อยู่ในกลุ่มติดยาเสพติด แหล่งชุมชนที่มีการมั่วสุมยาเสพติด และการถูกตีตราจากสังคมจนไม่มีโอกาสที่จะดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข[4]

ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษปี พ.ศ. 2522 (แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 8 พ.ศ. 2564) มีส่วนผสมของสารแอมเฟตามีน (Amphetamine) และเมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ส่งผลกระทบทาง ด้านร่างกาย ทำให้ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา ไข้สูง แขนขาและมือสั่น มีการเคลื่อนไหวของร่างกายมากผิดปกติ เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว เต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง ชัก และหมดสติ หากใช้แอมเฟตามีนในขนาดสูงจะทำให้เสียชีวิตได้ จากหัวใจเต้นผิดจังหวะ และการหายใจล้มเหลว ผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้ขาดสติและเมื่อเสพ อย่างต่อเนื่องนานๆ จะทำให้พฤติกรรมอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เปลี่ยนแปลงไปในทางก้าวร้าว หลงผิด การรับรู้เสียไป กลายเป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวง เกิดอาการหวาดกลัว ประสาทหลอน และยังพบว่า มีการกลับป่วยซ้ำของโรคจิตได้อย่างรวดเร็วจากกลับไปเสพสารแอมเฟตามีนซ้ำ ส่งผล กระทบต่อครอบครัว ทำให้เกิดความขัดแย้งและ ทะเลาะวิวาทในครอบครัว อยู่กันอย่างไม่เป็นสุข ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้เสพติดยาแอมเฟตามีนส่วนใหญ่อยู่ในวัยรุ่น และวัยทำงานต้องเป็นภาระแก่ครอบครัว ทำให้สูญเสียทรัพยากรบุคคลที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติ[5]

จากสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธ เลิศหล้า ในปีงบประมาณ 2565-2567 มีจำนวน ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาเกี่ยวกับการใช้สาร เสพติดแบบผู้ป่วยใน จำนวน 8, 59, และ 162 ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีนมากที่สุดจำนวน 7, 42 และ 115 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 87.50,71.19,และ 70.99 ตามลำดับ ในผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีนกลุ่มนี้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน จำนวน 6, 38 และ 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.71, 90.48 และ 80.87 ตามลำดับ[6] ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าวที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน นอกจากนี้ยังมีปัญหาการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ขาดการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวและผู้อื่น มองคุณค่าในตนเองต่ำ จึงมีความยุ่งยาก ซับซ้อนในการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้บางรายจำเป็นต้องผูกยึด เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายกับผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลอื่น ซึ่งการผูกยึดอาจทำให้

เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น บาดเจ็บต่อผิวหนัง ทำให้เกิดบาดแผล บาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออักเสบ หากรุนแรงอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อลายสลายได้ ดังนั้นจึงต้องทำอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ จากสถิติของผู้เสพแอมเฟตามีนและผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด จึงสนใจศึกษาผู้ป่วยมีอาการทางจิตจากการใช้ แอมเฟตามีนและมีภาวะแทรกซ้อนกล้ามเนื้อลายสลายตัวเป็นกรณีศึกษา โดยหวังว่าผลการศึกษา จะเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลที่มีความครอบคลุมปัญหาและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้แอมเฟตามีนและมีภาวะแทรกซ้อนกล้ามเนื้อลายสลาย

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้แอมเฟตามีนและมีภาวะแทรกซ้อนกล้ามเนื้อลายสลาย ย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้แอมเฟตามีนและมีภาวะแทรกซ้อนกล้ามเนื้อลายสลาย เป็นกรณีศึกษา จำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน รุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์สูงในการดูแล ช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยกรณีศึกษา โดยการสอบถามผู้ป่วยและญาติ การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ ระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษอื่นๆ และการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมมาได้ กำหนดประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และนำมากำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชาย อายุ 24 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสโสด การศึกษามัธยมศึกษา ปีที่3 เข้ารับการรักษาวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2567 แพทย์วินิจฉัยโรค Amphetamine substance induced psychosis with Rhabdomyolysis จำหน่ายวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2567 รวมระยะ เวลาอยู่โรงพยาบาล 7 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเห็นภาพหลอน หวาดระแวง ว่ามีคนจะมาทำร้าย เอะอะอาละวาด ทำลายข้าวของ 15 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผู้ป่วยอายุ 13 ปี เริ่มเสพยาบ้า 5 ปีก่อน ต้องโทษอยู่เรือนจำนาน 2 ปี 6 เดือน ด้วยคดียาเสพติด หลังออกจากเรือนจำเลิกใช้สารเสพติด และไปทำงานก่อสร้าง 3 สัปดาห์ก่อน ตกงาน มีอาการเครียด ไม่ ค่อยพูดคุย และกลับมาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนร่วมกับบีไฟว์ (Trihexyphenidyl; B5) ยาลิ้นฟ้า (Rohypnol) 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล เห็นภาพหลอน หวาดระแวง กลัวตำรวจ อาละวาด ทำลายข้าวของ 15 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ

หวาดระแวงมากขึ้น คิดว่าจะมีคนปองร้าย ทำลายข้าวของ ปีนขึ้นหลังคาบ้านและกระโดดลงมา ญาติจึงแจ้งตำรวจและนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 4 ปีก่อน เป็นวัณโรคปอด รักษาครบแล้ว

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวง เห็นภาพหลอน คิดว่ามีคนปองร้าย ดิ้นไปมา ด่าทอด้วยคำหยาบคาย สัญญาณชีพ BT= 36.7 °C, PR = 90 beat/min, RR= 20 beat/min, BP= 120/70 mmHg, O_2 sat= 98 % ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale; OAS) ได้ 3 คะแนน ประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) ได้ 77/126 คะแนน

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะแรกรับ **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่น เนื่องจากเห็นภาพหลอนและหวาดระแวงจากอาการพิษของแอมเฟตามีน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีประวัติใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนร่วมกับบีไฟว์ (Trihexyphenidyl; B5) ยาเม็ดลิ้นฟ้า (Rohypnol) 2. จากประวัติการเจ็บป่วย 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวง คิดว่าจะมีคนปองร้าย ทำลายข้าวของ ปีนหลังคาบ้านและกระโดดลงมา 3. แรกรับที่หอผู้ป่วยมีอาการหวาดระแหวงว่าจะมีคนมาทำร้าย เห็นภาพหลอน คิดว่ามีคนปองร้าย ดิ้นไปมา ด่าทอหยาบคาย 4. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) 3 คะแนน (ระดับฉุกเฉิน) 5. ประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) ได้ 77/126 คะแนน (มีอาการระดับมาก) 6. Urine for methamphetamine positive **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - เพื่อป้องกันผู้ป่วยทำร้ายตนเอง บุคคลอื่น	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 2. ใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัด เช่น ใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (Reflection) เพื่อช่วยให้ ผู้ป่วยรับรู้ความรู้สึกของตนเอง และใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และเพื่อสอบถามความต้องการของผู้ป่วย 3. ใช้เทคนิค presenting reality ในขณะสนทนา เมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความเป็นจริง 4. ให้การพยาบาลด้วยท่าทีสงบและมั่นคง ใช้น้ำเสียงโทนต่ำ และให้ความมั่นใจว่าพร้อมจะช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบลง 5. เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องและกล่าวทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล มั่นคงและชัดเจน 6. หลีกเลี่ยงการยืนกอดอก เอามือเท้าเอวหรือสะโพก การจ้องหน้าผู้ป่วยด้วยท่าทีขึงขัง เว้นระยะห่างในการสนทนาประมาณ 3 ฟุต หลีกเลี่ยงการสัมผัส หลีกเลี่ยงการปะทะสายตากับผู้ป่วย การหัวเราะหรือยิ้มที่ไม่เหมาะสม เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกคุกคาม 7. สังเกตและเฝ้าระวังพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนเกิดความรุนแรง ได้แก่ กระสับกระส่าย การตะโกนเสียงดัง ตวาด การขัดขืน ไม่ให้ความร่วมมือ ตาขวาง เพื่อเตรียมการป้องกันได้ทันท่วงที 8. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น เช่น ของแหลม ของมีคม น้ำยาเคมี ยา เป็นต้น หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เร้าอารมณ์ผู้ป่วย แยกผู้ป่วยจากสิ่งรบกวน โดยจัดให้พักในห้องแยก 9. พูดคุยให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมเหมาะสม 10. ดูแลจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกยึด และประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างการผูกยึดทุก 15-30 นาที ดังนี้ 10.1 ทำการผูกยึดผู้ป่วยด้วยวิธี body band restraints ร่วม กับ wrist and ankle restrain แบบ four-point restraint คือ ใช้ผ้ารัดบริเวณ หน้าอก หน้าท้อง และนำปลายไปผูกยึดกับกับเตียงผู้ป่วยผูกข้อมือและข้อเท้าติดกับเตียง 10.2 ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อสังเกตอาการและอาการแสดงออกของการบาดเจ็บจากการผูกยึด เช่น รอยถลอก ตามข้อมือ ข้อเท้า ปวดเมื่อยตามตัว และแขนขา ตรวจการไหลเวียนเลือดบริเวณผูกยึดการเคลื่อนไหวของข้อ และระดับการรับรู้สัมผัสของอวัยวะที่อยู่ปลายทางจากตำแหน่งที่ได้รับการผูกยึด คลายปมผูกยึดทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่ผูกยึด 10.3 บันทึกการประเมินข้อบ่งชี้ซ้ำถึงเหตุผลของความจำเป็นในการผูกยึดต่อเนื่องทุก 8 ชั่วโมง ถ้ายังมีข้อบ่งชี้ ให้อธิบายผู้ป่วยและญาติ ทราบถึงเหตุผลการตัดสินใจผูกยึดต่อ 10.4 หลังจากผู้ป่วยมีอาการสงบลง อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการผูกยึดจะใช้เวลาไม่นาน เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมตัวเองได้จะยกเลิกการผูกยึด 11. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินสัญญาณเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น อัตราการหายใจที่ผิดปกติ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	12. ดูแลได้รับยาจิตเวชตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยอาการสงบลง ดังนี้ Haloperidol 5 mg Ⓜ prn for agitation q 30 min เฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงจากยา ได้แก่ Extrapyramidal Symptoms (EPS), Diazepam 10 mg Ⓥ prn for agitation q 30 min เฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงจากยา ได้แก่ หายใจช้าหรือตื้นผิดปกติ 13. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ทุก 15- 30 นาที ประเมินอาการทางจิต (BPRS) ทุกเวร เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** หลังได้รับการดูแลรักษาอยู่ 2 วัน ผู้ป่วยได้รับ Haloperidol Ⓜ รวม 25 mg, Diazepam 10 mg Ⓥ รวม 50 mg รู้สึกตัว ง่วงซึม สีหน้าเรียบเฉยไม่มีอาการหวาดระแวง และเห็นภาพหลอน ไม่เอะอะโวยวาย สัญญาณชีพปกติ สนทนากับพยาบาลได้ ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง บุคคลอื่น ประเมิน OAS = 0 คะแนน (ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง) ประเมิน BPRS 23 คะแนน (มีอาการทางจิตทุเลา)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชเนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับยาต้านอาการทางจิต ได้แก่ Haloperidol 5 mg Ⓜ prn for agitation q 30 min, Diazepam 10 mg Ⓥ prn for agitation q 30 min, Chlorpromazine (50 mg) ½ x 3 ⊙ pc, และ Perphenazine (8 mg) 1x2 ⊙ pc **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - เพื่อป้องกันการเกิดอาการรุนแรงจากผลข้างเคียงของยาจิตเวช	1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินติดตามความรุนแรงจากผลข้างเคียงของยาจิตเวช 2. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดง Extrapyramidal Symptoms (EPS) ได้แก่ Acute dystonia กล้ามเนื้อบิดเกร็ง ลิ้นแข็ง พูดหรือกลืนลำบาก ตาเหลือก คอบิด หลังแอ่น laryngospasm) Akathisia (กระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ นั่งไม่ติด ต้องขยับแขนขาหรือเดินไปมาตลอดเวลา) Parkinsonism (กล้ามเนื้อเกร็ง แข็ง มี cogwheel rigidity อาการสั่น เคลื่อนไหวเชื่องช้า เดินไม่แกว่งแขน) Tardive dyskinesia (อาการดูดหรือขมุบขมิบปาก อาการขยับหรือการเคลื่อนไหวขากรรไกร (lateral jaw movement) และมีลิ้นม้วนไปมาในปาก หรือเอาลิ้นดุนแก้ม) 3. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดง Neuroleptic malignant syndrome ได้แก่ ซึมลง ตัวแข็ง ไข้สูง เหงื่อออกมาก ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูง CPK ขึ้นสูง 4. ประเมิน Sedative score ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวหลังได้รับยา ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการง่วงซึมหรือกดการหายใจ 5. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ 6. แนะนำและกระตุ้นให้ดื่มน้ำวันละ 6 - 8 แก้ว เพื่อป้องกันภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ 7. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงอาการข้างเคียงของยาจิตเวช หากมีอาการเกร็ง สั่น ไข้สูง เหงื่อออกมาก ระดับความรู้สึกตัวลดลง ให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทันที **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช รู้สึกตัวดี แขน ขาทั้ง 2 ข้างเคลื่อนไหวและกล้ามเนื้อกำลังปกติ ไม่มีอาการสั่น หรือกล้ามเนื้อเกร็งแข็ง หน้าท้องบริเวณกระเพาะปัสสาวะโป่งตึง สัญญาณชีพปกติ BT= 36 -37.3°C, PR = 66 -100 beat/min, RR=20 beat/min, BP= 100/70 – 130/90 mmHg Sedative score = 1 คะแนน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างและปอดอักเสบเนื่องจากภูมิคุ้มกันร่างกายลดลงจากมีความเครียดเรื้อรังที่รุนแรง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. จากประวัติการเจ็บป่วย 3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยตกงาน มีอาการเครียด ไม่ค่อยพูดคุย และกลับมาใช้สารเสพติด	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย ทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส แสดงว่ามีไข้ ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะมีการติดเชื้อในร่างกาย 2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ และปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อมาตรฐาน (Standard Precaution) ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลัง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วย 3. ทำความสะอาดร่างกายทั่วไป ปากและฟัน จมูก เพื่อลดแหล่งติดเชื้อในทางเดินหายใจ และทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น 4. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างและปอดอักเสบ ได้แก่ สังเกต สีของเสมหะ ปริมาณเสมหะ และฟังเสียงปอดว่ามีเสียงเสมหะคั่งในปอดหรือไม่

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ผล CBC แรกรับ พบ WBC = 14,530 cell/mm^3, Neutrophil = 81.5%, Lymphocyte =13% **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างและปอดอักเสบ	5. จัดสิ่งแวดล้อมบริเวณเตียงผู้ป่วยให้มีความสะอาด เปลี่ยนผ้าปูที่นอนทุกวัน หรือเมื่อสกปรก เช็ดเตียง และตู้ข้างเตียง ไม่วางโถปัสสาวะและอุจจาระไว้ใกล้ผู้ป่วย เพราะจะทำให้ปนเปื้อนได้ง่าย 6. ดูแลให้เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในปอด จัดท่านอนตะแคง หรือท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อป้องกันการสำลัก 7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา ได้แก่ CBC, CXR เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาลและประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างและปอดอักเสบ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีไข้ BT= 36 -37.3ºC ฟังปอดไม่มีเสียงผิดปกติ ไม่มีอาการไอ หายใจไม่เหนื่อย ผล CBC พบ WBC = 6,600 cell/mm^3, Neutrophil = 49.9%, Lymphocyte = 42.1% ผล CXR ปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยพร่องสุขวิทยาส่วนบุคคลและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากความผิดปกติของการรับรู้ความคิด และถูกจำกัดพฤติกรรม **ข้อมูลสนับสนุน** 1. แรกรับที่หอผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวง เห็นภาพหลอน คิดว่ามีคนปองร้าย ด่าทอหยาบคาย ไม่สนใจเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย 2. ผู้ป่วยมีกลิ่นปาก 3. ผู้ป่วยถูกจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกยึดแบบ 4 รยางค์ (four-point restraint) 4. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) 3 คะแนน (ระดับฉุกเฉิน) 5. ประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) ได้ 77/126 คะแนน (มีอาการระดับมาก) **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - เพื่อดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล	1. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและระบุกิจกรรมที่ต้อง ได้รับความช่วยเหลือ 2. ในระหว่างที่ผู้ป่วยถูกกำจัดพฤติกรรม หรือ Sedative score ≥ 2 คะแนน หรือ OAS ≥ 2 คะแนน ดูแลอาบน้ำให้ผู้ป่วยบนเตียง (Complete bed bath) และทำความสะอาดช่องปากเช้าเย็น ดูแลให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ โดยใช้วิธีป้อนอาหารทางปาก หากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือให้อาหารทางสายยาง ดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ โดยใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เปลี่ยนทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระออกมา จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการนอนหลับของผู้ป่วย 3. กรณีผู้ป่วยไม่ต้องจำกัดพฤติกรรม หรือ Sedative score เท่ากับ S หรือ 0 ,1 คะแนน หรือ OAS 0 -1 คะแนน กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเอง เช่น ไปห้องน้ำอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย แปรงฟันขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ รับประทานอาหารด้วยตนเอง 4. ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนี้ กระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรักษาสุขอนามัยของตนเองเรื่อง การรักษาความสะอาดของร่างกาย แนะนำญาติให้จัดเตรียมของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อต่อวันและตรงเวลา การถ่ายอุจจาระเป็นกิจวัตร เช่น ช่วงเวลาเช้าหลังตื่นนอน หลังรับประทานอาหารเช้า เป็นต้น 5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการรับประทานอาหาร ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามเวลา ตรวจสอบชนิดของอาหารที่ผู้ป่วยได้รับให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ในรายที่รับประทานอาหารได้น้อย ดูแลให้ได้รับอาหารระหว่างมื้อเพิ่มเติม หรือแนะนำญาติให้จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้ ดูแลให้ ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว บันทึกจำนวนอาหารและน้ำที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน 6. แนะนำผู้ป่วยงดอาหารหรือเครื่องดื่มที่เป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ และให้ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มที่เป็นประโยชน์อุ่นๆ ก่อนนอน ปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการนอนหลับของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการนอนหลับอย่างเพียงพอ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีร่างกายและช่องปากสะอาด รับประทานอาหารได้น้อย ในแต่ละมื้อ ถ่ายปัสสาวะ 5 -7 ครั้งต่อวัน ถ่ายอุจจาระ 3 วันต่อครั้ง นอนหลับพักผ่อนได้ 6-9 ชั่วโมงต่อวัน
ระยะดูแลต่อเนื่อง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันเนื่องจากการหลั่งสารทำลายไตจากกล้ามเนื้อลายสลาย	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินความผิดปกติอื่น ๆ เช่น ภาวะช็อก ภาวะขาดน้ำ และการติดเชื้อ 2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ได้แก่ NSS 1,000 ml Ⓥ drip rate 150 ml/hr เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดที่ไตและทดแทนน้ำที่สูญเสียออกนอกเส้นเลือดจาก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. แขนขวาตั้งแต่ข้อมือถึงข้อศอกบวมแดง มีจ้ำเลือดและตุ่มน้ำใสบางตำแหน่ง ปัสสาวะ สีส้ม 2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ CPK = 18,720 U/L, SGOT= 569 U/L, SGPT =166 U/L 3. ผล U/S dropper right arm พบ diffuse swelling of surrounding muscles **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน	การทำลายของกล้ามเนื้อลาย ช่วยเจือจางไมโอโกลบินที่ไต ลดความเข้มข้นของปัสสาวะ และลดการตกตะกอนของผลึกที่ไต 3. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออก(ปัสสาวะ) ทุก 1 ชั่วโมง รวมทั้งสังเกตสีของปัสสาวะ เพื่อประเมินการทำงานของไตและระบบไหลเวียนโลหิต 4. เฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำเกิน (Volume overload) ภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) ซึ่งอาจเกิดจากการให้สารน้ำที่มากเกินไป เช่น การหายใจลำบาก ลักษณะเสมหะเป็นฟองสีชมพู (Frothy sputum) ฟังเสียงปอดพบ crepitation เป็นต้น 5. ประเมินอาการหรืออาการแสดงของภาวะเสียสมดุลกรดด่างที่พบบ่อย คือ ภาวะเลือดเป็นกรดจากการเผาผลาญ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็วลึก หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น 6. ประเมินอาการหรืออาการแสดงของภาวะเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์ที่พบบ่อย คือ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ใจสั่น จะพบลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ มีการยกสูงของ T wave 7. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง รายงานแพทย์ เมื่อพบความผิดปกติเพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาได้ทันท่วงที 8. ติดตามระดับ CPK, SGOT, SGPT เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย 9. ติดตามค่าการทำงานของไตปกติ BUN, Creatinine, GFR เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของไตในการช่วยกรองของเสียออกจากร่างกาย รายงานแพทย์เมื่อผลการตรวจผิดปกติ 10. ติดตามค่า ABG และ pH ในปัสสาวะ เพื่อประเมินความสมดุลกรด ด่างของร่างกาย รายงานแพทย์เมื่อผลการตรวจผิดปกติ 11. ติดตามค่า Electrolyte เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของไตในการช่วยรักษาสมดุลแร่ธาตุต่างๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะ Sodium และ Potassiumรายงานแพทย์เมื่อผลการตรวจผิดปกติ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน รู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะสับสน ปลายมือ ปลายเท้าไม่บวม ปัสสาวะเอง 5 -7 ครั้งต่อวัน ปริมาณปัสสาวะเฉลี่ย 2,700 – 3,200 ml/day ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่าการทำงานของไตปกติ BUN=7 mg/dl, Creatinine = 0.56 mg/dl, GFR = 144.80 ml/min/1.73m^2 ค่าเอนไซม์ของกล้ามเนื้อลดลง CPK = 4,250 U/L, SGOT= 370 U/L, SGPT= 59 U/L ค่า Electrolyte ปกติ Na = 140 mmol/l, K = 4.3 mmol/l, Cl = 105 mmol/l, TCO_2 28.5 mmol/l pH ในปัสสาวะปกติ = 6.5 EKG normal sinus rhythm ติดตามผู้ป่วยเมื่อมาตรวจตามนัดภายหลังจำหน่าย 1 เดือน ผล CPK ปกติ = 65 U/L
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยปวดแขนจากความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. แขนขวาตั้งแต่ข้อมือถึงข้อศอกบวมแดง มีจ้ำเลือดและตุ่มน้ำใสบางตำแหน่ง 2. ขณะขยับแขนขวาผู้ป่วยหน้านิ่ว คิ้วขมวด และบอกว่า “ปวดแขน” 3. ระดับความปวด (Pain score) = 2-3 /10 คะแนน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - เพื่อลดอาการปวดและผู้ป่วยสุขสบายขึ้น	1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาวะของโรค ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวดและแผนการรักษา จะช่วยลดความวิตกกังวลและจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม 2. จำกัดการเคลื่อนไหวของแขนข้างขวาเพื่อให้ได้พัก และยกแขนให้สูงโดยใช้หมอนหรือผ้าห่มรอง จะช่วยให้การไหลเวียนกลับของเลือดดำดีขึ้น ลดอาการบวมและลดความปวดได้ 3. ช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่านอน เนื่องจากการอยู่ท่าเดียวนานๆ จะปวดจากการกดทับ สอนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าอย่างถูกต้องและนิ่มนวล หลีกเลี่ยงท่าทางที่ทำให้ปวดมากขึ้น 4. แนะนำเทคนิคการจัดการความปวด เช่น การฝึกสมาธิ การฝึกหายใจ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการเหนื่อยล้าที่ทำให้ทนต่อความปวดลดลง 6. ประเมินอาการอาการแสดงของภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) โดยใช้หลัก 7P ได้แก่ อาการปวดแบบแสบร้อนรุนแรง (Pain) อาการชา อ่อนแรง (Paresthesia) คลำชีพจรที่ Brachial artery หรือ Radial artery เบา/ ไม่ได้ (Pulseless) อาการซีด capillary refill time เกิน 3 วินาที (Pallor) อาการอัมพาตของกล้ามเนื้อ (Paralysis) อวัยวะส่วนปลายเย็น (Polar) และบวม (Palpable tenseness) รายงานแพทย์ทันทีที่ประเมินพบภาวะ Compartment syndrome

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Paracetamol (500 mg) 1 tab ⊙ prn q 4 - 6 hr และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย ตัวตาเหลือง 8. ประเมิน pain score รวมทั้งลักษณะการปวด ตำแหน่งที่ปวดทุก 4 ชั่วโมง และประเมินหลังการให้ยาบรรเทาอาการปวด เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา 9. ติดตามสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงสัมพันธ์กับความปวด เช่น หัวใจเต้นเร็ว อัตราการหายใจเร็ว ความดันโลหิตสูง **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่ปวดแขนขวา pain score 0/10 คะแนน สัญญาณชีพปกติ BT= 36 -37.3°C, PR = 66 -100 beat/min, RR=20 beat/min, BP= 100/70 – 130/90 mmHg แขนขวายุบบวมลง นอนหลับ พักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณแขนขวาเนื่องจากการอักเสบและมีบาดแผลที่ผิวหนัง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. แขนขวาตั้งแต่ข้อมือถึงข้อศอกบวมแดง มีจ้ำเลือด และตุ่มน้ำใสๆ บางตำแหน่ง 2. ตุ่มน้ำใสแตกออก มีสารคัดหลั่งเป็นน้ำเหลือง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณแขนขวา	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย ทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส แสดงว่ามีไข้ ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะมีการติดเชื้อในร่างกาย 2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อมาตรฐาน (Standard Precaution) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วย 3. ทำแผลตุ่มน้ำใสที่แตก เช้า เย็น หรือเมื่อมีสารคัดหลั่งซึมมาก สังเกตลักษณะแผล 4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ 4.1 Dicloxacillin (250 mg) ⊙ tid ac & hs x 1 วัน สังเกตและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ แพ้ยา แบบ Anaphylaxis ปวดตามข้อ มีไข้ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย 4.2 Ceftriaxone 2 gm Ⓥ OD x 3 วัน สังเกตและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ แพ้ยาแบบ Anaphylaxis คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย มีไข้ แผลในปากหรือริมฝีปาก ผื่นผิวหนัง ชัก 4.3 Clindamycin 900 mg Ⓥ q 8 hr x 3 วัน สังเกตและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ แพ้ยาแบบAnaphylaxis ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย มีไข้ รู้สึกขมปาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง ตัวตาเหลือง ปัสสาวะลำบาก 5. ดูแลให้ได้รับอาหารประเภทโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ เพื่อส่งเสริมการหายของแผล 6. สังเกตผิวหนังบริเวณแขนขวาที่มีอาการของการอักเสบที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ อาการบวม แดง ร้อนขยายบริเวณกว้างขึ้น อาการปวดรุนแรงขึ้น 7. สังเกตอาการของแผลติดเชื้อ ได้แก่ แผลบวม แดง ร้อน และมีสารคัดหลั่งเป็นหนอง 8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC เพื่อประเมินค่า WBC, Neutrophil, Lymphocyte ที่บ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย **ประเมินผลการพยาบาล** แขนขวายุบบวมลง ผิวหนังไม่แดง และร้อน ไม่ปวด แผลแห้ง ไม่มีไข้ BT= 36 -37.3°C ผล CBC พบ WBC = 6,600 cell/mm^3, Neutrophil = 49.9%, Lymphocyte = 42.1%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยขาดความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์และขาดสารอาหารเนื่องจากรับประทานอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยบอกว่า “เบื่ออาหาร” 2. รับประทานอาหารได้น้อย มื้อละ 4 – 5 คำ 3. เยื่อบุตา เยื่อบุช่องปาก ซีด สีชมพูอ่อน	1. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะ Potassium ต่ำ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง หายใจลำบาก ท้องอืด ท้องผูก ตะคริวหรือกล้ามเนื้อกระตุก หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST-segment depression, T-wave flattening, T-wave inversion หรือมี U-wave 2. ติดตามและวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อเฝ้าระวังลักษณะคลื่นไฟฟ้าที่บ่งชี้ว่ามีภาวะ Potassium ต่ำ 3. ตรวจวัดและติดตามสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 4 ชั่วโมง 4. ดูแลให้ Elixir KCL 30 ml ⊙ จำนวน 2 ครั้ง ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่ม Potassium ในเลือด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
4. ผล CBC พบ Hemoglobin ต่ำ = 10.8 g/dl, Hematocrit ต่ำ =31.8 % 5. ผล Electrolyte พบ Potassium ต่ำ = 3.2 mmol/l ผล LFT พบ Total protein ต่ำ = 4.7 - 4.8 g/dl, Albumin ต่ำ = 2.3 - 2.4 g/dl, Globulin 2.3 - 2.5 g/dl วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อเพิ่มระดับ Potassium และ Protein ในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. เพื่อเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดงในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	5. ประเมินภาวะซีดจากสีของเยื่อบุตา เยื่อบุช่องปาก เยื่อบุใต้เล็บมือ เล็บเท้า 6. การเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจให้ใช้ปริมาณเท่าที่จำนวนต้องการ ไม่เอาเลือดออกมามากเกินไป 7. แนะนำให้ผู้ป่วยระวังการเกิดอุบัติเหตุ ไม่ให้ร่างกายมีการกระทบกระแทกแรงๆ เพราะจะทำให้มีการเสียเลือด และซีดมากขึ้น 8. ประเมินอาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะซีดรุนแรงขึ้น ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น มึนงง หน้ามืด วิงเวียน 9. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะโปรตีนต่ำ ได้แก่ บวมที่ขา ใบหน้า และส่วนอื่นๆ ของร่างกาย 10. ประสานโภชนากรจัดอาหารที่ช่วยส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดง โปรตีนสูง มาให้ผู้ป่วยรับประทาน ได้แก่ อาหารที่มีวิตามินบี 12 กรดโฟลิก และธาตุเหล็กสูง เช่น ไข่ นม เนื้อสัตว์ ผักใบเขียว ถั่ว ตับหมู ตับวัว เป็นต้น 11. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Electrolyte (Potassium), CBC (Hemoglobin, Hematocrit), LFT (Total protein, Albumin, Globulin) 12. จัดอาหารให้น่ารับประทาน เพื่อกระตุ้นการอยากอาหาร แนะนำญาติให้นำอาหารที่ตรงกับความต้องการ และความชอบของผู้ป่วยมาให้รับประทานได้ ดูแลความสะอาดในช่องปาก ฟัน ก่อนการรับประทานอาหาร เพื่อเพิ่มความอยากอาหาร **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กำลังกล้ามเนื้อปกติ อ่อนเพลีย ไม่มีอาการบวมตามร่างกาย เยื่อบุตา เยื่อบุช่องปากไม่ซีด รับประทานอาหารได้มากขึ้นประมาณ 10 -12 คำต่อมื้อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Potassium ปกติ 4.3 mmol/l ไม่ได้ส่งตรวจ CBC, LFT ซ้ำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการหลบหนีเนื่องจากมีอาการหวาดระแวงและขาดแรงจูงใจ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงว่า จะมีคนมาทำร้าย 2. ผู้ป่วยบอกว่า “อยากกลับบ้าน” 3. สีหน้าตึงเครียดเมื่อพูดคุยกับน้าเรื่องกลับบ้าน ซึ่งน้าต้องการให้อยู่บำบัดอาการจนครบตามแผนการรักษา 4. น้าและตาไม่ได้มาเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - เพื่อป้องกันผู้ป่วยอยู่บำบัดอาการไม่ครบตามแผนการรักษา	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยแสดงความเห็นใจ เข้าใจ รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. ดูแลให้ยาระงับอาการทางจิตตามแผนการรักษา ได้แก่ Haloperidol 5 mg Ⓜ prn for agitation q 30 min, Diazepam 10 mg Ⓥ prn for agitation q 30 min, Chlorpromazine (50 mg) ½ x 3 ⊙ pc, และ Perphenazine (8 mg) 1x2 ⊙ pc และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา 3. จำกัดพฤติกรรมโดยการผูกยึด เฝ้าระวังการหลบหนี 4. ปิดประตูทางเข้า ออกทุกครั้ง เมื่อเข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วย 5. อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นที่จะต้องได้รับการบำบัดรักษา และประโยชน์ที่ได้รับเมื่ออยู่บำบัดรักษา พูดคุยให้กำลังใจสะท้อนข้อมูลความเป็นจริงเกี่ยวกับผลกระทบของการเสพยาบ้าที่ผ่านมา สะท้อนให้ผู้ป่วยคิดหากผู้ป่วยหยุดเสพยาบ้าได้นานขึ้น จะเกิดผลดีกับผู้ป่วยและญาติอะไรบ้าง 6. สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดอาการจนครบตามแผนการรักษา โดยประเมิน Stage of change เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจอยู่บำบัดรักษาตามแผนและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ FAST Model ต่อเนื่อง 7. แนะนำญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ เพื่อให้กำลังใจในการบำบัดรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีอาการหวาดระแวง มีความเข้าใจถึงผลดีของการบำบัดจนครบตามแผนการบำบัด มีความตั้งใจเลิกยาเสพติด ไม่มีความคิดหลบหนี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเผชิญกับความเครียดไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดทักษะในการจัดการกับความเครียด	1. ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและความรู้สึก กลไกทางจิตและความต้องการต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2. พูดคุยถึงสาเหตุ ตัวกระตุ้น วิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหาแบบเดิมๆ ผลกระทบที่เกิดขึ้นในอดีต และส่งเสริมให้คิดหาแนวทางในการเผชิญปัญหาได้เหมาะสมมากขึ้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน - ญาติบอกว่าเวลาผู้ป่วยไม่พึงพอใจ จะพูดเสียงดัง พูดคำหยาบ เอะอะโวยวาย ทำลายข้าวของ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการความเครียดและเผชิญปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสม	3. แนะนำวิธีการเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกทางเลือกได้เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้การแก้ปัญหาง่ายขึ้น 4. ช่วยผู้ป่วยคิดค้นหา วิธีการระบายความโกรธ ความคับ แค้นใจในทางสร้างสรรค์ชี้ให้เห็นว่าการใช้สารเสพติดไม่ใช่การแก้ปัญหา 5. แนะนำและฝึกทักษะวิธีการจัดการกับอารมณ์ของตัวเอง และวิธีการคลายเครียดที่เหมาะสม เช่น การหาที่ปรึกษา การฝึกสมาธิการผ่อนคลายโดยใช้กิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและเป็นไปในทางที่สร้างสรรค์ไม่เกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเองและส่วนรวม 6. ชมเชย ให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ 7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติปรับความเข้าใจในการใช้ชีวิตร่วมกันเมื่อกลับไปอยู่บ้าน **ประเมินการพยาบาล** ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับความเครียดและการเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้อง โดยเมื่อมีความเครียดจะพูดคุยปรึกษากับน้าหรือตา โทรศัพท์มาปรึกษาเจ้าหน้าที่ และไปดูฟุตบอล
ระยะจำหน่าย **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและเสพสารเสพติดอื่น เนื่องจากมีปัจจัยกระตุ้นทางสภาวะจิตใจและสังคม **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม 2. ผู้ป่วยอยู่กับน้าและตา ไม่ค่อยพูดคุยกัน เมื่อมีปัญหาจะเก็บไว้คนเดียวไม่ปรึกษาใคร 3. ผู้ป่วยเคยมีประวัติเสพสารเสพติดและเลิก แต่เมื่อมีภาวะเครียด จะกลับมาใช้สารเสพติดอีก	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. ให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก สามารถเผชิญปัญหาและวิธีแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม และตัดสินใจเลือกแนวทางแผนการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง 3. พูดคุย ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองในพฤติกรรมที่ผ่านมา ทั้งด้านบวกและด้านลบ 4. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษพิษภัยจากยาบ้าที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว 5. ประเมินเป้าหมายในการเลิกยาเสพติด ความเชื่อเกี่ยวกับการเลิกยา เสพติด สถานการณ์ที่ส่งผลให้กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ และแนวทางการป้องกันการเสพซ้ำ
วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง 2. เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ	6. ให้ความรู้เรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โดยให้ผู้ป่วยบอกถึงผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาแอมเฟตามีน จากนั้นให้ความรู้ถึงผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วย ครอบครัว สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในโทษพิษภัยจากยาบ้า 7. ฝึกทักษะ เพื่อป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ ได้แก่ ทักษะการสำรวจตนเอง การแก้ปัญหา การปฏิเสธ การจัดการกับตัวกระตุ้น การตั้งเป้าหมาย การควบคุมอารมณ์ การเผชิญความเครียดและการจัดการกับความเครียด 8. ส่งเสริมการหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อที่จะสนับสนุนในการเลิกยาเสพติด ได้แก่ ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและคนในครอบครัว เลิกยาเพื่อคน ที่รัก คือ น้ากับตา 9. ส่งเสริมให้ญาติ และผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยกำหนดหน้าที่ให้น้าเป็น Care giver ในการจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานต่อหน้า พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผู้ใหญ่บ้านสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงเสพสารเสพติดซ้ำ 10. ให้คำปรึกษากับญาติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ 11. แนะนำให้ผู้ป่วยวางแผนเป้าหมายในชีวิตร่วมกับญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายที่ชัดเจนและเป็นไปได้มากที่สุด 12. วางแผนติดตามการรักษาหลังจำหน่าย โดยโทรประสานส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางจะเกร็ง ในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และส่งข้อมูลในระบบ Thai-COC เพื่อติดตามอาการหลังจำหน่าย 13. แนะนำแหล่งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ เมื่อต้องเผชิญปัญหาการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	14. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสร้างคำมั่นสัญญา (Commitment strengthening) ในการเลิกยาเสพติด เพื่อทำให้คำมั่นสัญญาที่จะเลิกยาเสพติดมีความหนักแน่นขึ้น 15. ติดตามความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการประเมินแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยทบทวนเป้าหมายอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีอย่างต่อเนื่อง **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยอธิบายถึงผลกระทบของยาเสพติดที่มีต่อตนเองและครอบครัวได้ เช่น ทำให้เกิดอาการทางจิต อาจจะทำร้ายตายายคนในครอบครัว อาจถูกจับดำเนินคดี ผู้ป่วยบอกแนวทางการจัดการกับตัวกระตุ้น การปฏิเสธ การเผชิญความเครียดและการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม มีการวางแผนการดำเนินชีวิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยจะไปหางานทำที่ต่างจังหวัด ญาติสามารถตอบคำถามเรื่อง การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำได้อย่างถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 ผู้ป่วยและญาติขาดความเข้าใจในการดูแลตัวเองหลังจำหน่ายกลับสู่ชุมชน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. จากการประเมินผู้ดูแลพบว่า ญาติยังไม่เข้าใจการดูแลผู้ป่วย และการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย 2. จากการประเมินผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยขาดความเข้าใจการดูแลตัวเองหลังจำหน่าย บอกวิธีการดูแลตนเองได้ไม่ครอบคลุม **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย	1. ประเมินปัญหาและความต้องการประเด็นในการวางแผนจำหน่าย 2. กำหนดเป้าหมายและวางแผนการจำหน่ายตามหลัก D METHOD ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ดังนี้ 2.1 D (Diagnosis) โดยให้ความรู้เรื่องการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ การเกิดอาการทางจิตกำเริบ การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 2.2 M (Medication) แนะนำการใช้ยาต้านอาการทางจิตเวชที่ผู้ป่วยต้องได้รับไปรับประทานต่อที่บ้าน คือ Perphenazine (8 mg) 1x2 ⊙ pc เช้า ก่อนนอน โดยอธิบายฤทธิ์ของยา วิธีเก็บยาและข้อห้าม/ข้อระวังในการใช้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น ง่วงซึม เดินเซ ปากแห้ง ริมฝีปากแห้ง ตัวแข็ง สิ้นแข็ง น้ำลายไหล ปัสสาวะคั่ง ท้องผูก หิวบ่อย รับประทานอาหารมาก ความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อดี- ข้อเสียของการรับประทานยาต้านอาการทางจิต และการไม่รับประทานยาต้านอาการทางจิต การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในขณะรับประทานยา ให้ผู้ดูแลเป็นผู้จัดยาให้กับผู้ป่วย และตรวจสอบว่าผู้ป่วยรับประทานยาทุกครั้ง 2.3 E (Environment) โดยแนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยไม่เข้าไปในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดซ้ำ และลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 2.4 T (Treatment) แนะนำผู้ป่วยและญาติเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ กระสับกระส่าย การตะโกนเสียงดัง ตวาด การขัดขืน ไม่ร่วมมือ ตาขวาง เป็นต้น เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที 2.5 H (Health) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น โดยการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดการกับความเครียด 2.6 O (Outpatient) การเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติเห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามหลังการรักษา การมารับยาต้านอาการจิตเวชอย่างต่อเนื่อง การติดต่อขอความช่วยเหลือ กรณีผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตกำเริบ หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง ปัญหาที่ต้องติดตามต่อให้แก่งานติดตามหลังการรักษาและแผนกยาเสพติดและจิตเวช 2.7 D (Diet) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดชา กาแฟ หรืออาหารที่มีคาเฟอีน 3. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเป็นระยะเพื่อนำไปสู่การปรับปรุง แก้ไขแผนการจำหน่าย **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเรื่อง วิธีการดูแลตนเองหลังจำหน่ายได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากเป็นผู้ป่วยใช้ยาแอมเฟตามีน และมีอาการทางจิตชนิดหวาดระแวง โดยคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรม เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลายข้าวของ อาจ ทำร้ายตนเอง และบุคคลอื่น และหลบหนีการบำบัด รักษาได้ จึงต้องจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกยึดแบบ 4 รยางค์ ซึ่งต้องใช้บุคลากรในการผูกยึดผู้ป่วยอย่างน้อย 3 - 4 คน และหลังจากผูกยึด ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ลิ่มเลือดอุดตันของระบบไหลเวียน ทำให้อวัยวะที่ถูกผูกยึดขาดเลือดไปลี้ยง แผลที่ผิวหนัง ผิวหนังและกล้ามเนื้ออักเสบ เป็นต้น[7] ซึ่งผู้ป่วยรายนี้เกิดการบาดเจ็บกล้ามเนื้อแขนขวา ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย (Rhabdomyolysis) แต่ได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่เริ่มแรก จึงไม่เกิดภาวะ แทรกซ้อนไตวายเฉียบพลันตามมา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการรักษาด้วยการให้ยาต้านอาการทางจิตหลายชนิด ทำให้ต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาจิตเวชที่มีหลากหลายอาการ เช่น ง่วงซึม กล้ามเนื้อเกร็ง ลิ้นแข็ง ตัวแข็ง พูดหรือกลืน อยู่นิ่งไม่ได้ อาการสั่น ปัสสาวะคั่ง ไข้สูง เหงื่อออกมาก ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูง เป็นต้น[8] ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ ไม่เกิดอาการข้างเคียงดังกล่าว นอกจากนี้ในช่วงที่ผู้ป่วยถูกจำกัดพฤติกรรมและได้รับยาจิตเวช จะมีอาการง่วงซึม ต้องให้การดูแลและเฝ้าระวังการ ติดเชื้อในร่างกาย โดยเฉพาะปอดอักเสบ ดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันและสุขวิทยาส่วนบุคคล เมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบลง และระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น พยาบาลได้ค้นหาปัญหาที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติด ปัญหาด้านสุขภาพกายทั่วไป โดยพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเผชิญกับความเครียดไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดผู้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา มีภาวะขาดสารอาหาร เกลือแร่ ทำให้มีภาวะโลหิตจาง โปรตีนต่ำ โปแตสเซียมต่ำ ซึ่งปัญหาที่พบดังกล่าวได้รับการดูแลรักษาจนมีแนวโน้มดีขึ้น และต้องติดตามอย่างต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จากกรณีศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยทั้งอาการจากสารเสพติดและอาการทางจิตเวชควบคู่กันไป เป็นการพยาบาลเฉพาะทางเป็นศาสตร์ (Sciences) และศิลป์ (Art) โดยใช้ความรู้ทางชีววิทยาและศาสตร์ต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวน การพยาบาล ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์ มีความรู้ และทักษะในการประเมินสภาพ วินิจฉัยปัญหาและสาเหตุ วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล รวมถึงทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัดรักษา การดูแลด้านจิตสังคม การดูแลครอบครัวและผู้ดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อคุณภาพการบริการพยาบาล ผู้ป่วยไม่กลับไปใช้สารเสพติด และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

1. นำกรณีศึกษานี้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้แอมเฟตามีน

2. สร้างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

3. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลโดยการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้แอมเฟตามีน เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะ ในการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และสามารถให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง รวมถึงสามารถประยุกต์แนวคิดทฤษฎีไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).(2022). World drug report 2022. Vienna: United Nations publication; 2022.
2. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2563). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2563-2567. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2563.
3. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.)., สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. (2565). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2565.
4. วิไลลักษณ์ ลังกาและคณะ.(2562). การวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันของปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยภูมิคุ้มกันและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดของเด็กและเยาวชนในพื้นที่หมู่บ้านอาสาพัฒนาและป้องกันตนเอง (อพป.). วารสารการจัดการทางการศึกษาปฐมวัย 2562; 1(1): 28 – 43.
5.พรทิพย์ โชครุ่ง ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และเวทิส ประทุมศรี (2559). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกเสพยาต่อความตั้งใจในการเลิกเสพยาของผู้เสพติดสารแอมเฟตามีน. วาสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 2559; 32(3): 37-50.
6. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2565, 2566,2567 [อินทราเน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
7. จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์, ดุสิดา สันติคุณาภรณ์.(2561). การรับรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกยึด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561; 32(2): 113-129.
8. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์) พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี: วิคทอเรียอิมเมจ; 2560.

ประสิทธิผลการการใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาร่วมกับการบริบาลเภสัชกรรมเพื่อช่วยลดอาการคันในผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Effectiveness of DEJA cannabis oil formula Plus Pharmaceutical Care for Pruritus Relief in End-Stage Renal Disease Patients under Palliative Care at Kalasin hospital.

(Received: August 18,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 26,2025)

อลินนันท์ สุดแสนทวีโชติ[1]
Alinnan Sudsaenthaweechot[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลการใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาร่วมกับการบริบาลเภสัชกรรมเพื่อช่วยลดอาการคันในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองแทนการฟอกไตทดแทนจำนวน 30 คน โดยวัดผลก่อนหลังในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลลักษณะอาการคัน และ Numerical Rating Scale (NRS) เครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของอาการคัน โดยให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกของตนเองในระดับตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย 0 คือ ไม่มีอาการคันเลย และ10 คือ คันรุนแรงที่สุดที่เคยรู้สึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า การใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาร่วมกับการบริบาลเภสัชกรรมสามารถช่วยลดอาการคันในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองแทนการฟอกไตทดแทนได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการน้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาทาผิว

คำสำคัญ : น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชา,คัน,ไตวายระยะท้าย,ประคับประคองไม่ฟอกไตทดแทน

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of DEJA cannabis oil formula in combination with pharmaceutical care in reducing pruritus among end-stage chronic kidney disease (CKD) patients who chose palliative care instead of renal replacement therapy. Thirty patients participated in a single-group pretest–posttest design over a period of four weeks. Data were collected using a personal information interview form, pruritus characteristics assessment, and the Numerical Rating Scale (NRS) to measure itch severity, where 0 indicated no itching and 10 indicated the worst imaginable itch. Statistical analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results revealed that the use of DEJA cannabis oil formula combined with pharmaceutical care significantly reduced pruritus severity in end-stage CKD patients receiving palliative care ($p < 0.001$). In addition, patients' quality of life improved, and no adverse effects were reported from the topical application of DEJA cannabis oil formula.

Keyword : DEJA cannabis oil formula, Pruritus, end-stage chronic kidney disease, Palliative Care

บทนำ

โรคไตวายระยะท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) เป็นภาวะที่การทำงานของไตลดลงอย่างถาวรจนไม่สามารถดำรงชีวิตได้โดยปราศจากการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้ป่วยจำนวนมากเลือกการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการทางกายหลายอย่างที่กระทบคุณภาพชีวิตอย่างรุนแรง อาการคัน (pruritus) ถือเป็นหนึ่งในอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยในผู้ป่วยไตวายระยะท้าย ซึ่งเกิดจากหลากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นการคั่งของสารยูเรีย ความไม่สมดุลของเกลือแร่และฮอร์โมน หรือการอักเสบเรื้อรัง ส่งผลต่อการนอน

[1] เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

หลับ ภาวะทางจิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก [1]

การบริบาลเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) เป็นกระบวนการที่เภสัชกรดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยให้ความสำคัญกับการประเมินปัญหาการใช้ยา การให้คำปรึกษา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ รวมถึงการประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย [2,3]อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยที่ผู้ป่วยไตวายระยะท้าย มีอาการคันเรื้อรัง บางครั้งการใช้ยาบรรเทาอาการคัน (เช่น ยาต้านฮีสตามีนหรือยาต้านอักเสบเฉพาะที่) อาจไม่ได้ผลอย่างเต็มที่หรือมีผลข้างเคียง [4]

กัญชา (Cannabis) ซึ่งมีสารออกฤทธิ์หลักได้แก่ Δ9-tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD) ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในฐานะทางเลือกบรรเทาอาการในผู้ป่วยประคับประคอง รวมถึงอาการคันเรื้อรัง [5] โดยมีหลักฐานเบื้องต้นที่สนับสนุนว่าการกระตุ้นตัวรับในระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ (Endocannabinoid System) ช่วยลดกระบวนการอักเสบและลดการส่งสัญญาณกระตุ้นอาการคัน [6] อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการใช้น้ำมันกัญชาทาผิวในผู้ป่วยผู้ป่วยไตวายระยะท้าย ในบริบทการดูแลแบบประคับประคองยังมีจำกัด และยังไม่มีข้อมูลการนำน้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาที่มีปริมาณความเข้มข้นน้อยกว่าสารสกัดTHCและ CBD เข้มข้นถึง 6 เท่ามาใช้ทาผิวสำหรับลดอาการคันในผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง [7,8]

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการค้นหาแนวทางการจัดการอาการคันที่เหมาะสมและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนตะวันตก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลก่อน-หลังของการการใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาร่วมกับการบริบาลเภสัชกรรมต่อความรุนแรงของอาการคันในผู้ป่วยโรคไตวายระยะท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองแทนการฟอกไตทดแทน รวมถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิต และความปลอดภัยจากการใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาทาผิว

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)
วัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน (0ne group pretest post test)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยนอกคลินิกโรคไตวายระยะท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อายุมากกว่า 18 ปีที่ มีอาการคันระดับปานกลางขึ้นไป (NRS ≥ 4) มีอาการคันเรื้อรังมากกว่า 4 สัปดาห์ ได้รับยารักษาอาการคันตามแนวทางการรักษาอาการคันมาแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร และใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาทาผิวหนังท่านั้น โดยทา 1-2 หยดต่อพื้นที่ผิว 12x12นิ้ว ทาวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น

ช่วงเวลาที่ใช้ศึกษา 1 มิถุนายน 2566 – 30 กันยายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป: อายุ, เพศ, ระดับการศึกษา การดื่มแอลกอฮอล์ฯลฯ และแบบสอบถามลักษณะอาการคัน : ตำแหน่งที่คัน เวลาที่คัน ระยะเวลาที่คัน / ครั้ง

2. แบบประเมินอาการคัน: Numerical Rating Scale (NRS) เป็นเครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของอาการคัน โดยให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกของตนเองในระดับตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10: โดย 0: ไม่มีอาการคันเลย และ10: คันรุนแรงที่สุดที่เคยรู้สึก และยังแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับ

คะแนน 0 คือ ไม่มีอาการคันเลย
คะแนน 1-3 คือ อาการคันระดับเล็กน้อย

คะแนน 4-6 คือ อาการคันระดับปานกลาง

คะแนน 7-10 คือ อาการคันระดับมาก

ให้ผู้ป่วยเลือกคะแนนที่สะท้อนระดับความรุนแรงของอาการคันในช่วงเวลาที่กำหนด เช่น 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

ความน่าเชื่อถือ (Reliability)[5,8] ระบุว่า NRS มีความน่าเชื่อถือสูง (high reliability) ในการวัดอาการคัน โดยให้ผลลัพธ์ที่สม่ำเสมอเมื่อประเมินในช่วงเวลาต่าง ๆ การศึกษาพบว่า Intraclass Correlation Coefficient (ICC) ของ NRS สำหรับอาการคันอยู่ในช่วง 0.86–0.92 ซึ่งถือว่ามีความน่าเชื่อถือสูง Reich et al. (2011):

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตวาย (KDQOL-36) [9] แบบสอบถามที่แปลเป็นภาษาไทยเวอร์ชั่น 1.3 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.80 ประกอบด้วย

1) คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั่วไป มี 8 มิติ 36 ข้อ

2) คำถามเฉพาะโรคไตเรื้อรัง 11 มิติ 44 ข้อ คะแนนเป็นแบบ likert scaleช่วงคะแนนในแต่ละมิติอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยมีการแปลผล คือ

คะแนน 0-25.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำมาก

คะแนน 25.01-50.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำ

คะแนน 50.01-75.00 หมายถึงคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 75.01-100.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

4. แบบบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดอาการคันในผู้ป่วยไตวายระยะท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย: ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ฯลฯ

2. การวิเคราะห์ความแตกต่างด้วย Paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เลขที่ COA No.028-2023

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองจำนวน 30 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 63.73 ± 8.026 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่การศึกษามัธยมปลาย /ปวช.ร้อยละ 36.67 และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพผู้ในการรักษาร้อยละ 7.67

ข้อมูลลักษณะอาการคันของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองจำนวน 30 คน พบว่าตำแหน่งที่มีอาการคันมากที่สุดคือแผ่นหลังร้อยละ 53.33 รองลงมาคือต้นขาและหน้าท้อง ซึ่งผู้ป่วยมักจะมีตำแหน่งที่มีอาการคัน 1-2 ตำแหน่งร้อยละ 50 โดยจะมีอาการคันทั้งกลางวันและกลางคืนร้อยละ 36.67 ระยะเวลาที่คัน/ครั้งร้อยละ 36.67 น้อยกว่า 5 นาทีมากที่สุดร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ 5-15 นาทีร้อยละ 30 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่แสดงลักษณะอาการคันของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง

ลักษณะอาการคัน	คน	ร้อยละ
ศีรษะ ใบหน้า	4	13.33
หน้าอก	5	16.67
แผ่นหลัง	16	53.33
แขน	11	36.67
ท้อง	12	40.00
ต้นขา	13	43.33

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่แสดงลักษณะอาการคันของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง

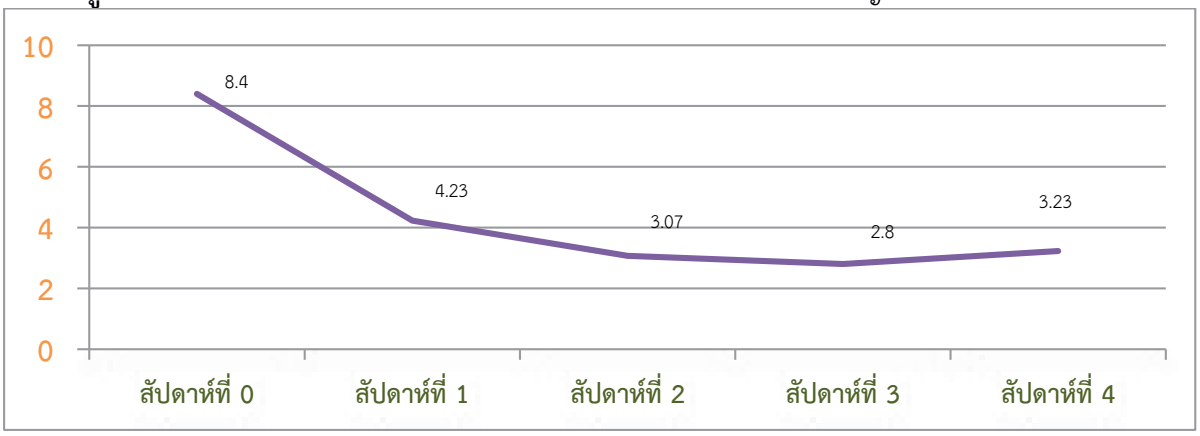
ลักษณะอาการคัน	คน	ร้อยละ
ขา	10	33.33
ก้น	9	30.00
ตำแหน่งที่คัน	คน	ร้อยละ
1-2 ตำแหน่ง	15	50
3-4 ตำแหน่ง	9	30
มากกว่า 5 ตำแหน่ง	6	20
เวลาที่คัน	คน	ร้อยละ
กลางวัน	8	26.67
กลางคืน	9	30
ทั้งกลางวันและกลางคืนแต่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง	11	36.67
24 ชั่วโมง	2	6.67
ระยะเวลาที่มีอาการคัน / ครั้ง	คน	ร้อยละ
< 5 นาที	10	33.33
5-15 นาที	9	30
16-30 นาที	8	26.67
31-60 นาที	2	6.67
> 60 นาที	1	3.33

ผลการรักษาทางคลินิกพบว่าระดับความรุนแรงอาการคันเฉลี่ยก่อนใช้น้ำมันกัญชาทาผิวหนัง NRS (T0) = 8.40 ± 1.453 และพบว่าหลังจากการใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาทาผิวหนัง ระดับความรุนแรงอาการคันเฉลี่ยหลังใช้น้ำมันกัญชาทาผิวหนังที่ 1,2,3 สัปดาห์ NRS(T1) = 4.23 ± 0.935 NRS(T2) = 3.07 ± 1.202 NRS(T3) = 2.80 ± 0.925 ตามลำดับ และสัปดาห์ที่ 4 เมื่อนัดติดตามอาการ NRS(T4) = 3.23 ± 0.728 ซึ่งพบว่าคะแนนระดับความคันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2 และรูปภาพที่ 1

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การเปรียบเทียบคะแนนระดับความคันหลังใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาทาผิว

คะแนนระดับความคัน สัปดาห์ที่เปรียบเทียบ	Mean ± S.D.		*p*-value
	ก่อน	หลัง	
T0 & T1	8.40 ± 1.453	4.23 ± 0.935	< 0.05
T1 & T2	4.23 ± 0.935	3.07 ± 1.202	< 0.001
T2 & T3	3.07 ± 1.202	2.80 ± 0.925	< 0.001
T3 & T4	2.80 ± 0.925	3.23 ± 0.728	< 0.05
T0 & T4	8.40 ± 1.453	3.23 ± 0.728	< 0.001

รูปภาพที่ 1 ผลลัพธ์การเปรียบเทียบคะแนนระดับความคันหลังใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาทาผิว



VAS, Visual analog scale; Dif., Difference; CI, Confidence interval; * Statistically significant (p<0.001)

สัปดาห์	0	1	2	3	4
NRS	8.40 ± 1.453	4.23 ± 0.935	3.07 ± 1.202	2.80 ± 0.925	3.23 ± 0.728

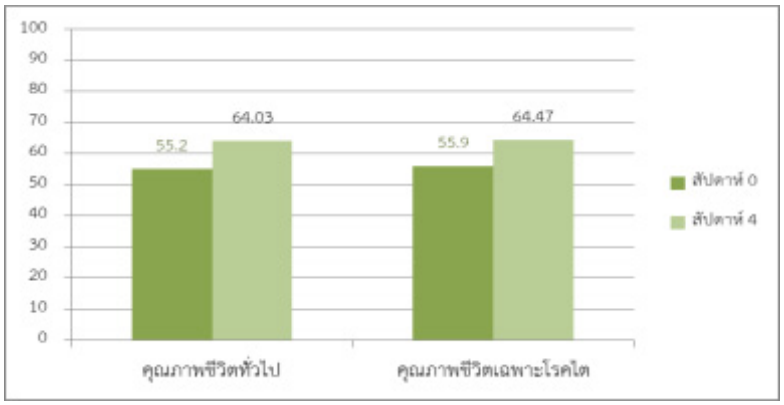
ผลลัพธ์ด้านคะแนนคุณภาพชีวิต พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาร่วมกับได้รับการบริบาลเภสัชกรรมด้านคุณภาพชีวิตทั่วไปเท่ากับ 55.2± 4.90 และคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไต เท่ากับ 55.9±4.69 ติดตามหลังการใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาร่วมกับได้รับการบริบาลเภสัชกรรมเมื่อครบการติดตาม 4 สัปดาห์ด้านคุณภาพชีวิตทั่วไปเท่ากับ 64.03±6.21 และคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไต เท่ากับ 64.47±3.14 ซึ่งพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3 และรูปภาพที่ 2

ตารางที่ 3 คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทาผิวร่วมกับการบริบาลเภสัชกรรม

คะแนนคุณภาพชีวิต	Mean ± S.D.	
	คุณภาพชีวิตทั่วไป	คุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไต
สัปดาห์ 0	55.2± 4.90	55.9±4.69
สัปดาห์ 4	64.03±6.21	64.47±3.14

*Statistically significant (p<0.001)

รูปภาพที่ 2 กราฟเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทาผิวร่วมกับการบริบาลเภสัชกรรม



การติดตามสอบถามอาการไม่พึงประสงค์ตลอดการศึกษา 4 สัปดาห์ พบว่าไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำมันกัญชาทางผิวหนังในผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้ ศึกษาในผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองแทนการฟอกไตทดแทนและมีอาการคันเรื้อรังมากกว่า 4 สัปดาห์ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าน้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาที่ใช้ร่วมกับการบริบาลเภสัชกรรมสามารถลดอาการคันในผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิผลและปลอดภัย โดยระดับความรุนแรงของอาการคันลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สัปดาห์แรกของการใช้ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนใช้ยา

ซึ่งผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ระบุว่าสารสกัดกัญชาทางทาผิวสามารถลดอาการคันเรื้อรังผ่านระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ที่ช่วยควบคุมความรู้สึกคันและการอักเสบในผิวหนัง นอกจากนี้การบริบาลเภสัชกรรมยังช่วยให้การใช้ยามีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และส่งเสริมการติดตามผลอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการประสบความสำเร็จของการรักษา[7]

นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้รับการปรับปรุงอย่างเห็นได้ชัดหลังใช้ยานี้ ซึ่งเป็นผลมาจากการบรรเทาอาการคันที่ส่งผลต่อการนอนหลับและภาวะทางจิตใจ ข้อดีอีกอย่างคือไม่มีรายงานอาการไม่พึงประสงค์ซึ่งบ่งชี้ถึงความปลอดภัยของสูตรน้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาที่มีความเข้มข้น THC และ CBD ต่ำกว่าสูตรอื่นๆ ถึง 6 เท่า[8] สรุปการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาทาผิวร่วมกับได้รับการบริบาลเภสัชกรรมเพื่อช่วยลดอาการคันในผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองแทนการฟอกไตทดแทน เป็นข้อมูลสนับสนุนการใช้สมุนไพรเพื่อช่วยส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อตอบสนองนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนตะวันตก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจาการศึกษา

1.ขยายการติดตามระยะยาวถึงอาการไม่พึงประสงค์และประสิทธิผลการใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาระยะ 3-6 เดือน เพื่อให้มั่นใจถึงความปลอดภัยเมื่อใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชาในระยะยาว

2.ส่งเสริมการใช้น้ำมันกัญชาและสร้างคู่มือการจัดการอาการคันที่ชัดเจนและส่งเสริมการใช้เป็นแนวทางการจัดการอาการคันแบบใหม่ที่ส่งเสริมการใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนตะวันตก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาเปรียบเทียบกับการรักษามาตรฐานเดิมสำหรับยาใช้ภายนอก เช่น เจลพริก และศึกษาการใช้น้ำมันกัญชาเพื่อลดอาการคันในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง

เอกสารอ้างอิง

1.Szepietowski, Jacek Cezary, Tomasz Szepietowski and Adam Reich. “Efficacy and tolerance of the cream containing structured physiological lipids with endocannabinoids in the treatment of uremic pruritus: a preliminary study.” Acta dermatovenerologica Croatica : ADC 13 2 (2005): 97-103 .

2.สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). (2561). แนวทางปฏิบัติการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยใน. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย).

3.สภาเภสัชกรรม. (2559). มาตรฐานวิชาชีพการบริบาลทางเภสัชกรรม. กรุงเทพฯ: สภาเภสัชกรรม.

4.กิ่งกมล เพชรศรี และกันตพร ยอดใชย. "อาการคัน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการอาการคันในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย." วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 26, ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม–กันยายน 2563): 122–131.

นงลักษณ์ สุขวาณิชย์ศิลป์. “คันและยาบรรเทาอาการคัน.” หน่วยคลังข้อมูลยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

5. Phan, N. Q., Siepmann, D., Gralow, I., et al. (2019). Topical cannabinoid applications: A new therapy for chronic pruritus? Dermatology, 226(1), 35-45.

6.Ueda N, Tsuboi K, Uyama T, Ohnishi T, Tokumura A. Physiological and pathophysiological roles of the lysophospholipid mediators lysophosphatidic acid, lysophosphatidylserine, and lysophosphatidylinositol and their receptors. J Biochem. 2020;167(4):371-9.

7.Ständer, S., Reinhardt, H. W., & Luger, T. (2020). Topical cannabinoids for the treatment of chronic pruritus. JAMA Dermatology, 156(5), 505-506.

8.Szepietowski, Jacek Cezary, Tomasz Szepietowski and Adam Reich. “Efficacy and tolerance of the cream containing structured physiological lipids with endocannabinoids in the treatment of uremic pruritus: a preliminary study.” Acta dermatovenerologica Croatica : ADC 13 2 (2005): 97-103 .

9.ขนิษฐา หอมจีน, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. การแปลและปรับใช้แบบสอบถาม KDQOL-36 ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

Factors related to oral health care behavior of early elderly people at BanNa Nuea Subdistrict Health Promotion Hospital, Kantang District, Trang Province.

(Received: August 3,2025 ; Revised: August 17,2025 ; Accepted: August 18,2025)

เฉลิม เกตุพงษ์พันธุ์[1] พัชริดา ทองเขาล้าน[2]
Chalerm Katpongpun[1] Phatcharida Tongkhaolan[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ประชากรกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุตอนต้นเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 121 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบ่งออก 4 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67–1 และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นใช้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.794 และค่าของครอนบาคเท่ากับ 0.869 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติของเพียร์สัน ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.1 ช่วงอายุ 60–64 ปี มากที่สุด ร้อยละ 59.50 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.00 ได้เรียนหนังสือร้อยละ 77.68 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 59.50 มากที่สุด ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนช่วง 1,000–5,000 บาท ร้อยละ 42.9 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.38 ส่วนใหญ่ความดันโลหิตสูงร้อยละ 51.20 รองลงมาคือ เบาหวานร้อยละ 25.60 พักอาศัยกับคู่สมรสร้อยละ 60.4 ได้รับบริการด้านทันตกรรมร้อยละ 66.94 ที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 29.75 มากที่สุด ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 68.6 ส่วนใหญ่จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร้อยละ 39.70 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับสูงร้อยละ 67.80 ทัศนคติระดับปานกลาง (Mean=3.55, S.D.=0.39) และพฤติกรรมระดับต่ำ (Mean=2.81, S.D.=0.50) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การพักอาศัย การได้รับบริการด้านทันตกรรม และการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น ความรู้ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้นในระดับต่ำ (r=-0.209, p-value=0.022) และ(r=-0.272, p-value=0.003) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุตอนต้น

Abstract

This survey research aimed to study personal factors, knowledge, attitudes, and oral health care behaviors among early elderly persons and to examine the relationship between personal factors, knowledge, attitudes, and oral health care behaviors among early elderly persons at Ban Na Nuea Subdistrict Health Promoting Hospital, Kantang District, Trang Province. The sample consisted of 121 early elderly persons from Ban Na Nuea Subdistrict Health Promoting Hospital, Kantang District, Trang Province. The questionnaire was administered in

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
[2] เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

four parts: personal factors, knowledge, attitudes, and oral health care behaviors. The questionnaire was examined for content validity by experts. The IOC value was between 0.67 and 1. The reliability was analyzed using the KR-20 value of 0.794 and the Cronbach's alpha coefficient of 0.869. The data were analyzed using descriptive statistics, chi-squared, and Pearson's rank test, with a statistical significance level of 0.05.

The research results found that the majority of the sample were female (52.1%), the majority were aged 60-64 years (59.50%), the majority were married (76.00%), the majority were educated (77.68%), the majority were farmers (59.50%), the majority had an average monthly income between 1,000-5,000 baht, 42.9% had underlying diseases (93.38%), the majority were hypertensive (51.20%), followed by diabetes (25.60%), lived with spouse (60.4%), the majority received dental services (66.94%) at government hospitals (29.75%), the majority received oral health care information (68.6%), mostly from village health volunteers (39.70%), the majority had high level of knowledge about oral health care (67.80%), moderate attitude (Mean=3.55, S.D.=0.39) and low level of behavior (Mean=2.81, S.D. = 0.50). Correlation analysis revealed that personal factors, including gender, age, marital status, education, occupation, income, underlying diseases, residence, dental service receipt, and information exposure, were not significantly related to oral health care behaviors among early elderly individuals. Knowledge and attitudes were negatively correlated with oral health care behaviors among early elderly individuals at a low level (r = -0.209, p-value = 0.022) and (r = -0.272, p-value = 0.003), respectively, with statistical significance at the 0.05 level.

Keywords : Oral Health Care Behavior, Early Elderly

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) ตั้งแต่ปี 2565 จากผลการสำรวจพบว่า จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2537 มีผู้สูงอายุร้อยละ 6.8 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.0 ในปี 2567 เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 57.9 และร้อยละ 42.1 ตามลำดับ และในทุกกลุ่มช่วงวัย ผู้สูงอายุหญิงมีจำนวนมากกว่าผู้สูงอายุชาย สำหรับการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มช่วงวัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 59.3 รองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 29.8 และน้อยที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 10.9 ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น ร้อยละ 64.5 รองลงมา คือ ผู้สูงอายุ อยู่ลำพังกับคู่สมรสร้อยละ 22.6 และน้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวร้อยละ 12.9[1]

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบาย พ.ศ.2567-2568 ภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข คือ การยกระดับระบบบริการสาธารณสุข พัฒนา คุณภาพชีวิตประชาชน สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ คนไทยทุกมิติทั้งการส่งเสริม ควบคุมป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม ลดความเหลื่อมล้ำเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน สะดวกรวดเร็วด้วยนวัตกรรม ด้วยนโยบาย 5 เร่งพัฒนา + 5 สานต่อ ในวัยผู้สูงอายุ[2] ได้มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพฟันและช่องปาก ดังนี้ คือ 1) นโยบายที่จะกระจายทันตแพทย์ลงไปที่ รพ.สต. และกระจายเครื่องมืออุปกรณ์เพิ่มการเข้าถึงของผู้รับบริการ และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 2) นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวที่สามารถรักษาได้ทุกโรงพยาบาล ทุก รพ.สต. เพื่อเพิ่มเทคโนโลยีต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ 3) นโยบาย “อสม.นักวิทย์” ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อให้เป็นผู้ช่วยแพทย์หรือให้ความช่วยเหลือแนะนำแก่ผู้สูงอายุ กรณีมีปัญหาด้านทันตกรรมหรือปัญหาช่องปากต่างๆ เป็น

การช่วยแบ่งเบาภาระให้แก่ทันตแพทย์อีกทางหนึ่ง 4) นโยบายการรักษาทางไกลเพื่อให้ความช่วยเหลือในพื้นที่ห่างไกล เรื่องการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือประชาชนสามารถเดินทางไปรักษาสถานที่ใกล้บ้านโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และอีกหนึ่งนโยบายแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ได้แก่ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/เฝ้าระวังช่องปาก โดยภาคประชาชน โดยได้รับการคัดกรองประเด็นสุขภาพช่องปาก ปี 2567 นี้ ได้มีการบูรณาการเรื่องระบบข้อมูลร่วมกับกรมการแพทย์ ให้เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อให้เข้าถึงและสามารถติดตามการใช้ข้อมูลการคัดกรอง เพื่อจัดการสุขภาพช่องปากรายบุคคล ผ่าน DMS care tool อีกทั้งยังมีโครงการเพื่อตอบสนองการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ได้แก่ โครงการจัดทำฟันเทียมทั้งปากให้แก่ผู้สูงอายุทั่วประเทศ ซึ่งมี จำนวน ๗๘,๐๐๐ ราย กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการไปแล้ว จำนวน ๗๒,๐๐๐ ราย รวมถึงการรักษา รากฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุ เป้าหมาย จำนวน ๗,๒๐๐ ราย ซึ่งได้ดำเนินการไปแล้วจำนวน ๒,๕๐๐ คน[3]

ข้อมูลสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในช่วงเดือนกรกฎาคม 2567 ผลลัพธ์การดำเนินงานงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุ เข้าถึงบริการทันตสุขภาพตามความจำเป็น จำนวน 692,047 คน (เป้าหมาย 5 เดือนแรก 400,000 คน) ซึ่งครอบคลุมบริการ นวัตกรรม ได้แก่ บริการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม การทาเคลือบฟลูออไรด์ไรด์ การให้ทันตสุขศึกษา การฝึกสอนแปรงฟัน บริการคัดกรองและดูแลครบวงจร ในกรณีที่พบรอยโรคมะเร็งและมะเร็งช่องปาก และการแก้ไขปัญหาการสูญเสียฟันทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก โดยการใส่ฟันเทียมเพื่อคงสภาพการใช้งานได้ และข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในประเทศไทย ในปี 2567 ช่วงครึ่งปีแรกที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 61.8 (เป้าหมายปี 2567 ร้อยละ 64) ครอบคลุมผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจช่องปากเพียง ร้อยละ 15.56 (เป้าหมายร้อยละ 25) ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมาย เมื่อพิจารณาผลงานรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ดำเนินงานบรรลุเป้าหมายของประเทศ คือ เขตสุขภาพที่ 8,10,9,1 และ7 มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 74.23, 72.50, 71.24, 70.57 และ 67.72 ตามลำดับ ซึ่งเขตสุขภาพที่ 12 ได้แก่ จังหวัดตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ปัตตานี นราธิวาส และ ยะลา ผลการดำเนินงานยังต่ำกว่าเป้าหมาย จังหวัดตรังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 48.12 ครอบคลุมผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจช่องปาก ร้อยละ 18.96 อำเภอกันตัง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ร้อยละ 29.71 ครอบคลุมผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจช่องปาก ร้อยละ 21.15 และผู้สูงอายุเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านนาเหนือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 32.26 (เป้าหมายปี 2567ร้อยละ 64) ครอบคลุมผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจช่องปากเพียงร้อยละ 10.37 (เป้าหมาย ร้อยละ 25)[4]

สถานการณ์จังหวัดตรัง พบว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อการมีสุขภาวะที่ดี ผลการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน 9 ด้าน) ในระบบ 3 หมอ พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมด 10,802,738 ราย ได้รับการคัดกรอง 6,244,333 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.80 พบความเสี่ยงด้านที่ 9 ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน1,295,848 คน คิดเป็นร้อยละ 20.75 จังหวัดตรัง มีจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมด 110,487 คน ได้รับการคัดกรอง 92,299 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.54 พบความเสี่ยงด้านที่ 9 ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 16,571ราย คิดเป็นร้อยละ 17.95 อำเภอกันตัง มีจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมด 13,510 คน ได้รับการคัดกรอง 11,923 ราย คิดเป็นร้อยละ

88.25 พบความเสี่ยงด้านที่ 9 ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 1,665 ราย คิดเป็นร้อยละ13.96 ตำบลคลองลุ อำเภอกันตัง มีจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมด 725 คน ได้รับการคัดกรอง 699 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.41 พบความเสี่ยงด้านที่ 9 ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.87 และพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือเป็นหน่วยปฐมภูมิที่รับผิดชอบหมู่ที่ 3,4 และ 5 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 337 คน ได้รับการคัดกรอง 330 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.92 พบความเสี่ยงด้านที่ 9 ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ14.24[5] ซึ่งนับว่าปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นด้านที่พบมากอีกด้านหนึ่ง และเป็นด้านที่ยากต่อการเข้าถึงการบริการ และระดับความเสี่ยงของพื้นที่ใกล้เคียงระดับประเทศ

จากสภาพปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ ผู้วิจัยมีความสนใจจึงได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุตอนต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง เพื่อวางแผนการส่งเสริม แก้ไขภาวะสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ และพื้นที่อื่นๆต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

2.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

สมมติฐานของการศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุตอนต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ คือ หมู่ที่ 3,4 และ 5 ตำบลคลองลุ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยใช้ฐานข้อมูลจากโปรแกรม HOS-XE ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2567 ที่อาศัยอยู่จริง (Type 1,3) จำนวนทั้งหมด 160 คน

กลุ่มตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ใช้สูตรของ Taro Yamane[15] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % และค่าความคลาดเคลื่อน 5% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 121 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก สุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability sampling) แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ การสุ่มแบบชั้นภูมิ และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ผ่านการตรวจคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถาม โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67–1 และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ความรู้ใช้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.794 ทัศนคติ พฤติกรรม ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha Method) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.869

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์และสถิติของเพียร์สัน ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการ: SCPHYLIRB-2568/257 วันที่รับรอง 10 เมษายน 2568

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุตอนต้นฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 121 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.21 ส่วนใหญ่กลุ่มช่วงอายุ 60–64 ปีร้อยละ 59.50 สถานภาพสมรสร้อยละ 76.00 เรียนหนังสือร้อยละ 77.68 ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 40.50 มีอาชีพร้อยละ 90.90 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 59.50 มากที่สุด มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนช่วง 1,000–5,000 บาท มากที่สุด มีโรคประจำตัวร้อยละ 93.38 ความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 51.20 รองลงมาคือ เบาหวานร้อยละ 25.60 ส่วนใหญ่พักอาศัยกับคู่สมรสร้อยละ 60.4 ได้รับบริการด้านทันตกรรมร้อยละ 66.94 โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 29.75 มากที่สุด รองลงมาคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 23.96 ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 68.6 จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากที่สุด ร้อยละ 39.70 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 14.90

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้นฯ

ตารางที่ 1. ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้ต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)[16]	11	9.1
ระดับความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60 -79)[16]	28	23.1
ระดับความรู้สูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)[16]	82	67.8
$\overline{X}$ = 12.55 คะแนน, SD = 2.06, Min = 6 คะแนน, Max= 15 คะแนน		

จากตารางที่ 1 พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 67.80 รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.10 และความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 9.10 ตามลำดับ

ตารางที่ 2. ผลการวิเคราะห์ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น

ทัศนคติ	Mean	S.D.	ระดับ
1. ด้านโรคในช่องปาก	3.21	0.77	ปานกลาง[17]
2. ด้านการดูแลสุขภาพในช่องปากด้วยตนเอง	4.37	0.48	สูง[17]
3. ด้านการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคในช่องปาก	3.07	0.49	ปานกลาง[17]
รวม	**3.55**	**0.39**	**ปานกลาง[17]**

จากตารางที่ 2. พบว่า ระดับทัศนคติโดยภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.55,S.D.=0.39) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการดูแลสุขภาพในช่องปากด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.37, S.D.=0.48) รองลงมา คือ ด้านโรคในช่องปาก (Mean=3.21, S.D.=0.77) สำหรับระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคในช่องปาก(Mean = 3.07, S.D.= 0.49)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้นฯ

พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น	Mean	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง	3.05	0.68	ปานกลาง[17]
2. ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร	2.86	0.82	น้อย[17]
3. ด้านการบริโภคอาหาร	2.51	0.57	น้อย[17]
รวม	**2.81**	**0.50**	**น้อย[17]**

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับพฤติกรรมโดยภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.81, S.D.= 0.50) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการดูแลสุขภาพในช่องปากด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.05, S.D.= 0.68) รองลงมา คือ ด้านการดูแลสุขภาพปากโดยทันตบุคลากร (Mean = 2.86, S.D.= 0.82) สำหรับระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการบริโภคอาหาร (Mean = 2.51, S.D.= 0.57)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้นฯ ดังนี้

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้นฯ

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น		
	x^2	p-value	การแปลผลความสัมพันธ์
1.เพศ	1.44	0.486	ไม่มีความสัมพันธ์
2.อายุ	0.85	0.654	ไม่มีความสัมพันธ์
3.สถานภาพสมรส	6.67	0.154	ไม่มีความสัมพันธ์
4.ระดับการศึกษา	5.17	0.740	ไม่มีความสัมพันธ์
5.อาชีพ	11.95	0.450	ไม่มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้นฯ

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น		
	x^2	p-value	การแปลผลความสัมพันธ์
6.รายได้	2.97	0.936	ไม่มีความสัมพันธ์
7.โรคประจำตัว	14.35	0.158	ไม่มีความสัมพันธ์
8.การพักอาศัย	3.36	0.763	ไม่มีความสัมพันธ์
9. การรับบริการด้านทันตกรรม	1.99	0.370	ไม่มีความสัมพันธ์
10.การรับข้อมูลข่าวสารฯ	8.59	0.378	ไม่มีความสัมพันธ์

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว การพักอาศัยกับครอบครัว การรับบริการด้านทันตกรรม และการรับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้นฯ

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้นฯ

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก		
	r	p-value	การแปลผลความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก			
- โรคในช่องปาก	-0.214*	0.018	มีความสัมพันธ์ต่ำ[18],ทางลบ
- การทำความสะอาดในช่องปาก	-0.213*	0.019	มีความสัมพันธ์ต่ำ[18],ทางลบ
- การบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคในช่องปาก	-0.240*	0.008	มีความสัมพันธ์ต่ำ[18],ทางลบ
รวม	**-0.209***	**0.022**	**มีความสัมพันธ์ต่ำ[18],ทางลบ**

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่า ในภาพรวมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ(r = -0.209) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.022) หากจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคในช่องปาก มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น มากที่สุดในระดับต่ำ (r = -0.240, p-value = 0.008) รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้นในระดับต่ำ (r = -0.214, p-value =0.018) และความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดในช่องปาก มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพองปากของผู้สูงอายุตอนต้นน้อยที่สุดในระดับต่ำ (r=-0.213, p-value = 0.019)

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้นฯ

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก		
	r	p-value	การแปลผลความสัมพันธ์
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในช่องปาก			
- โรคในช่องปาก	-0.313**	0.000	มีความสัมพันธ์ปานกลาง[18], ทางลบ
- การดูแลสุขภาพในช่องปากด้วยตนเอง	-0.016	0.860	ไม่มีความสัมพันธ์
- การบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคในช่องปาก	-0.149	0.104	ไม่มีความสัมพันธ์
รวม	**-0.272****	**0.003**	**มีความสัมพันธ์ต่ำ[18],ทางลบ**

** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 6 พบว่า ในภาพรวมทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ (r =-0.272) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.003) หากจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น มากที่สุดในระดับปานกลาง (r = -0.313, p-value = 0.000) และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในช่องปากด้วยตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น (r = -0.016, p-value = 0.860) และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคในช่องปาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น(r = -0.149,p-value = 0.104)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ผู้วิจัยมีประเด็นการอภิปรายผล ดังนี้

1. ความรู้ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตอนต้น ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ส่วนใหญ่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 77.68 ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 40.50 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 24.00 ทำให้มีพื้นฐานด้านการเรียนรู้สามารถที่จะอ่านออกเขียนหนังสือได้ ประกอบกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การสื่อสาร และสื่อออนไลน์ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่สะดวกและรวดเร็ว ทำให้เกิดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปากได้มากขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตอนต้น ส่วนใหญ่ได้รับบริการด้านทันตกรรมร้อยละ 66.94 ทั้งโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และคลินิกฟันรวมทั้งได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพช่องปากร้อยละ 68จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะช่วยส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติศักดิ์ นามวิชา,[6] ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลสำโรง อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการ

ดูแลสุขภาพช่องปากในระดับสูง ร้อยละ 42.80 และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรัตน์ ศิริสุวรรณ, ฉัตรลดา ดีพร้อม และลฎาภา วังบง,[7] ศึกษาเรื่อง ความรู้ การรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแวง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.44 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.62

2. ทัศนคติ ผลการศึกษาพบว่า ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตอนต้น ส่วนใหญ่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปากจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้รับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคลินิกฟัน ได้รับการแนะนำจากบุคลากรเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ความใจและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก อีกทั้งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการสื่อสาร และสื่อออนไลน์ ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่สะดวกและรวดเร็ว ทำให้เกิดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปากได้มากขึ้นเกิดความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติศักดิ์ นามวิชา,[6] ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลสำโรง อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 55.60 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์,[8] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตาบลในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 66.7 และมีทัศนคติอยู่ในระดับสูงร้อยละ 33.3 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติเท่ากับ 21.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.56

3. พฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้นที่มีระดับต่ำ ได้แก่ การเคี้ยวหมาก สูบบุหรี่หรือดื่มสุราเป็นประจำ และการใช้ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟันทำความสะอาดซอกฟันหลังการแปรงฟัน การเคี้ยวหมาก สูบบุหรี่หรือดื่มสุราเป็นประจำถือเป็นกิจวัตรประจำวัน หรือเป็นนิสัยหรือรูปแบบการดำเนินชีวิตตามปกติของกลุ่มผู้สูงอายุ การปรับเปลี่ยน หรือการเลิก ลด ละ จำเป็นจะต้องใช้ระยะเวลาพอสมควรและวิธีการที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล ซึ่งจะต้องดำเนินการเป็นเรื่องเฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคล เพื่อไม่ให้กระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ สำหรับการใช้ไหมขัดฟันแปรงซอกฟันทำความสะอาดซอกฟันหลังการแปรงฟัน เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุตอนต้นอาจจะไม่มีความรู้ ยังไม่มีความเข้าใจในเรื่องนี้ ประกอบกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นาเหนือ ยังขาดแคลนทันตาภิบาลหรือบุคลากรที่รับผิดชอบในเรื่องนี้โดยตรง จึงทำให้พฤติกรรมการใช้ไหมขัดฟันแปรงซอกฟันทำความสะอาดซอกฟันหลังการแปรงฟันอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ สุขประเสริฐ ทับสี,[9] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอ

แก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 3.99, S.D. = 0.53) และแตกต่างกับการศึกษาของ แก้วใจ มาลีลัย และคณะ,[13] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ตำบลสระสมิง อำเภอวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง (mean=2.15, S.D.= 0.87)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้นฯ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุตอนต้น ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพหลัก รายได้ โรคประจำตัว การพักอาศัยอยู่กับครอบครัว การรับบริการด้านทันตกรรม และการรับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปาก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ อาจมีปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เช่น ปัจจัยการรับรู้ แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ซึ่งจะต้องมีการศึกษาในเชิงคุณภาพเพื่อหาปัจจัยที่เพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิสิษฐ์ คำโสภา และคณะ,[10] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ตำบลสว่าง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ตวงพร กตัญญุตานนท์ และคณะ ,[11] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดศรีวารีน้อย ตำบลศีรษะจระเข้ใหญ่ อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร ผุดผ่อง,[12] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า อายุ สถานะสภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา การพักอาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้นฯ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ อาจจะมีปัจจัยอย่างอื่นที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น เช่น ปัจจัยการรับรู้ แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งจะต้องมีการศึกษาในเชิงคุณภาพเพื่อหาปัจจัยที่เพิ่มเติม เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แก้วใจ มาลีลัย และคณะ,[13] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ตำบลสระสมิง อำเภอวาริน ชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ(ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก) และปัจจัยเสริม(แรงสนับสนุนทางสังคม) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนวัฒน์ ฉายชูวงษ์ , นิมมานรดี ชูยัง,[14] ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับสภาวะช่องปากและพฤติกรรม

การดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรังผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ(r=0.315)โดยคะแนนความรู้มีความสัมพันธ์ผกผันกับการเกิดโรคฟันผุ

6.ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้นฯ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากด้านการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคในช่องปากมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ข้อคำถามที่ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หากชอบกินขนมหวาน ควรเปลี่ยนมากินผลไม้แทนเพื่อป้องกันฟันผุ การแปรงฟันนานๆแม้ไม่ถูกวิธีก็ทำให้ฟันสะอาดและช่วยลดโรคช่องปากได้ และโรคฟันผุมีผลเสียต่อสุขภาพช่องปากเท่านั้น ตามลำดับ จึงจำเป็นจะต้องสร้างความรู้ความเข้าใจให้มีทัศนคติที่ถูกต้อง เพราะการสร้างทัศนคติที่ดีจะส่งผลต่อการยกระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากให้เพิ่มขึ้นด้วย อีกทั้งอาจมีปัจจัยอย่างอื่นที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น เช่น ปัจจัยการรับรู้ แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งจะต้องมีการศึกษาในเชิงคุณภาพเพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนวัฒน์ ฉายชูวงษ์, นิมมานรดี ชูยัง,[14] ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับสภาวะช่องปากและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง ผลการศึกษา พบว่า คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ โดยคะแนนทัศนคติมีความสัมพันธ์ผกผันกับการเกิดโรคฟันผุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ครั้งนี้

1.ควรศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับบริการด้านทันตกรรม ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ว่ามีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการดำเนินงานวางแผนการส่งเสริม แก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกคน

2. ควรให้ความสำคัญและส่งเสริมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคในช่องปากของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ70 -80 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

2. ควรวิเคราะห์หาสาเหตุในเชิงลึก หรือศึกษาปัจจัยอย่างอื่นที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น เช่น ปัจจัยการรับรู้ การสร้างแรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม ระบบการให้บริการด้านทันตสาธารณสุข และการเข้าถึงการบริการสุขภาพทันตกรรมในหน่วยบริการเป็นต้น

3. ควรพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเหนือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยเครือข่ายทางสังคม บุคคลในครอบครัว บุคลากรด้านสุขภาพ หรือชมรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ 2567. (อินเตอร์เน็ต). 2567 (สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2567). เข้าถึงจาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003 _27188.pdf

2.กองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข 2567-2568. (อินเตอร์เน็ต). 2567 (สืบค้นเมื่อ 26 ตุลาคม 2567). เข้าถึงจาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/06 /นโยบายกระทรวงสาธารณสุข-พ.ศ.-2567-2568.pdf

3.สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. นโยบายในการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากและฟันในกลุ่มผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. (อินเตอร์เน็ต). 2567 (สืบค้นเมื่อ 26 ตุลาคม 2567). เข้าถึงจาก: https://www.senate.go.th/assets/portals/1/news/15535/4_15535.pdf

4.สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อกำหนดมาตรการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอาย. (อินเตอร์เน็ต). 2567 (สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2568). เข้าถึงจาก: https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf478715290ac946bee/tinymce/Elderly/KPI2567/2-2567GapAnalysis.pdf

5.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. (อินเตอร์เน็ต). 2567 (สืบค้นเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2568). เข้าถึงจาก: https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_screen

6.กิตติศักดิ์ นามวิชา. (2562). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลสำโรง อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, 3(2), 45–56.

7.เพชรัตน์ ศิริสุวรรณ, ฉัตรลดา ดีพร้อม และลฎาภา วังบง. (2561). ความรู้ การรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแวง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา , 19(1), 73-85

8.ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

9.สุขประเสริฐ ทับสี. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 3(1), 14-30

10.พิสิษฐ์ คำโสภา, ศตายุ ผลแก้ว, กิตติยา ศรีมาฤทธิ์, วุฒิฌาน ห้วยทราย. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ตำบลสว่าง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 39(3), 51-63.

11.ตวงพร กตัญญุตานนท์, วรรณรัตน์ จงเจริญ, สุวิมล พันธ์จันทร์, พัชรา จันทมนตรี, และเพ็ญศิริ เอกนุ่ม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดศรีวารีน้อย ตำบลศีรษะจระเข้ใหญ่ อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(5), 792-801

12.สุภาพร ผุดผ่อง. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์, 4(1), 101-119

13.แก้วใจ มาลีลัย, จีราพร ใจมนต์, ภาณินี นครังสุ, อัษฎาวุธ ปานเหลา, ถนอมศักดิ์ บุญสู่, นิลุบล ปานะบุตร, (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ตำบลสระสมิง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(3), 437-466

14.ทัศนวัฒน์ ฉายชูวงษ์, นิมมานรดี ชูยัง. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับสภาวะช่องปากและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ , 3(1), 52-67

15. Taro Yamane . (1967). Elementary sampling theory: Prentice-Hall (Englewood Cliffs, N.J)
16. Bloom, B. (1975). Taxonomy of Education Objective. Handbook 1: Cognitive Domain.New York: David Mckay
17. Best JW. (1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
18. Elifson, W K. (1990). Fundamentals of social statistics (2nd ed.). Singapore: McGraw-Hill.

การพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารแอมเฟตามีน โรงพยาบาลขอนแก่น : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Patients with Aggressive and Violent Behavior due to Amphetamine Use: Khon Kaen Hospital. 2 Case Studies.

(Received: August 18,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 26,2025)

กันตภณ พันธ์ภักดี[1]
Kantaphon Phanphakdee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารแอมเฟตามีน กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสราญจิต โรงพยาบาล ขอนแก่น ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สาร แอมเฟตามีนที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยสราญจิต โรงพยาบาลขอนแก่น โดยการทบทวนความรู้วรรณกรรม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำความรู้ที่ได้จากทบทวนวรรณกรรม/ประสบการณ์ที่ได้จากการปฏิบัติงานมาใช้ใน การศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 15 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ มาด้วยอาการเอะอะ โวยวายทำลายสิ่งของ พยายามทำร้ายมารดา เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น เจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นผู้นำส่ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า Urine Amphetamine positive มีภาวะ Hypokalemia ได้รับการวินิจฉัยว่า Amphetamine used disorder และได้ให้การรักษาเบื้องต้น โดยให้ยา เพื่อให้อาการสงบและให้นอนรักษาในหอผู้ป่วยสราญจิต วันนอน 4 วัน พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 9 ข้อ กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ33 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ มาด้วยอาการเอะอะโวยวายถือค้อนทุบทำลาย สิ่งของ พูดคนเดียว หูแว่วมีคนสั่งให้ท าลายสิ่งของ เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น เจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นผู้นำส่ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า Urine Amphetamine positive มีภาวะ Hypokalemia ได้รับการวินิจฉัยว่า Amphetamine induced Psychosis ได้ให้การรักษาเบื้องต้น โดยให้ยา เพื่อให้อาการสงบและให้นอนรักษาในหอผู้ป่วยสราญจิต วันนอน 8 วัน พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 9 ข้อ

คำสำคัญ: การพยาบาล, สารแอมเฟตามีน, พฤติกรรมก้าวร้าว

Abstract

This study aimed to study and compare the use of nursing processes in caring for patients with severe aggressive behavior from amphetamine use. This study was conducted in two cases admitted to the Saranchit Ward, Khon Kaen Hospital. The study was conducted in two cases: patients with severe aggressive behavior from amphetamine use who were treated in the Saranchit Ward, Khon Kaen Hospital. This study was conducted by reviewing knowledge of the literature and related theories, and applying the knowledge gained from the literature review/experience gained from practice to the study.

The study found that Case 1, a 15-year-old unemployed Thai male, presented with a loud, violent, and destructive behavior, attempting to harm his mother. He was admitted to the emergency room of Khon Kaen Hospital. Police officers transported him. Laboratory results showed positive urine amphetamine levels and hypokalemia. He was diagnosed with amphetamine-induced psychosis and was initially treated with medication to calm him down. He was admitted to the Saranjit ward for 4 days. Nine nursing diagnoses were identified. Case 2, a 33-year-old unemployed Thai male presented with a loud, violent, and destructive behavior, including hammering and destroying objects, talking to himself, and hearing voices telling him to destroy objects. He was admitted to the emergency room of Khon Kaen Hospital. Police officers transported him. Laboratory results showed positive urine amphetamine levels and hypokalemia. He was diagnosed with amphetamine-induced

[1] โรงพยาบาลขอนแก่น

psychosis and was initially treated with medication to calm him down. He was admitted to the Saranjit ward for 8 days. Nine nursing diagnoses were identified.

Keywords: Nursing, Amphetamine, Aggressive behavior

บทนำ

สารเสพติดเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นต่อเนื่องและรุนแรง ทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ ในประเทศไทยมี การแพร่ระบาดของยาเสพติดหลายชนิด โดยเฉพาะสารแอมเฟตามีนหรือที่รู้จักกันในชื่อ "ยาบ้า" ซึ่งส่งผลกระทบ ต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขและความผาสุกของชุมชน จาก รายงานสถานการณ์การใช้สารเสพติดของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พบว่า ในปี 2022 มีผู้ติดสารเสพติดทั่วโลก 292 ล้านคน จำนวนผู้ใช้สารแอมเฟตามีน 30 ล้านคน และ ยังพบว่าจำนวนผู้เสพสารเสพติดเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ในระยะ 10 ปี ในประเทศไทย จากระบบฐานข้อมูลกรมการ ปกครองปี 2553 พบผู้ใช้สารเสพติด จำนวน 12,253,191 คน[1] โดยพบว่าสารเสพติดที่ใช้ 3 ลำดับแรก คือ กัญชา สารแอมเฟตามีน และไอซ์1ในโรงพยาบาลขอนแก่น พบผู้ใช้สารเสพติดจากปีงบประมาณ 2565, 2566 และ 2567 จ านวน 1,855, 1,232 และ 2,420 ตามลำดับ [2] การใช้สารแอมเฟตามีนเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บปุวยทางจิต พฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดจากการใช้สาร แอมเฟตามีน คิดเป็นร้อยละ 70 และนำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัว ทำลายความสัมพันธ์ในครอบครัว ก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรมและความไม่สงบในชุมชนนอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นภาระหนักของระบบสาธารณสุข จากการสำรวจของสำนักวิจัยเอแบค โพลล์ พบผู้เสพสารแอมเฟตามีนเข้ารับการรักษา ร้อยละ 82.0-86.0 ในปี 2551-2555 การใช้สารแอมเฟตามีนเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยทางจิตและก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว3จาก การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเกิดจากการใช้สารแอมเฟตามีน คิดเป็นร้อยละ 74.5 และนำไปสู่ความ รุนแรงในครอบครัว ทำลายความสัมพันธ์ในครอบครัว ก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรม และความไม่สงบในชุมชน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นภาระหนัก ของระบบสาธารณสุข ดังนั้น จึสนใจศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารแอมเฟตามีน เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการ ใช้สารแอมเฟตามีน กรณีศึกษา 2 ราย

วิธิการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการ ใช้สารแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสราญจิต โรงพยาบาลขอนแก่น ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการพยาบาลและแนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย

การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และ 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อมูลทั่วไปการเจ็บป่วย จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นเพศชาย อายุ 15 ปี และ 33 ปี เสพสารแอมเฟตามีนโดยการสูดดม กรณีศึกษารายที่ 1 ใช้สารแอมเฟตามีน เป็นเวลา 5 ปี ใช้สารแอมเฟตามีน วันละ 10 เม็ด กรณีศึกษารายที่ 2 ใช้ สารแอมเฟตามีน เป็นเวลา 15 ปี ใช้สารแอมเฟตามีน วันละ 7-10 เม็ด กรณีศึกษารายที่ 1 เพิ่งมีอาการรุนแรง และเข้ารับการรักษาครั้งแรก กรณีศึกษารายที่ 2 เข้ารับการรักษา ครั้งที่ 5 กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมก้าวร้าวเหมือนกัน แต่กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการหูแว่ว ร่วมด้วย แผนการรักษาเหมือนกัน จำนวนวันนอน โรงพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1 วันนอน 4 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 วันนอน 8 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย โดยการประเมินภาวะสุขภาพ ตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน สามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิต วิญญาณ รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมให้ผู้ป่วย พบว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต ระยะอาการสงบ และระยะ จำหน่าย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหมือนกัน 2 ระยะ คือ ระยะอาการสงบ และระยะ จำหน่าย ส่วนระยะวิกฤต มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ต่างกัน 1 ข้อ คือ กรณีศึกษารายที่ 1 ญาติมีความวิตก กังวล เนื่องจากมีอาการรุนแรงครั้งแรก กลัวผู้ป่วยจะไม่หายจากอาการคลุ้มคลั่ง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ญาติไม่มี ความวิตกกังวล เนื่องจากเคยเข้ารับการรักษาด้วยอาการคลุ้มคลั่งมาแล้ว 4 ครั้ง

กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้สารแอมเฟตามิน การปฏิบัติการพยาบาลต้องใช้ทักษะ ความรู้/ความเข้าใจ และมีประสบการณ์ในการดูแล เป้าหมายสำคัญ คือ ให้ ผู้ป่วย/บุคลากรปลอดภัยจากอาการก้าวร้าว ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่ครอบครัวและสามารถดำเนินชีวิตประจำวัน ได้ไม่กลับไปเสพสารแอมเฟตามินซ้ำ รวมทั้งสามารถปรับตัวให้อยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม โดยการพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ ดังนี้

ตารางที่ 1 การพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัย การพยาบาล	การพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	
		กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. ระยะวิกฤต 1.1เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก สารแอมเฟตามีน ใน ร่างกายเกินขนาด	1. การประเมินอาการ เปลี่ยนแปลงและการเฝ้าระวัง ทุก 1 ชั่วโมง 1.1 ประเมินสัญญาณชีพ ติดตามความดันโลหิต อัตรา การเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และอุณหภูมิร่างกาย 1.2 ประเมินระดับความ รู้สึกตัว สังเกตการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว เช่น สับสน กระวนกระวาย หงุดหงิด หรือหมดสติ 1.3 ประเมินอาการทางจิต สังเกตอาการทางจิต เช่น ประสาทหลอน หวาดระแวง หรือพฤติกรรมก้าวร้าว	ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย จากภาวะแทรกซ้อนจาก สารแอมเฟตามีนใน ร่างกายเกินขนาด สัญญาณชีพปกติ ความ ดันโลหิต 117/69 – 130/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74 – 86 ครั้งต่อ นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 – 37.1 องศา เซลเซียส ไม่มีอาการ กระสับกระส่ายหลัง	ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย จากภาวะแทรกซ้อนจาก สารแอมเฟตามีนใน ร่างกายเกินขนาด สัญญาณชีพปกติ ความ ดันโลหิต 100/53 – 127/64 มิลลิเมตร ปรอท ชีพจร 69 – 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20ครั้ง/นาที อุณหภูมิ ร่างกาย 36.1 – 37.2 องศาเซลเซียส มีอาการ กระสับกระส่ายเป็นบางครั้ง หลังได้ยาคลาย

ตารางที่ 1 การพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัย การพยาบาล	การพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	
		กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	1.4 ประเมินอาการทางระบบ ประสาท เช่น ชัก กล้ามเนื้อ กระตุก หรือการเคลื่อนไหว ผิดปกติ เหงื่อออกมาก ปาก แห้ง หรือรูม่านตา ขยาย 1.5 ประเมินอาการทางระบบ ทางเดินอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หรือปวดท้อง 2. ติดตามผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการต่าง ๆ 3. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา คือ Haloperidol,Perphenazine, Lorazepam,Benzodiazepines 4. การปูองกันภาวะแทรกซ้อน 5. การดูแลแบบประคับประคอง ทางด้านจิตใจ 5.1 การให้ความรู้ ให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ อันตรายของการใช้สารแอมเฟตา มีน และการปูองกันการใช้ซ้ำ 6. การส่งต่อ ส่งต่อผู้ป่วยไปยัง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานบ าบัดยาเสพติด เพื่อให้ การดูแลต่อเนื่อง 7. การปูองกันการบาดเจ็บ ปูองกันการบาดเจ็บของผู้ป่วยที่ มีอาการกระวนกระวาย หรือ พฤติกรรมก้าวร้าว 8. การปูองกันภาวะขาดน้ำ ให้ สารน้ำทางหลอดเลือดด า และ ติดตามปริมาณปัสสาวะของ ผู้ป่วย	ได้ ยาคลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยหลับได้	ความวิตกกังวล ผู้ป่วย สงบลงแต่ยังไม่หลับ
1.2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก ระดับโปตัสเซียมใน กระแสเลือดต่ำ	1. ประเมินสัญญาณชีพ วัดความ ดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และอุณหภูมิ ร่างกายทุก 1 ชั่วโมง 2. ดูแลให้สารน้ าทางหลอดเลือด ด าตามแผนการรักาของแพทย์ และระวังไม่ให้ผู้ป่วยดึงสายให้สาร น้ำออก 3.ติดตามผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะserum electrolyte 4. ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง อย่างต่อเนื่อง	ไม่มีอาการผิดปกติจากระดับโปตัสเซียมใน กระแสเลือดต่ำ จาก 3.20 mmol เป็น 3.40 mmol	ไม่มีอาการผิดปกติจากระดับโปตัสเซียมใน กระแสเลือดต่ำ ผลการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับโปตัสเซียม จาก 3.04 mmol เป็น 3.84 mmol
1.3 เสี่ยงต่อการ ทำร้ายตัวเอง/ บุคคล/สิ่งของ	1. การประเมินความเสี่ยง ความรู้สติ และซักประวัติการ ทำร้ายตัวเอง/บุคคลอื่น/สิ่งของ ประวัติการใช้สารเสพติดและ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช 2. ประเมินสภาพจิตใจ สังเกต และสอบถามเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ความรู้สึกสิ้นหวัง หรือความโกรธ	ไม่มีอุบัติการณ์ทำร้ายตัวเอง/บุคคลอื่นหรือสิ่งของ หลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย หลับ ได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากการผูกยึด	ไม่มีอุบัติการณ์ท าร้ายตัวเอง/บุคคลอื่นหรือสิ่งของ หลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย สงบลงแต่ไม่หลับ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการ ผูกยึด

ตารางที่ 1 การพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัย การพยาบาล	การพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	
		กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	3. ประเมินพฤติกรรมที่บ่งบอกถึง ความเสี่ยง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวาย หรือแยกตัว 4. ประเมินปัจจัยกระตุ้น ที่อาจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเอง/ บุคคล/สิ่งของ เช่น ความเครียด ความโกรธ หรือความผิดหวัง 5. ถ้ามีอาการก้าวร้าวผูกยึด ผู้ป่วยไว้ และคลายอุปกรณ์เป็น ระยะเพื่อปูองกัน ภาวะแทรก ซ้อนจากการผูกยึด 6. สร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 7. หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าหรือ สบตากันโดยตรงขณะที่มีอาการ ก้าวร้าว 8. จัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เก็บสิ่งของที่อาจเป็นอันตราย ออกไป เช่น ของมีคม เชือก หรือยา 9. เฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาที่ มีความเสี่ยงสูง พยาบาลที่เข้าให้การพยาบาลต้องมีระยะห่าง ตัวผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย 10. ให้การดูแลทางจิตใจ โดย การสนับสนุนทางอารมณ์ รับ ฟังปัญหาของผู้ป่วย และให้กำลังใจ		
1.4 ญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการของ ผู้ป่วย	1. การประเมินความต้องการ ของญาติ รับฟังการระบาย ความในใจอย่างตั้งใจและไม่ขัดจังหวะ 2. สอบถามเกี่ยวกับความวิตก กังวล นอนไม่หลับ หงุดหงิด หรือสมาธิสั้น 3.ประเมินความรู้/ความเข้าใจ เกี่ยวกับสารแอมเฟตามีน ผลกระทบ และการรักษา 4. การให้ข้อมูล/ความรู้เกี่ยวกับ สารแอมเฟตามีน ผลกระทบ ของสารแอมเฟตามีนต่อร่างกายและจิตใจ รวมถึงอาการ ถอนยา 5. อธิบายเกี่ยวกับแนวทางการ รักษา เช่น การบำบัด การให้ยา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและ จิตใจ 6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่ง สนับสนุน เพื่อการบำบัดยาเสพ ติดหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 7. ให้ก าลังใจและสนับสนุนญาติในการดูแลผู้ป่วย 8. สอนทักษะการจัดการกับ ความเครียด เช่น การฝึกหายใจ หรือการผ่อนคลาย การพักผ่อนและออกกำลังกาย	ญาติคลายความวิตก กังวล	ญาติไม่มีปัญหาเรื่อง ความวิตกกังวล

ตารางที่ 1 การพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัย การพยาบาล	การพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	
		กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
2. ระยะอาการสงบ 2.1 เสี่ยงต่อการ เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม จากอาการข้างเคียง ของยา	1. การประเมินความเสี่ยงต่อ การเกิดพลัดตกหกล้มเช่น ง่วง ซึม เวียนศีรษะ หรือสับสนและจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ เหมาะสม 2. ประเมินสภาพร่างกาย การ ทรงตัว การเดิน และความ แข็งแรงของกล้ามเนื้อ 3. จัดสภาพแวดล้อมของหอ ผู้ป่วยให้เหมาะสม เช่น แสง สว่างพอเพียง พื้นห้องไม่ลื่น และไม่มีสิ่งกีดขวางในทางเดิน 4. ติดตั้งราวจับบริเวณทางเดิน เข้าห้องน้ำ 5. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัย เช่น ลุกขึ้นจากเตียงอย่างช้าๆ และใช้ไม้เท้าหรือ อุปกรณ์ช่วยเดิน 6. บันทึกอาการและข้อมูล เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม เช่น เวลา สถานที่ และลักษณะการบาดเจ็บ และรายงานแพทย์	ไม่มีอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม ยังมีอาการง่วงซึม หลับตลอดทั้งวัน	ไม่มีอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม แต่ยังมีอาการ ผุดลุกผุดนั่งบนเตียงเป็น พัก ๆ
2.2 เสี่ยงต่อการ แยกตัวเองออกจาก สังคม	1. ประเมินประวัติการใช้สาร แอมเฟตามิน 2. ประเมินสภาพจิตใจ โดย สังเกตและสอบถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกนึกคิด ความไว้วางใจ ความรู้สึกโดดเดี่ยว 3. ประเมินความต้องการของ ผู้ป่วย การต้องการความช่วยเหลือ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 4. ให้การยอมรับ ไม่พูดคุยกับ ผู้ป่วยด้วยท่าทางดูถูก ด่าทอ และไม่ตราหน้าว่าเป็นผู้ป่วยติด ยาเสพติด 5. พูดคุยทักทายผู้ป่วยอย่าง สม่ าเสมอด้วยความเป็นมิตร 6. สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ทักทายกับผู้ป่วยรายอื่นๆ การ ฟังเพลง ดูทีวีร่วมกัน 7. การทำกิจกรรมกลุ่มงานฝีมือ และกิจกรรมอื่นๆภายในหอ ผู้ป่วยที่ไม่ทำให้เครียด 8. ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยา นักสังคม สงเคราะห์ หรืออาสาสมัคร เพื่อ วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยอย่าง ร่วมกัน และสนับสนุนให้เกิดสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับ ครอบครัว	พูดคุยกับพยาบาลบางเล็กน้อย ตอบคำถาม แต่ ไม่สบตา พูดคุยกับ มารดาปกติ	ถามตอบได้บ้าง บางครั้งพูดคนเดียว ไม่ค่อยสุงสิงกับบุคคลอื่น
3. ระยะจำหน่าย 3.1 เสี่ยงต่อการ กลับมาเสพสาร แอมเฟตามีนซ้ำ	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิด ความไว้วางใจ และพูดคุยกับ ผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยนการประเมินความเสี่ยงต่อการ กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำโดย ซักประวัติการใช้สารเสพ ปริมาณ ระยะเวลา และความถี่ ในการใช้สารแอมเฟตามีน ประวัติการบำบัดรักษา และ ความต้องการเลิกเสพ	ผู้ป่วยบอกว่าต้องการเลิกเสพและอยากเรียน หนังสือ จากการซัก ประวัติในครอบครัว มารดาทำงานทุกวัน ผู้ป่วยต้องอยู่บ้านคนเดียว และมีเพื่อนกลุ่มเสพยาไป หาที่บ้านบ่อยๆ จึงมี	ผู้ป่วยมีประวัติรักษาด้วยอาการคลุ้มคลั่งมา 4 ครั้ง และทุกครั้งกลับไปเสพ แอมเฟตามีน ที่บ้านไม่มี คนดูแลหลักและผู้ป่วยไม่ สามารถดูตนเองได้

ตารางที่ 1 การพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัย การพยาบาล	การพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	
		กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	2. ประเมินสภาพจิตใจ สังเกต และสอบถาม เกี่ยวกับ อาการขาด ยา ความคิดหวาดระแวง ประสาท หลอน หรือความรู้สึกซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้กลับไป ใช้สารเสพติดซ้ำ 3. ประเมินสภาพสังคม สอบถาม เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลรอบ ข้าง รวมถึงสภาพแวดล้อมที่อาจ เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น การอยู่ใน กลุ่มเพื่อนที่ยังใช้สารเสพติด 4. ประเมินแรงจูงใจในการเลิก สารเสพติด ประเมินความตั้งใจ และความมุ่งมั่นของผู้ป่วยใน การเลิกสารเสพติด รวมถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตราย ของสารเสพติด 5. ให้คำแนะนำในการจัดการ กับการอยากเสพ การใช้เทคนิค การเบี่ยงเบนความสนใจ หรือการพูดคุยกับบุคคลที่ไว้ใจ การ ผ่อนคลาย การออกกำลังกาย 6. สนับสนุนในการเข้าร่วมกลุ่ม บำบัดหรือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง อย่างต่อเนื่อง 7. ประสานงานกับทีมสห วิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อวางแผนการจำหน่ายร่วมกัน	ความ เสี่ยงที่จะกลับไปเสพซ้ำ	
3.2 เสี่ยงต่อ รับประทานยาไม่ ต่อเนื่องและไม่มาติดตามการรักษา	1. การประเมินสถานการณ์ 1.1 ประเมินความสามารถ ของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับ การจัดการเรื่องยา/การมาติดตามการรักษา ปัญหาด้าน การเงิน การเดินทาง 2. ประเมินความเข้าใจของ ผู้ป่วยเกี่ยวกับความสำคัญของ การรักษาต่อเนื่อง การป้องกัน อาการผิดปกติที่เกิดจากการใช้ สารแอมเฟตามิน 3. ประเมินสภาพร่างกาย/จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า หรือความหวาดระแวงและอาการถอนยา 4. ประเมินสภาพแวดล้อมทาง สังคม และสอบถามเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์กับสมาชิกใน ครอบครัว เพื่อน และบุคคล รอบข้าง 5. สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเห็น ถึงประโยชน์ของการ รับประทานยาต่อเนื่อง การเลิก สารเสพติดเพื่อการมีชีวิตที่ดีขึ้น 6. ร่วมกับผู้ป่วย/ครอบครัว	ผู้ป่วยและมารดา เข้าใจ ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาและการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และรับปากว่า จะรับประทานยา พร้อม ทั้งเลิกเสพสารแอมเฟตามีน	ผู้ป่วยบอกว่าจะรับประทานยาเอง ต่อเนื่องและต้องการเลิก เสพ แต่ไม่แน่ใจว่าจะเลิก เสพสารแอมเฟตามีน ได้ หรือไม่

ตารางที่ 1 การพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัย การพยาบาล	การพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	
		กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	กำหนดเป้าหมายการรักษาที่ สามารถท าได้ในระยะสั้นก่อน และเพิ่มระยะเวลาขึ้น ตามลาดับ 7. ติดตามการมารับการรักษา อย่างต่อเนื่อง		
3.3 ญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยหลังจำหน่าย	1. รับฟังและให้ความสนใจ ความรู้สึกและความกังวลของ ญาติ 2. ประเมินระดับความวิตก กังวล และสอบถามเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล อาการนอนไม่ หลับ หงุดหงิด หรือสมาธิสั้น 3. ประเมินความพร้อมในการ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สัมพันธภาพ ของผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก 4. พูดคุยให้ก าลังใจและ สนับสนุนญาติในการดูแลผู้ป่วย 5. แนะนำแหล่งข้อมูลและแหล่งสนับสนุน เช่น กลุ่ม ช่วยเหลือตนเอง หรือหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับกิจกรรมบำบัดทางสังคม	ญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากว่า บิดามารดาต้องไปทำงานทุกวัน ไม่มีคนดูแลผู้ป่วย และมี เพื่อนที่ติดสารเสพติดมา หาที่บ้านตลอด	ญาติมีความวิตกกังวล ว่าผู้ป่วยจะกลับไปเสพสารแอมเฟตามีนอีก และไม่สามารถจัดการเรื่องยาได้ เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธ การรับประทานยาเมื่ออยู่ ที่บ้าน

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่าหลังให้การพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1 ปลอดภัยจากอาการข้างเคียงของสาร แอมเฟตามีน ไม่ภาวะแทรกซ้อนจากระดับโปตัสเซียมในกระแสเลือดต่ำ ไม่มีอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วย ต้องการเลิกเสพสารแอมเฟตามีน แต่ยังมีความเสี่ยงที่จะกลับไปเสพซ้ำ เนื่องจากเพื่อนที่ติดสารเสพติดยังไปมาหา สู่ที่บ้าน อีกทั้งบิดามารดา ไปทำงานทุกวัน ท าให้ไม่มีผู้ดูแลหลัก หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ส่งตัวไปบำบัด ภาวะติดสารแอมเฟตามีน ที่โรงพยาบาลธัญญรักษ์จังหวัดขอนแก่น กรณีศึกษารายที่ 2 ปลอดภัยจากอาการข้างเคียงของสารแอมเฟตามีน ไม่ภาวะแทรกซ้อนจากระดับโปตัสเซียมในกระแสเลือดต่ำ ไม่มีอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม เคยรักษาอาการคลุ้มคลั่งจำนวน 4 ครั้ง และไม่เคยเลิกเสพ ไม่สามารถควบคุมการรับประทานยาและไม่ มาติดตามการรักษาจึงมีความเสี่ยงที่จะกลับไปเสพสารแอมเฟตามีนซ้ำอีก

ผลการศึกษา ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้เสพสารแอมเฟตามีน และถูกน าส่งโรงพยาบาลด้วยอาการคลุ้มคลั่ง มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างรุนแรง ทำลายสิ่งของ กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการหูแว่วร่วมด้วย พฤติกรรมก้าวร้าว คล้ายกัน แผนการรักษาคล้ายกัน มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 8 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะ วิกฤต ระยะอาการสงบและระยะจำหน่าย มีข้อวินิจฉัยที่แตกต่าง 1 ข้อ ในระยะวิกฤต คือ กรณีศึกษารายที่ 1 ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ผลลัพธ์ทางการพยาบาลพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ปลอดภัย จากอาการแทรกซ้อนของสารแอมเฟตามีน บุคลากรทางการแพทย์ปลอดภัยไม่ถูกคุกคาม ไม่มีการท าลายสิ่งของ ในโรงพยาบาล และไม่มีอุบัติเหตุใดๆ ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พร้อม ครอบครัวได้รับการประชุมปรึกษาและวางแผนการดูแลร่วมกัน กรณีศึกษารายที่ 1 ได้ส่งตัวไปบำบัดสารเสพติดที่โรงพยาบาลธัญญรักษ์ จังหวัดขอนแก่น ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 จำหน่ายกลับบ้านและนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาโรงพยาบาลด้วยอาการคลุ้มคลั่ง มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างรุนแรง ข้อ วินิจฉัยทางการพยาบาลคล้ายกัน มีข้อวินิจฉัย

ทางการพยาบาลในระยะวิกฤตแตกต่างกัน 1 ข้อ คือ ความวิตกกังวล ของญาติ เป็นเพราะกรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการครั้งแรกทำให้ญาติมีความวิตกกังวล จากผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีระดับโปตัสเซียมในกระแสเลือดต่ำ เป็นเพราะช่วงก่อนมีอาการคลุ้ม คลั่งไม่นอน ไม่รับประทานอาหาร 2 วัน และตรวจพบสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ จากประวัติการใช้สารแอมเฟตามีน กรณีศึกษารายที่ 1 เริ่มเสพตอนเรียนชั้นประถมปีที่ 6 โดยทดลองกับเพื่อนในชั้นเรียน เมื่อจบมัธยมปีที่ 1 เสพบ่อยมากขึ้น ไม่มีสมาธิในการเรียนจึงเลิกเรียน อาศัยอยู่กับครอบครัว บิดาเป็นสามีใหม่ของมารดาแต่รักและ เอ็นดูเป็นอย่างดี บิดามารดาทำงานสัปดาห์ละ 6 วัน เริ่มงานเช้าตรู่และเลิกงานตอนเย็น ผู้ป่วยอยู่คนเดียวมี พี่สาวอายุ 20 ปี อยู่ในเรือนจำจากการขายยาเสพติด จากประวัติครอบครัวดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถในการ ดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่าย กรณีศึกษารายที่ 2 อาศัยอยู่กับมารดาซึ่งเป็นผู้สูงอายุ มารดามีอาชีพเก็บผักขาย ไม่สามารถจัดการเรื่องการรับประทานยาแก่ผู้ป่วยได้ จากประวัติและสภาพของครอบครัวของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ส่งผลต่อการดูแลหลังจำหน่าย และเสี่ยงที่กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จะกลับไปใช้สารแอมเฟตามีนซ้ำ นับเป็นความท้าทายต่อบทบาทวิชาชีพพยาบาล[4,5]

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างรุนแรงจากการเสพสารแอมเฟตามิน ที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาล ควรส่งเสริมให้มีการพยาบาลแบบรายกรณี (Case management) เพื่อการประเมิน/วาง แผนการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละราย 2. ควรมีกิจกรรมการให้ความรู้ และส่งเสริมการไม่ใช้สารเสพติดแก่เยาวชน/ประชาชนทั้งในโรงพยาบาล และชุมชน และประสานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ติดสารเสพติดเพื่อการส่งต่อการบำบัดที่ต่อเนื่องมี ประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ ขอขอบคุณคณะผู้บริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ที่ให้การสนับสนุนและให้คำแนะนำในการศึกษา กรณีเปรียบเทียบ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการด้านการพยาบาล ขอขอบคุณกรณีศึกษาทั้งสองราย หัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาลจิตเวช ที่ได้ให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์พร้อมทั้งข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะตลอดระยะที่ทำการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. การแพทย์ไทย 2554-2557 (Thailand Medical Services Profile 2011-2014). พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. โรงพยาบาลขอนแก่น. (2568). รายงานประจ าปี 2567. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.
3. Apolinario, H. (2023). World Drugs Day: UNODC must act to stop the use of death penalty for drug-related offences and urge states to end executions 26 June 2023.
4. Bashir S, Siddiqui M, Muneera M, Naudhani T, Ali S. A STUDY ON SOCIO-ECONOMIC AND PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF RELAPSE DRUG ADDICTS IN BALOCHISTAN. Humanities & Social Sciences Reviews. 2021;9(1):142-150.
5. Henning A, Kurtom M, Espiridion ED. A case study of acute stimulant-induced psychosis. Cureus. 2019 Feb;11(2):e4102 6. UNODC. World Drug Report 2023. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2023. Available from: unodc.org.

ECH JOURNAL

Journal

of environmental and community health

VOL. 10 NO.4 July - August 2025

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม - สิงหาคม 2568

ISSN : 2672-9717

PART II

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2568 VOL.10 NO. 3 July – August 2025 Part2

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง: กรณีศึกษา 2 ราย 340
สงกรานต์ ขันเลื่อน

การพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี 350
ประยงค์ สุดสุข

การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตในชุมชน โดยการดูแลแบบประคับประคอง : กรณีศึกษา 2 ราย 361
อภิรดี เวียงแก้ว

การพัฒนารูปแบบการจัดการยาเฉพาะรายเพื่อลดปัญหายาหมดอายุ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 373
ยุภาวดี พิมพโมทย์

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี 380
วิไลวรรณ ศรีภักดี

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี 391
ขวัญใจ ไกรสินธุ์

การศึกษาความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลในเลือด ฮีโมโกลบินเอวันซี และระดับไขมันในเลือดกับอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 402
จิณณพัต ห้องศิลป์

การศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชนสู่โรคเบาหวานระยะสงบในอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย 415
ชัยพร อมรมุณีพงศ์

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 424
ชบา ตลุนจันทร์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 435
สมนึก นิยมหาญ

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ 445
สุนทร จองวัฒนศักดิ์

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลนครปฐม 457
กัลยา รอดรักษาทรัพย์ ,วันเพ็ญ แววว่องวีรคุปต์

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 470
อรทัย ไชยสุข ,จุฑามาศ จวนสาง ,ฐาปริมนต์ วงศ์รัตนจิรากุล

การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการด้านภาษาบทบาทของพยาบาลในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก 479
ศศิธร ธานี

การพยาบาลผู้คลอดไหล่ยากร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา 488
นภสวรรณ ชำนิวิกัยมาศ

การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกและหลอดเลือดดำพอร์ทัลอุดตัน : กรณีศึกษา 502
ช่อทิพย์ ตันฮวด

การพยาบาลผู้คลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 515
สุจินดา คนดี

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – สิงหาคม 2568 VOL.10 NO. 3 July – August 2025 Part2

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักแบบเปิดที่ได้รับการผ่าตัด ร่วมกับมีลมและเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด : กรณีศึกษา 525
เกษร เย็นจุระ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ 536
ธวัธชัย ค่อมค้อ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ 544
ครรชิต ศรีบรรเทา

ผลการใช้รูปแบบบันได 10 ขั้นในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลหนองคาย 552
พัชรี จิตรกูลสัมพันธ์ ,รัตนา คงชาตรี ,นาตยา ประพฤติ ,ศิรินันท์ ชัยภูมี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกคลอด อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต 563
ขวัญตา บุรีรักษ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี 571
นพรัตน์ อวิโรธน์

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง (TEAMV) ในผู้สูงอายุที่มีระดับการรู้คิดบกพร่องน้อย 536
เกศณี สีรี

การพยาบาลวิสัญญีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว สำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation 591
จิตรา สีใส

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง 604
ชนัญชิดา บุตรคำโชติ

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะช็อกจากระบบประสาทร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลว : กรณีศึกษา 614
สลิลลา เลิศวงศ์อุดมพร

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา 626
มณีรัตน์ ศรีสวัสดิ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดการบำบัดตามแนวซาเทียร์ร่วมกับสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 638
จิราพร มณีปกรณ์ ,อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ ,ชญาดา กลิ่นพิบูลย์

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 651
อุเทน จิณโรจน์

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 661
หทัยรัตน์ สุทธินิมิตร

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis แบบรุนแรง: กรณีศึกษา 671
วราภรณ์ เย็นอารมย์

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง 677
ถนอมทรัพย์ สกุลทอง

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 34 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กรกฎาคม – สิงหาคม 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม การรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดไทยแบบราชสำนัก การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะปอดอักเสบ การเตรียมความพร้อมต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนการหายใจล้มเหลว การเฝ้าระวังสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Sepsis) การวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดเปรียบเทียบกับการรักษาทางกายภาพบำบัด การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคเรื้อรัง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองสายตา การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับชี่กงแบบประยุกต์ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้ป่วยมดลูกหย่อน การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์ การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ประสิทธิผลการการใช้น้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชา การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตอนต้น การพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้สารแอมเฟตามีน การพยาบาลผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก การจัดการยาเฉพาะรายเพื่อลดปัญหายาหมดอายุ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การศึกษาความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลในเลือด การศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาช้ายหักแบบเปิด ผลการใช้รูปแบบบันได 10 ชั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patients with Substance Use, Aggressive Behavior, and High Risk of Violence : Case Study 2 Case.

(Received: August 18,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 26,2025)

สงกรานต์ ขันเลื่อน[1]
Songkran Kunluen[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบลผู้ใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านฝางเลือกผู้ป่วยที่มีผลตรวจ Methamphetamine ผล Positive และมีประวัติที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน โดยการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน การประเมินอาการ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน (Acute care) พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนร่วมกับกระบวนการพยาบาลนำมาวิเคราะห์กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลวางแผนให้การพยาบาลโดยจัดตาม กระบวนการพยาบาล และ หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspects of Care) เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลได้อย่างครบถ้วนผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินจนอาการสงบ และส่งต่อไปรักษาตามความรุนแรงของผู้ป่วยและติดตามดูแลหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ

ผลการศึกษา ผู้ใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง กรณีศึกษา 2 ราย ที่ได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านฝาง ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 23 มิถุนายน 2568 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2568 กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ 48 ปี ใช้สารเสพติดได้แก่ ยาบ้า จนเกิดอาการ ทางจิต หวาดระแวง มีพฤติกรรมก้าวร้าวอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นและทำลายข้าวของ มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับสูง หลังให้การบำบัดรักษาด้วยยาต้านโรคจิตทั้ง ยาฉีดออกฤทธิ์ระยะสั้น ยาฉีดออกฤทธิ์ระยะยาว ชนิดรับประทาน ยาควบคุมอารมณ์ และจิตสังคมบำบัด จนอาการสงบสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยอายุ 44 ปี ใช้สารเสพติดได้แก่ ยาบ้า มีพฤติกรรมก้าวร้าวและเสี่ยงต่อการก่อ ความรุนแรงระดับสูง จนเกิดอาการ ทางจิต ประสาทหลอน มีภาวะหวาดระแวง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจะทำร้ายผู้อื่น หลังให้การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจิตเวชด้วยยาต้านโรคจิตทั้งชนิดรับประทาน ยาฉีดออกฤทธิ์ระยะยาว ยาควบคุมอารมณ์ และจิตสังคมบำบัด สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมได้เหมาะสมและกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ แต่ยังควบคุมอารมณ์ได้น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีศึกษารายที่ 1 และยังมีความคิดหลงผิดที่ยังหลงเหลืออยู่ ซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณ ระยะเวลาการใช้สารเสพติดและความกดดันจากการถูกครอบครัวปฏิเสธ การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายจึงมีความ จำเป็นต้องส่งต่อภาคีเครือข่ายร่วมดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด เนื่องจากเป็นผู้ป่วยใช้ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด , การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว, ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง,ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดที่มีอาการทางจิต

Abstract

This study was comparative case analysis of two patients, aimed at exploring nursing care for substance users exhibiting aggressive behaviors with a high risk of violence, treated at the Emergency Department of Ban Fang Hospital. Patients were selected based on positive methamphetamine screening results and a history of aggressive behaviors posing potential harm to family and community. Data were collected from patients, relatives, and medical records, including symptom assessment, history-taking, and physical examination from the acute care phase. Health status was assessed using Gordon's Functional Health Patterns combined with the nursing process to identify nursing

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

diagnoses and plan care according to the nursing process and the seven aspects of professional nursing clinical care, ensuring comprehensive care planning.

Both patients received emergency nursing care until stabilization, followed by referral according to severity and post-discharge follow-up to prevent relapse. Case 1 involved a 48-year-old Thai male methamphetamine user with psychotic symptoms, paranoia, and severe aggressive behavior. After treatment with short-acting and long-acting injectable antipsychotics, oral antipsychotics, mood stabilizers, and psychosocial therapy, his symptoms stabilized, allowing safe return to his family. Case 2 involved a 44-year-old Thai male methamphetamine user with severe aggression, psychosis, hallucinations, and paranoia, resulting in harmful behavior towards others. He received inpatient treatment at a psychiatric hospital, including oral and long-acting injectable antipsychotics, mood stabilizers, and psychosocial therapy, which improved his emotional and behavioral control, though residual delusional thoughts remained. Compared to Case 1, his emotional control was less stable, likely due to prolonged and high-volume substance use and stress from family rejection. Discharge planning for both cases required referral to community network partners to ensure maximum safety, as both patients had psychiatric symptoms and high risk of violence.

Keywords: Nursing care for substance users, Aggressive behavior management, High-risk violent behavior, Psychotic symptoms in substance users

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดยังคงเป็นประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้ ยาบ้า (Methamphetamine) ที่พบว่าอาจก่อให้เกิด ความผิดปกติทางจิตเวช เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน และพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการก่อความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน[1] รายงานจาก กรมสุขภาพจิต (2566) ระบุว่า ผู้ใช้สารเสพติดที่มีปัญหาทางจิตเวช มีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 โดยเฉพาะในช่วงภาวะฉุกเฉินที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ซึ่งเป็นภาวะที่ท้าทายสำหรับการดูแลในห้องฉุกเฉิน เนื่องจากต้องอาศัยการวิเคราะห์สภาพปัญหาอย่างรวดเร็ว การควบคุมพฤติกรรม และการจัดการความเสี่ยงที่มีต่อทั้งบุคลากรและผู้อื่น แม้จะมีแนวทางในการบำบัดรักษาทางการแพทย์ แต่การพยาบาลผู้ติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวยังคงพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในบริบทฉุกเฉิน การสร้างความสัมพันธ์แบบรักษา (Therapeutic Relationship) ภายใต้ภาวะวิกฤต รวมถึงความต่อเนื่องในการติดตามดูแลหลังจำหน่าย ดังนั้นการศึกษากรณีการพยาบาลผู้ใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและเสี่ยงต่อความรุนแรง จึงมีความจำเป็นเพื่อให้เห็นภาพเชิงลึกของปัญหาและแนวทางการจัดการทางการพยาบาลที่เหมาะสมในบริบทของโรงพยาบาลระดับอำเภอ[2]

พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ หรือพฤติกรรมก้าวร้าวที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น[3] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยใช้สารเสพติดไม่คงที่ ไม่แน่นอน แม้บางครั้งผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาอาการสงบเตรียมกลับบ้านยังสามารถเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนแล้วมักจะมีปัญหาขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย

และยังคงกลับไปใช้สารเสพติดทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ พฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อเกิดขึ้นแล้วมักจะเกินขีดความสามารถของญาติ ครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยกลุ่มนี้นับเป็นผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence) ส่งผลให้เกิดความหวาดกลัวผู้ป่วยมักถูกปฏิเสธ และไม่สามารถกลับสู่ครอบครัวและชุมชนได้ ปัญหาการใช้สารเสพติดมีความยุ่งยาก ซับซ้อน และรุนแรงมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจากสารเสพติดจึงต้องดูแลอย่างครอบคลุมตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน (Acute care) ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟู และเตรียมจำหน่าย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ลดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้รับความปลอดภัย สามารถปรับตัวกลับไปอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างปกติ[4]

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าว และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยเปรียบเทียบ กรณีศึกษา 2 ราย

7. สรุปผลการนำไปใช้ประโยชน์ต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและทีมการพยาบาล

8..จัดทำผลงานวิชาการและเผยแพร่ผลงานนำไปใช้ประโยชน์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการ

2.เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence : SMI-V)

วิธีการศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1.ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2.เลือกผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต จำนวน 2 ราย

3.ขออนุมัติหัวหน้าพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

4.ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

5.ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลร่วมกับหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care)

6.วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย สรุปผลการศึกษาและปัญหาอุปสรรค ประเด็นการนำไปใช้ประโยชน์
เปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

การศึกษาผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้กระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) ผลการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายเป็นดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1
ระยะ Acute care 1.เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นซ้ำเนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าวจากการจัดการความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสมขณะการดูแลในห้องฉุกเฉินและขณะส่งต่อไปรับการรักษา 2.เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กด ประสาทส่วนกลาง 3.เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการผูกยึดเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว 4. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากมีหัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) จากการใช้ยาบ้า (Methamphetamine) 5.เสี่ยงต่อภาวะ Electrolyte Imbalance ที่เนื่องจากผลข้างเคียงของยาบ้า **ระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย/หลังจำหน่าย** 6.เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา 7. ผู้ดูแลเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยมี พฤติกรรมก้าวร้าวและทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น	ระยะ Acute care 1.เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นซ้ำเนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าวจากการจัดการความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสมขณะการดูแลในห้องฉุกเฉินและขณะส่งต่อไปรับการรักษา 2.เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง 3.เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการผูกยึดเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว 4.เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ/ขาดสารอาหาร เนื่องจากการเสพยาเสพติดมีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่หลับไม่นอนหรือนอนไม่เป็นเวลาและไม่ได้รับประทานอาหารตรงตามเวลา ระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย/หลังจำหน่าย 5.เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา 6. ผู้ดูแลเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยมี พฤติกรรมก้าวร้าวและทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น

3. การวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

ตารางที่ 2 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
1.Assessment & Monitoring (การประเมินและการเฝ้าระวัง) - ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผลการประเมินดังตารางที่ 1 ผลลัพธ์ วินิจฉัยการพยาบาล (ตารางที่2) วางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลและปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม	**1.Assessment & Monitoring (การประเมินและการเฝ้าระวัง)** - ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผลการประเมินดังตารางที่ 1 ผลลัพธ์ วินิจฉัยการพยาบาล (ตารางที่2) วางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลและปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม
2. Medication & Treatment (การดูแลการใช้ยาและการรักษา) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** **2.1** เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เช่นsedation, hypotension เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง	**2. Medication & Treatment (การดูแลการใช้ยาและการรักษา)** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 2.1 เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เช่นsedation, hypotension เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง
กิจกรรมการพยาบาล 1.สังเกตอาการหลังได้รับยาฉีด และติดตามสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที โดยเฉพาะอัตราการหายใจ ความดันโลหิต และระดับความรู้สึกตัว สังเกตภาวะ sedation, cyanosis, snoring หรืออัตราหายใจต่ำผิดปกติ 2.เตรียมอุปกรณ์ช่วยช่วยชีวิตให้พร้อมใช้โดยเฉพาะอุปกรณ์ช่วยหายใจเช่น ออกซิเจน Ambu Bag	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.สังเกตอาการหลังได้รับยาฉีด และติดตามสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที โดยเฉพาะ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และระดับความรู้สึกตัว สังเกตภาวะ sedation, cyanosis, snoring หรืออัตราหายใจต่ำผิดปกติ 2.เตรียมอุปกรณ์ช่วยช่วยชีวิตให้พร้อมใช้โดยเฉพาะอุปกรณ์ช่วยหายใจเช่น ออกซิเจน Ambu Bag

ตารางที่ 2 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
3.พิจารณารายงานแพทย์ ทราบเพื่อให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยามากขึ้น เช่น ง่วงมาก หายใจช้าลง ซึมลง หรือสับสนมากขึ้น **ผลลัพธ์** ผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาฉีด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT= 36.6 องศาเซลเซียส , PR = 104 /min , RR = 20/min , BP = 109/80 mmHg	3.พิจารณารายงานแพทย์ ทราบเพื่อให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยามากขึ้น เช่น ง่วงมาก หายใจช้าลง ซึมลง หรือสับสนมากขึ้น **ผลลัพธ์** ผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาฉีด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT= 36.0 องศาเซลเซียส , PR = 92 /min , RR = 18/min , BP = 138/86 mmHg
3. Basic Needs (การดูแลความต้องการพื้นฐาน) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 3.1 เสี่ยงต่อภาวะ Electrolyte Imbalance ที่เนื่องจากผลข้างเคียงของยาบ้า **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินสัญญาณชีพ (ชีพจร, ความดัน, อุณหภูมิ, การหายใจ) อย่างสม่ำเสมอ 2.ติดตามผลเลือด: ตรวจระดับ Electrolyte เช่น Sodium ,Potassium , Co2 3.ประเมินอาการที่บ่งชี้ภาวะเกลือแร่ต่ำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง มือเท้าชา ชัก หัวใจเต้นผิดจังหวะ 4.ให้ยาตามแผนการรักษา เช่น 10% Elixir potassium chloride 3 Dose ทุก 2 ชม. 5.บันทึกปริมาณน้ำเข้าออก (I&O) อย่างละเอียด 6.ให้ข้อมูลเรื่องผลกระทบของยาบ้าต่อร่างกาย เช่นขับเหงื่อมากเกินไป 7.อธิบายสัญญาณเตือนของภาวะขาดเกลือแร่ เช่น ปวดกล้ามเนื้อ หัวใจเต้นผิดปกติ 8.แนะนำการเลิกยาเสพติด และส่งต่อเข้ารับการบำบัดหรือฟื้นฟู **ผลลัพธ์** ไม่พบ อาการผิดปกติ Electrolyte Imbalance เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชัก หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผลตรวจ Electrolyte Na^+ = 138 mEq/L, K^+ = 3.56 mEq/L, Cl^- = 102 mEq/L อยู่ในเกณฑ์ปกติ	**3. Basic Needs (การดูแลความต้องการพื้นฐาน)** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 3.1 เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ/ขาดสารอาหาร เนื่องจากการเสพยาเสพติด มีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่หลับไม่นอนหรือนอนไม่เป็นเวลาและไม่ได้รับประทานอาหารตรงตามเวลา **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมิน BMI.โดยให้ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง 2.ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว/ผู้ดูแลเกี่ยวกับความสำคัญของการดื่มน้ำและรับประทานอาหารครบถ้วน 3.ให้กำลังใจผู้ป่วยทุกครั้งที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำที่ดีขึ้น 4.จัดให้มีกิจกรรมกลุ่มบำบัดหรือกลุ่มสุขภาพจิตที่ช่วยส่งเสริมแรงจูงใจในการดูแลตนเองโดยประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักโภชนาการ นักจิตวิทยา เพื่อร่วมดูแล ผลลัพธ์ - ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบทุกมื้อระหว่างรับไว้รักษาและหลังจำหน่าย น้ำหนัก 58 ส่วนสูง 170 BMI = 20.07 อยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. Emotional & Psychosocial Care (การดูแลทางอารมณ์และจิตใจ) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 4.1 มีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว เช่นหงุดหงิด วิตกกังวล หวาดระแวง เนื่องจากการใช้สารเสพติด **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้แบบประเมิน OAS แบบประเมิน V2 แบบแระเมิน 2Q,9Q;8Q 2.สร้างสัมพันธภาพแบบไม่ตัดสิน (non-judgmental approach) ใช้การพูดปลอบโยนด้วยน้ำเสียง ชัดเจน เพื่อลดความตึงเครียด 3.ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจหรือการลดพฤติกรรมรุนแรงแบบไม่เผชิญหน้า 4.ให้ยาตามแผนกรรักษาของแพทย์ **ผลลัพธ์**	**4. Emotional & Psychosocial Care (การดูแลทางอารมณ์และจิตใจ)** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 4.1 มีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว เช่นหงุดหงิด วิตกกังวล หวาดระแวง เนื่องจากการใช้สารเสพติด **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้แบบประเมิน OAS แบบประเมิน V2 แบบแระเมิน 2Q,9Q;8Q 2.สร้างสัมพันธภาพแบบไม่ตัดสิน (non-judgmental approach) ใช้การพูดปลอบโยนด้วยน้ำเสียง ชัดเจน เพื่อลดความตึงเครียด 3.ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจหรือการลดพฤติกรรมรุนแรงแบบไม่เผชิญหน้า 4.ให้ยาตามแผนกรรักษาของแพทย์ **ผลลัพธ์**

ตารางที่ 2 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
ผู้ป่วยอาการสงบลง ได้รับยาฉีดตามแผนการรักษา แรกรับประเมิน OAS =2 คะแนนหลังการบำบัด OAS = 0 คะแนน แบบประเมิน V2 = 0 คะแนน แบบประเมิน 2Q,9Q; 8Q ผลปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	ผู้ป่วยอาการสงบลง ได้รับยาฉีดตามแผนการรักษา แรกรับประเมิน OAS =2 คะแนนหลังการบำบัด OAS = 0 คะแนน แบบประเมิน V2 = 0 คะแนน แบบประเมิน 2Q,9Q; 8Q ผลปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
5. Safety Management (การจัดการความปลอดภัย) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 5.1เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นซ้ำเนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าวขณะการดูแลในห้องฉุกเฉินและขณะส่งต่อไปรับการรักษาที่ รพ.จิตเวช **กิจกรรมการพยาบาล** 1.สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล หงุดหงิด คับข้องใจด้วยท่าทีที่แสดงความเข้าใจ ฟังอย่างตั้งใจ มีท่าทีเป็นมิตร สงบ และมีความรู้สึกปลอดภัย (Safe feeling) 2.พยาบาลยืนห่างจาก ผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต และไม่ถูกต้องตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง เพราะคิดว่าพยาบาลจะจู่โจม 3.เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องและกล่าวทุกครั้งก่อนให้การ พยาบาล ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลมั่นคงและชัดเจน 4.ในขณะสนทนากับผู้ ป่วยหลีกเลี่ยงการจ้องมอง ระมัดระวัง การกระซิบต่อหน้าผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยหวาดระแวงได้ 5.ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้าย ตนเอง บุคคลอื่นทำลายข้าวของ และอาคารสถานที่ เพื่อทราบ ความรุนแรงและเตรียมการป้องกันได้ทันท่วงที 6.จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดให้อากาศถ่ายเทสะสะดวกลดสิ่งกระตุ้นดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยไม่มีสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น เช่น อาวุธ ของแหลมของมีคม น้ำยาเคมี ยา เป็นต้น 7.เฝ้าระวังความเสี่ยงจากการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่นและทรัพย์สิน 8.ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggression Scale : OAS) และให้การรักษาตามแนวทาง **ผลลัพธ์** แรกรับมีอารมณ์หงุดหงิดก้าวร้าวระดับสูง ทางการกระทำ คำพูด (แบบประเมิน OAS = 2 คะแนน) หงุดหงิด อยากกลับบ้าน หลังให้การ พยาบาล และได้รับการรักษา สามารถควบคุม อารมณ์ได้ดี ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ และมีวิธีจัดการกับอารมณ์ตนเองได้มากขึ้น 5.2 เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากมีหัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) จากการใช้ยาบ้า (Methamphetamine) **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และจังหวะการเต้นของหัวใจอย่างต่อเนื่อง 2.ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาทีในช่วงวิกฤต 3.สังเกตอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว เช่น เหนื่อยง่าย หอบ บวม 4.ให้นอนพักในท่ากึ่งนั่งเพื่อลดภาระการทำงานของหัวใจ	**5. Safety Management (การจัดการความปลอดภัย)** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 5.1เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นซ้ำเนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าวขณะการดูแลในห้องฉุกเฉินและขณะส่งต่อไปรับการรักษาที่ รพ.จิตเวช **กิจกรรมการพยาบาล** 1.สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล หงุดหงิด คับข้องใจด้วยท่าทีที่แสดงความเข้าใจ ฟังอย่างตั้งใจ มีท่าทีเป็นมิตร สงบ และมีความรู้สึกปลอดภัย (Safe feeling) 2.พยาบาลยืนห่างจาก ผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต และไม่ถูกต้องตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง เพราะคิดว่าพยาบาลจะจู่โจม 3.เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องและกล่าวทุกครั้งก่อนให้การ พยาบาล ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลมั่นคงและชัดเจน 4.ในขณะสนทนากับผู้ ป่วยหลีกเลี่ยงการจ้องมอง ระมัดระวัง การกระซิบต่อหน้าผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยหวาดระแวงได้ 5.ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้าย ตนเอง บุคคลอื่นทำลายข้าวของ และอาคารสถานที่ เพื่อทราบ ความรุนแรงและเตรียมการป้องกันได้ทันท่วงที 6.จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดให้อากาศถ่ายเทสะสะดวกลดสิ่งกระตุ้นดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยไม่มีสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น เช่น อาวุธ ของแหลมของมีคม น้ำยาเคมี ยา เป็นต้น 7.เฝ้าระวังความเสี่ยงจากการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่นและทรัพย์สิน 8.ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggression Scale : OAS) และให้การรักษาตามแนวทาง ผลลัพธ์ มีอารมณ์หงุดหงิดก้าวร้าวระดับสูง ทางการกระทำ คำพูด (แบบประเมิน OAS = 2 คะแนน) หงุดหงิด อยากกลับบ้าน หลังให้การพยาบาล และได้รับการรักษา สามารถควบคุม อารมณ์ได้ดี ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ และมีวิธีจัดการกับอารมณ์ตนเองได้มากขึ้น 5.2 เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากมีหัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) จากการใช้ยาบ้า (Methamphetamine) **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และจังหวะการเต้นของหัวใจอย่างต่อเนื่อง 2.ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาทีในช่วงวิกฤต 3.สังเกตอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว เช่น เหนื่อยง่าย หอบ บวม 4.ให้นอนพักในท่ากึ่งนั่งเพื่อลดภาระการทำงานของหัวใจ

ตารางที่ 2 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
5.ลดสิ่งกระตุ้นที่อาจเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เช่น เสียงดัง แสงจ้า ความเครียด 6.ให้สารน้ำตามแผนการรักษาอย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันภาวะ overload และเตรียมความพร้อมในการให้ยา ตามแผนการรักษาแพทย์ 7.เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ (defibrillator) 8.รายงานแพทย์ทันทีหากมีอาการรุนแรง เช่น เจ็บหน้าอก เหงื่อออกมาก ใจสั่นรุนแรง 5.3 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการผูกยึด เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรม ตะโกน ขว้างปา ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น 2.ประเมินปัจจัยกระตุ้น เช่น ความกลัว ความหวาดระแวง การใช้สารเสพติด 3.หากจำเป็นให้ดำเนินการผูกยึดอย่างปลอดภัยแจ้งผู้ป่วย (หากสื่อสารได้) หรือญาติ ถึงเหตุผลในการผูกยึดอย่างสงบ 4.ใช้ผ้ารัดข้อมือและข้อเท้าแบบนุ่ม หลีกเลี่ยงการรัดแน่นเกินไป หรืออาจใช้ วิธี least restrictive method เช่น ผูกแค่ 2 จุดก่อน ถ้าเพียงพอ 5.เฝ้าระวังและดูแลระหว่างผูกยึด เช่นระดับความรู้สึกตัวประเมินการไหลเวียนโลหิตบริเวณที่ผูก สีผิว การเคลื่อนไหว ความรู้สึกวัยวะส่วนปลาย 6.จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสม ลดการบาดเจ็บ เช่น ท่านอนหงายหรือเอนศีรษะ **ผลลัพธ์** - หลังพูดคุยผู้ป่วยอาการสงบลงบ้างและยินยอมให้ฉีดยาตามแผนการรักษา และเปลี่ยนจากการใส่กุญแจมือเป็นผ้าผูกยึดที่นุ่มและผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากการผูกยึด	5.ลดสิ่งกระตุ้นที่อาจเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เช่น เสียงดัง แสงจ้า ความเครียด 6.ให้สารน้ำตามแผนการรักษาอย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันภาวะ overload และเตรียมความพร้อมในการให้ยาตามแผนการรักษาแพทย์ 7.เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ (defibrillator) 8.รายงานแพทย์ทันทีหากมีอาการรุนแรง เช่น เจ็บหน้าอก เหงื่อออกมาก ใจสั่นรุนแรง 5.3 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการผูกยึด เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรม ตะโกน ขว้างปา ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น 2.ประเมินปัจจัยกระตุ้น เช่น ความกลัว ความหวาดระแวง การใช้สารเสพติด 3.หากจำเป็นให้ดำเนินการผูกยึดอย่างปลอดภัยแจ้งผู้ป่วย (หากสื่อสารได้) หรือญาติ ถึงเหตุผลในการผูกยึดอย่างสงบ 4.ใช้ผ้ารัดข้อมือและข้อเท้าแบบนุ่ม หลีกเลี่ยงการรัดแน่นเกินไป หรืออาจใช้ วิธี least restrictive method เช่น ผูกแค่ 2 จุดก่อน ถ้าเพียงพอ 5.เฝ้าระวังและดูแลระหว่างผูกยึด เช่นระดับความรู้สึกตัวประเมินการไหลเวียนโลหิตบริเวณที่ผูก สีผิว การเคลื่อนไหว ความรู้สึกวัยวะส่วนปลาย 6.จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสม ลดการบาดเจ็บ เช่น ท่านอนหงายหรือเอนศีรษะ **ผลลัพธ์** - หลังพูดคุยผู้ป่วยอาการสงบลงบ้างและยินยอมให้ฉีดยาตามแผนการรักษา และเปลี่ยนจากการใส่กุญแจมือเป็นผ้าผูกยึดที่นุ่มและผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากการผูกยึด
6. Health Education (การให้ความรู้และเสริมพลัง) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล:** 6.1 ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของสารเสพติดและการควบคุมอารมณ์ **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ให้คำแนะนำอย่างง่ายเรื่องผลของสารเสพติดให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองติดยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้น และทักษะการปฏิเสธ 2.อธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการรักษา 3.ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์/ทักษะผ่อนคลาย **ผลลัพธ์** ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตกับครอบครัวได้ตามปกติหลังการบำบัด	**6. Health Education (การให้ความรู้และเสริมพลัง)** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล:** 6.1 ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของสารเสพติดและการควบคุมอารมณ์ **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ให้คำแนะนำอย่างง่ายเรื่องผลของสารเสพติดให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองติดยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้น และทักษะการปฏิเสธ 2.อธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการรักษา 3.ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์/ทักษะผ่อนคลาย **ผลลัพธ์** ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตกับครอบครัวได้ตามปกติหลังการบำบัด
7. Coordination & Continuity of Care (การประสานและดูแลต่อเนื่อง) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล**	**7. Coordination & Continuity of Care (การประสานและดูแลต่อเนื่อง)** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล**

ตารางที่ 2 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
7.1 มีความเสี่ยงต่อการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของสารเสพติดและระบบสนับสนุนทางครอบครัวและชุมชน **กิจกรรมการพยาบาล** 1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ 2.เตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโดยให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองติดยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้น 3.ประเมิน stage of change ผู้ป่วยอยู่ในระยะลังเล เสริม แรงจูงใจให้เห็นผลดี ผลเสีย สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถเลิกได้ และชมเชยสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี **ผลลัพธ์** ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม แบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพยา มีความรู้ และสามารถบอกผลกระทบ โทษและพิษ ภัยของสารเสพติดได้ มีทักษะการปฏิเสธและ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง 7.2 ผู้ดูแลเครียดกังวลในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยหลังการบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงและทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ให้ความรู้กับผู้ดูแลในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 2.แนะนำการประเมินสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรง 3.เมื่อพบว่ามีสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพียง 1 ครั้ง ขอให้แจ้งฝ่ายปกครอง หรือบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อการดูแลช่วยเหลือทันที 4.ประสาน อสม. และ รพ.สต.ในพื้นที่เพื่อดูแลการกินยาและมารับการรักษาต่อเนื่อง 5.เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ความเครียด ความวิตกกังวลและให้กำลังใจ 6.แนะนำวิธีการจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแล เช่น ฟังเพลง ร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น **ผลลัพธ์** ญาติเครียดมากจึงได้ประสาน พยาบาลในพื้นที่ลงเยี่ยมและทำการประชาคมโดยความร่วมมือช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายร่วมดูแล ได้แก่ รชพ. รพสต. ฝ่ายปกครอง และตำรวจ	7.1 มีความเสี่ยงต่อการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของสารเสพติดและระบบสนับสนุนทางครอบครัวและชุมชน **กิจกรรมการพยาบาล** 1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ 2.เตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโดยให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองติดยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้น ที่เป็นรูปธรรม 3.ประเมิน stage of change ผู้ป่วยอยู่ในระยะลังเล เสริม แรงจูงใจให้เห็นผลดี ผลเสีย สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถเลิกได้ และชมเชยสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี **ผลลัพธ์** ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม แบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพยา มีความรู้ และสามารถบอกผลกระทบ โทษและพิษ ภัยของสารเสพติดได้ มีทักษะการปฏิเสธและ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง 7.2 ผู้ดูแลเครียดกังวลในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยหลังการบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงและทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ให้ความรู้กับผู้ดูแลในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 2.แนะนำการประเมินสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรง 3.เมื่อพบว่ามีสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพียง 1 ครั้ง ขอให้แจ้งฝ่ายปกครอง หรือบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อการดูแลช่วยเหลือทันที 4.ประสาน อสม. และ รพ.สต.ในพื้นที่เพื่อดูแลการกินยาและมารับการรักษาต่อเนื่อง 5.เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ความเครียด ความวิตกกังวลและให้กำลังใจ 6.แนะนำวิธีการจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแล เช่น ฟังเพลง ร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น **ผลลัพธ์** พบว่าญาติเกิดภาวะเครียด แต่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ และรู้วิธีการสังเกตและขอความช่วยเหลือจากหน่วยงาน

4. การติดตามผลการประเมินผลการพยาบาล

จากการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยมาตรวจขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 2 ครั้ง และ ติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ทั้ง 2 ราย เพื่อติดตามและ ประเมินผลการพยาบาล ปรับแผนการให้การพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและญาติ ผลลัพธ์ของการพยาบาลตามตารางที่ 3 เกือบทุกนัด

สรุปกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษาที่1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 48 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยรับการรักษาด้วยโรคทางจิตเวชมาก่อนเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการ พูดคนเดียว ไม่นอน เอะอะโวยวาย อาละวาด ก้าวร้าว

ทำลายข้าวของ ใช้มีดจี้ภรรยาและขังในห้องน้ำ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ญาติจึงแจ้งตำรวจเพื่อนำส่ง แรกรับที่อุบัติเหตุ- ฉุกเฉิน รู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง เอะอะโวยวายเล็กน้อย ท่าทางหงุดหงิด ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง(Overt Aggression Scale : OAS) = 2 คะแนน วัดสัญญาณชีพ ส่งตรวจเลือด ปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการ ให้ยาฉีดเพื่อให้อาการสงบ ดูแลผูกมัดและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ หลังได้รับยาอาการสงบลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ UAM=Positive ผล potassium 3.21 mmol/L ดูแลให้รับประทานยา 10% Elixir potassium chloride 30 มิลลิลิตรทันที 3 dose ห่างกันทุก 2 ชม. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Sinus tachycardia ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ดูแล Monitor EKG ให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์หลังได้รับยาและสารน้ำ ผู้ป่วยสงบลงอาการคงที่ แพทย์วางแผนส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเพื่อรักษาต่อเนื่อง รวมเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น 14 วัน

กรณีศึกษาที่2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 44 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เคยรับการรักษาด้วยโรคทางจิตเวช เมื่อ 10 ปีที่แล้ว แต่รักษาไม่ต่อเนื่อง มารพ.ด้วยอาการหงุดหงิด โวยวาย มีหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นคนรวยมีเงินเป็นจำนวนมากแต่มารดาและพี่สาวเอาไปซ่อนไว้ อาระวาด จะใช้มีดทำร้ายมารดาและพี่สาว ขู่ขอเงินเพื่อจะนำไปซื้อยาบ้ามาเสพ ญาติจึงแจ้งฝ่ายปกครองและนำตัว ผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลแรกรับที่อุบัติเหตุ- ฉุกเฉิน รู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง เอะอะโวยวายเล็กน้อย ท่าทางหงุดหงิด ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง(Overt Aggression Scale : OAS) = 2 คะแนน วัดสัญญาณชีพ ส่งตรวจเลือดและปัสสาวะตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ยาเพื่อลดอาการก้าวร้าว ดูแลผูกมัดและระวังการเกิดอุบัติเหตุ หลังได้รับยาอาการสงบลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ UAM=Positiveแพทย์วางแผนส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตขอนแก่นเพื่อ รักษาต่อเนื่อง รวมเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น 14 วัน

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพมีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่เข้ารับการรักษาด้วยเหตุผลต่างกันแต่มีผลสืบเนื่องจากการเสพสารเสพติดร่วมกับการดื่มสุราเหมือนกัน ซึ่งทั้ง 2 ราย มีคะแนน OAS อยู่ในระดับปานกลางคือ 2 มีคะแนน ซึ่งเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง และกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีผลการตรวจ Urine Amphetamine ให้ผลบวก สารเสพติดหลักที่ใช้คือยาบ้า กรณีศึกษาที่ 1 เพื่อช่วยให้ใช้ในงานอาชีพและผ่อนคลายมีลักษณะ อารมณ์เก็บกดและหลีกหนีปัญหา มีความขัดแย้งกับครอบครัว กรณีศึกษาที่ 2 มีบทบาทในครอบครัวน้อย ไม่มีความภาคภูมิใจ และมีภาวะ Low self esteem เนื่องจากการหย่าร้างครอบครัวแตกแยก หลังจากได้รับการบำบัดด้วยยาต้านโรคจิตทั้งชนิดฉีดที่ออกฤทธิ์ระยะสั้นและยารับประทานเพื่อควบคุมอารมณ์ร่วมกับการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และการเยี่ยมบ้านร่วมกับชุมชนจึงมีความจำเป็น กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากผู้ที่เสพยาเสพติดที่มีความผิดปกติบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่นส่งผลกระทบต่อทั้งตัว ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง การศึกษานี้พบว่า การเตรียมความพร้อมของครอบครัวขณะที่ผู้ป่วยยังพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดการกลับซ้ำได้จากผลการศึกษากรณีผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พยาบาลมีบทบาทสำคัญใน การดูแลรักษาการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจ ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับปัญหาและอารมณ์ไม่พึงประสงค์ของตนเองไม่ให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่ใช้สารเสพติด รวมทั้งวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข[5,6]

ข้อเสนอแนะ

1.พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการ ใช้สารเสพติดควรได้รับการฝึกอบรมและพัฒนา ความรู้ทักษะ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.ควรมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นรูปแบบที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตและสารเสพติดประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
2. กีรติยา อุ่นเจริญ. (2562). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 10. นครพนม: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหอม อำเภอเมืองนครพนม.
3. โรงพยาบาลบ้านฝาง. (2566). สถิติผู้ป่วยสารเสพติดเข้ารับการรักษาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว ในปีพ.ศ. 2565โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น.
4. ชิดชนก โอภาสวัฒนา.(2563) คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง. (พิมพ์ครั้ง ที่ 1). พรอสเพอรัสพลัส.
5. ขวัญพนมพร ธรรมไทย. (2564). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในกลุ่มเลือกสรร: บุคลิกภาพผิดปกติพฤติกรรมก้าวร้าว และการถูกทารุณกรรม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
6. นริสา วงศ์พนารักษ์. (2561). การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 13. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์ กากะเยีย.

การพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a Dengue Fever Prevention and Control Model of the Public Health Emergency Operations Center, Na Yia District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: August 12,2025 ; Revised: August 23,2025 ; Accepted: August 24,2025)

ประยงค์ สุดสุข[1]
Prayong Sudsuk[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติการ การติดตามประเมินผล และการสะท้อนผล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ภาคีเครือข่ายของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับตำบล ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนของครัวเรือนในชุมชน ผู้นำชุมชน ตัวแทนจากโรงเรียน และตัวแทนผู้ดูแลวัด โดยการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึง มิถุนายน 2568 โดยการศึกษาสถานการณ์ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรวบรวม จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เนื้อหา เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์บริบท สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก ขั้นตอนที่ 2 สร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ขั้นตอนที่ 3 การเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การติดตามกำกับผ่านโปรแกรม Looker รวมมิตร พิชิตไข้เลือดออก ขั้นตอนที่ 4 การป้องกันโรคและควบคุมยุงพาหะ ขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารความเสี่ยงและสร้างการมีส่วนรับผิดชอบของชุมชน และ ขั้นตอนที่ 6 จัดทำนโยบายสาธารณะในชุมชน หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ โรคไข้เลือด ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

Abstract

This study aimed to develop a dengue fever prevention and control model of the Public Health Emergency Operations Center, Na Yia District, Ubon Ratchathani Province, by applying the four-step action research process: planning, action, monitoring and evaluation, and reflection. The sample consisted of 50 voluntary participants from the center's network partners, including representatives from district and subdistrict public health officers, village health volunteers (VHVs), households, community leaders, schools, and temples. Data were collected from December 2024 to June 2025 through situation analysis, in-depth interviews, focus group discussions, participatory observation, and questionnaires. Data analysis included frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, data categorization, and content analysis. The paired t-test was used to compare pre- and post-intervention mean scores.

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเยีย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

The developed dengue prevention and control model comprised six steps: (1) analyzing the context and dengue outbreak situation; (2) building and strengthening network capacity; (3) surveillance and risk assessment for dengue outbreaks, with monitoring via the “Looker Ruammit Phichit Kaileud Ork” program; (4) disease prevention and vector control; (5) risk communication and fostering community responsibility; and (6) developing public policy within the community. After the intervention, participants showed significantly higher mean scores in dengue-related knowledge, participation in dengue prevention and control, and dengue prevention behaviors than before the intervention ($p < 0.05$).

Keywords: Model development, Dengue fever, Public Health Emergency Operations Center

บทนำ

โรคไข้เลือดออกนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยตลอดมา เพราะไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อโดยมียุงลายเป็นพาหะที่สร้างความสูญเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากโรคนี้มีแนวโน้มการระบาดในช่วงฤดูฝนของทุกปี และพบว่าประชากรที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มเด็กวัยเรียนที่มีอายุตั้งแต่ ๕ –๑๔ ปี แต่ปัจจุบันยังพบผู้ป่วยไข้เลือดออกในผู้ใหญ่และมีการเกิดโรคตลอดทั้งปีอีกด้วย ดังนั้นการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกให้ประสบผลสำเร็จและเกิดประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องระดมความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการกำจัดลูกน้ำยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคและรณรงค์ให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาโรคไข้เลือดออกและร่วมมือกันเฝ้าระวังป้องกันการแพร่ระบาดของโรคนี้[1]

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากยุงลายเป็นพาหะนำโรค โดยยุงลายจะกัดผู้ป่วยซึ่งในระยะ ไข้สูงจะเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด มีระยะฟักตัวประมาณ 8 - 12 วัน เมื่อยุงไปกัดคนอื่นอีก ก็จะปล่อยเชื้อไวรัสเดงกีไปยังคนที่ถูกกัดได้ โดยความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกขึ้นอยู่กับความรุนแรงของ เชื้อไวรัส อายุ และภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย อาจเกิดอาการช็อกจนเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ในช่วงปี พ.ศ. 2493 - 2503 องค์การอนามัยโลกได้พบการระบาดครั้งแรกของโรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) ในประเทศไทยและประเทศฟิลิปปินส์ ต่อมาในปี พ.ศ.2513 พบการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกถึง 9 ประเทศ จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องถึง 4 เท่า เมื่อเทียบกับการระบาดในช่วงแรก การระบาดของโรคไข้เลือดออกยิ่งรุนแรงขึ้นมีการกระจายผู้ป่วยมากกว่า 100 ประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะพื้นที่เขตร้อนชื้น ประเทศไทยเกิดโรคไข้เลือดออกระบาดใหญ่ครั้งแรกในปี พ.ศ.2501 ที่กรุงเทพมหานคร การระบาดเป็นแบบปีหนึ่งสูงและปีถัดมาลดลงต่ำหลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่าง ๆ โดยเฉพาะที่เป็นหัวเมืองใหญ่ มีประชากรหนาแน่นและการคมนาคมสะดวก โรคไข้เลือดออกแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว[2]

ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการแก้ไขปัญหา จากการตั้งรับไปสู่นโยบายเชิงรุกโดยใช้ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมให้คนในชุมชนได้ ตระหนักถึงสภาพปัญหาของโรคไข้เลือดออก เกิดความรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเอง พร้อมทั้งหาวิธีการแก้ไข ซึ่งปัญหาของโรคไข้เลือดออกเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเน้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญและถือเป็นภารกิจที่ต้องช่วยกันกระตุ้นและชักนำให้ประชาชน องค์กรชุมชน โรงเรียน ศาสนสถาน ตลอดจนเครือข่ายสุขภาพให้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จึงเป็นกิจกรรมสำคัญที่ต้องเร่งรัดดำเนินการ การแพร่ระบาดของ

โรคไข้เลือดออกนั้นมียุงลายเป็นพาหะนำโรค เมื่อบุคคลถูกยุงที่มีเชื้อไวรัสเดงกีกัด เชื้อไวรัสจะเข้าไปสู่กระแสเลือดของบุคคลผู้ที่ถูกยุงกัดและทำให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในที่สุด สำหรับการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของประชาชนนั้น เกิดจากปัจจัยสาเหตุหลายๆ ปัจจัยร่วมกัน อาทิเช่น การที่ประชาชนขาดการตระหนักรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการดูแลตนเองเรื่องโรคไข้เลือดออก ขาดการมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก รวมทั้งเรื่องขาดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ส่วนหนึ่งส่งผลต่อการเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน สำหรับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกนั้น ปัจจุบันพบว่ามีหลายแนวทาง เช่น การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและในชุมชน การควบคุมโดยการใช้สารเคมี การควบคุมทางชีวภาพ การป้องกัน ส่วนบุคคลและการป้องกันที่อยู่อาศัยไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการที่บุคคลสามารถป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกนั้น บุคคลต้องมีความตระหนัก รู้ในโรคไข้เลือดออก การป้องกันโรคไข้เลือดออก[2] รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา พบว่าเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับในการแก้ปัญหาสาธารณสุขและในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา[2] ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา ที่เน้นการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง ซึ่งการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาในทุกระดับและเป็นปัจจัยสำคัญที่จัดการกับปัญหาโรคไข้เลือดออกให้หมดไปจากชุมชนได้ดีที่สุด[3]

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี ๒๕๖๗ พบผู้ป่วยไข้เลือดออก ๑๐๕,๒๕๐ ราย อัตราป่วย ๑๕๙.1๕ ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต ๙๐ ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย 0.09 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมากกว่าช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อนถึง ๑.๕ เท่า จังหวัดอุบลราชธานี พบรายงานผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 3,846 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 207.14 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย 0.0๘ ต่อประชากรแสนคน สำหรับเขตพื้นที่อำเภอนาเยีย มีประชากร 27,406 คน พบรายงานผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 12 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 43.79 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2567) รายงานผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 5 ปี ย้อนหลังของเขตพื้นที่อำเภอนาเยีย พบว่าปี พ.ศ.2562 มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน ๑๐ ราย ปี พ.ศ. 2563 - 2566 พบผู้ป่วย 29 ราย และปี พ.ศ.2566 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน ๙ ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1.12 ต่อประชากรแสนคน (ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2562 – 30 เมษายน 2567)[4] จากการศึกษานำร่อง (Pilot Study) พบว่าประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรค การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคยังเป็นแบบแยกส่วนขาด การบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข โดยทีมเฝ้าระวังสอบสวน และเคลื่อนที่เร็ว(SRRT) ได้ดำเนินการถอดบทเรียน ระบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อให้ทราบปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและได้นำข้อมูลจากการถอดบทเรียนการดำเนินงานดังกล่าวมาพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (Working model) การเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคเลือดออก ให้เป็นต้นแบบและมีความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้

ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาบริบทของการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานของการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิส และ แมกแทกการ์ด[5] จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) กลุ่มตัวอย่างคือ คณะกรรมการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ หน่วยงานภารรัฐ ภาคเอกชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชน โดยการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึง มิถุนายน 2568 โดยการศึกษาสถานการณ์ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ paired t-test และวิเคราะห์เนื้อหาในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ การดำเนินงาน 2 วงรอบ จำนวน 4 ขั้นตอนตามวงล้อ PAOR มีรายละเอียดดังนี้

<u>รอบที่ 1</u>

<u>ขั้นตอนที่ 1</u> เป็นการวางแผนศึกษาสถานการณ์และศึกษาบริบทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประชากร เป็นประชาชนและภาคีเครือข่าย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

<u>ขั้นตอนที่ 2</u> เป็นการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประชากร เป็นประชาชน และภาคีเครือข่าย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี การออกแบบระบบจากบริบทของพื้นที่โดยใช้ Evidence base โดยหน่วยงานและทีมขับเคลื่อนระบบงานในรูปแบบของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลและใช้สื่อสารสนเทศพัฒนาหน่วยงานในพื้นที่ให้เป็นศูนย์การให้คำปรึกษา

<u>ขั้นตอนที่ 3</u> การติดตามผลการดำเนินกิจกรรม

<u>ขั้นตอนที่ 4</u> การประเมินผลลัพธ์

<u>รอบที่ 2</u> เป็นการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี โดยการเป็นการประชุมวางแผนและแก้ไขปัญหาส่วนขาด ได้แก่ พัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหาไข้เลือดออกในชุมชน ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การเฝ้าระวังและประเมิน ความเสี่ยงการป้องกันโรคและควบคุมยุงพาหะ การสื่อสารความเสี่ยงและสร้างการมีส่วนรับผิดชอบของชุมชน และการจัดทำนโยบายสาธารณะในชุมชน มีกระบวนการในการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพให้ทั่วถึง ให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสารรอบด้านที่ครอบคลุมทุกกลุ่มทุกเพศทุกวัย เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและเพิ่มความเข้าใจที่จะนำไปสู่เป้าหมายและการประเมินผลที่ชัดเจน พัฒนาระบบจัดเก็บ

ข้อมูลและใช้สื่อสารสนเทศ พัฒนาหน่วยงานในพื้นที่ให้เป็นศูนย์การให้คำปรึกษา โดยหน่วยงานและทีมขับเคลื่อนระบบงาน ในรูปแบบของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาคีเครือข่ายของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับตำบล ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนของครัวเรือนในชุมชน ผู้นำชุมชน ตัวแทนจากโรงเรียน และตัวแทนผู้ดูแลวัด โดยการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน ๔ ชุด ดังนี้

1. แบบวิเคราะห์บริบทลักษณะทางนิเวศวิทยา ภาวะเสี่ยงต่างๆ ทั้งในเชิงกายภาพ สังคม วัฒนธรรม

2. แนวคำถามในการสนทนาแบบมีส่วนร่วม (Discussion (ORID) Method) เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา รายได้ อาชีพ

3.2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ จำนวน 20 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน การตัดสินระดับความรู้ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ของ Bloom[6] ได้ระดับความรู้ดังนี้

ระดับความรู้สูง หมายถึง มีระดับคะแนนตั้งแต่ 80% ขึ้นไป (16-20 คะแนน)

ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง มีระดับคะแนนระหว่าง 60-79%(12-15 คะแนน)

ระดับความรู้ต่ำ หมายถึง มีระดับคะแนนน้อยกว่า 60% (0-11 คะแนน)

3.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้จาก 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยเลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นในข้อคำถามนั้น มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ [6]

ระดับพฤติกรรม	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	1 คะแนน	3 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมาย ของคะแนนคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก แบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.33 - 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันละควบคุมโรค ไข้เลือดออกในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.32 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกในระดับไม่ดี

3.4 การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า

(Rating Scale) 5 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้คือ[6]

5 = มากที่สุด หมายถึง การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากที่สุด

4 = มาก หมายถึง การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมาก

3 = ปานกลาง หมายถึง การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกปานกลาง

2 = น้อย หมายถึง การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกน้อย

1 = น้อยที่สุด หมายถึง การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกน้อยที่สุด

การวัดระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์และการแปลความหมายค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ [7]

การกำหนดช่วงคะแนนและแปลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.51–5.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.51–4.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมาก

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.51–3.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกปานกลาง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.51–2.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกน้อย

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00–1.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกน้อยที่สุด

3.5 ข้อเสนอแนะทั่วไป เป็นคำถามปลายเปิด

4. แบบประเมินค่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย การประเมินค่า HI (House index) และ CI (Container index)

การตรวจสอบเครื่องมือ การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ ๕ ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่า คำถามมีคะแนน IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของ ครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ และการมีส่วนร่วมของแกนนำและภาคีเครือข่าย เท่ากับ 0.86 และ 0.82 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์นำเสนอเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) มัธยฐาน (Median ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min)และ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ

การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมของแกนนำและภาคีเครือข่ายก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม ใช้ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 บริบทของรูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

1.ระยะเตรียมการ สรุปได้ว่า

บริบทและการประเมินสถานการณ์ กระบวนการขั้นนี้เป็นการสำรวจและการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ปัญหาสุขภาพที่พบ ได้แก่ ปัญหาทางด้านกายภาพ มีภาชนะและอุปกรณ์ที่สามารถเป็นแหลางเพาะพันธ์ยุงได้ จากการศึกษานำร่อง (Pilot Study) พบว่าประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรค การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคยังเป็นแบบแยกส่วนขาดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานและภาคีเครือข่ายในพื้นที่

จากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอนาเยีย มีประชากร 27,406 คน ปี ๒๕๖๗ พบรายงานผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 12 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 43.79 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2567) รายงานผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 5 ปีย้อนหลังของเขตพื้นที่อำเภอนาเยีย พบว่า ปี พ.ศ.2562 มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ราย ปี พ.ศ. 2563 - 2566 พบผู้ป่วย 29 ราย (ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2562 – 30 ธันวาคม 2567 กระบวนการศึกษาบริบทก่อนพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี นับได้ว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาที่สำคัญ ที่จะต้องหาแนวทางในการป้องกันและควบคุมเพื่อไม่ให้เกิดการระบาด

2. ระยะดำเนินการ สรุปได้ว่า

สร้างการมีส่วนร่วมโดยเริ่มจากการนำข้อมูลจากการศึกษาบริบทและสภาพปัญหานำเสนอ ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิจัยและภาคีเครือข่ายทราบและตระหนักถึงปัญหามากยิ่งขึ้น ได้แลกเปลี่ยนแนวความคิดและมุมมองสรุปได้ว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย ต้องช่วยกันในการแก้ไขปัญหาโดยใช้รูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ปรับทัศนคติในการทำงานร่วมกันอีกครั้ง มีการประชุมจัดทำแผนในการดำเนินงาน โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมด้วยการจัดทำแผนปฏิบัติงาน ทำให้เกิดแผนในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ ได้แก่

การศึกษารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์บริบท สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก

ขั้นตอนที่ 2 สร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 3 การเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การติดตามกำกับผ่านโปรแกรม Looker รวมมิตร พิชิตไข้เลือดออก และดำเนินสำรวจลูกน้ำยุงลายเดือนละ 2 ครั้ง การกำจัดลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ การแจกทรายอะเบท ปลาหางนกยูง

ขั้นตอนที่ 4 การป้องกันโรคและควบคุมยุงพาหะ รณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ได้แก่ กิจกรรมการรณรงค์ปรับสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านให้สะอาด โดยใช้หลัก 5 ป 1 ข ประกอบด้วย ป ที่ 1: ปิดภาชนะน้ำขัง ป ที่ 2: ปล่อยปลากินลูกน้ำ ป ที่ 3: เปลี่ยนน้ำในภาชนะทุก 7 วัน ป ที่ 4: ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในและรอบบ้าน ป ที่ 5: ปฏิบัติเป็นประจำจนเป็นนิสัย 1 ข: ขัดภาชนะก่อนเปลี่ยนน้ำกำจัดไข่ยุงกิจกรรมกำจัดลูกน้ำยุงลายในโรงเรียน/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในทุก

วันพฤหัสบดี และกิจกรรมการรณรงค์ให้ปลูกและใช้สมุนไพร (ตะไคร้หอม) ไล่ยุงรอบบ้าน และมีการนำครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยไข้เลือดออกมาร่วมในการเดินรณรงค์ ให้ความรู้ และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เช่น วิธีการกำจัดลูกน้ำยุงลาย วิธีการป้องกันตนเอง

ขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารความเสี่ยงและสร้างการมีส่วนรับผิดชอบของชุมชน ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก วงจรชีวิตและการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายภายในโรงเรียนทุกวันศุกร์ ระยะเวลา 2 เดือน และการประชาสัมพันธ์ทุกวันพระ

ขั้นตอนที่ 6 จัดทำนโยบายสาธารณะในชุมชน จัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้นโยบายสาธารณะ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ มาตรการทางสังคม ธงแดง การจัดทำสโลแกนหมู่บ้านโดยให้ประชาชนเข้ามาร่วมรับรู้สภาพปัญหาและแนวปฏิบัติ และมีการประกวดบ้านต้นแบบ โดยใช้ธงเป็นสัญลักษณ์ ในการติดตามดูความก้าวหน้า โดย ใช้สีธงเป็นสื่อแสดงความก้าวหน้า เช่น สีเขียวคือบ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย สีเหลือง คือบ้านที่ยังมีลูกน้ำยุงลายและมีการกำจัด หรือสีแดงเป็นบ้านที่ยังไม่กำจัดลูกน้ำยุงลาย โดยเมื่อมีการตรวจสอบในแต่ละบ้านทุกเดือนจะสามารถดูได้จากพัฒนาการการกำจัดลูกน้ำตามสีธง

3. ระยะสรุปและประเมินผล สรุปได้ว่า

เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ ได้มีการกำหนดในการประเมินผลการพัฒนาของการดำเนินการตามรูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชน และภาคีเครือข่าย ในเขตอำเภอนาเยีย จำนวน 50 คน พบว่า

3.1 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ก่อนการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่อง โรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 58.0 มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 และมีความรู้ในระดับสูง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0 หลังการทดลองมีความรู้อยู่ในระดับสูงมากที่สุดจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 44.0 และมีความรู้ในระดับปานกลางจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 42.0 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01)

3.2 การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.44, S.D. = 0.34) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เช่น รณรงค์ป้องกันไข้เลือดออก ($\overline{X}$ = 4.62, S.D. = 0.53) ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.68, S.D. = 0.44) หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.24, S.D. = 0.39) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หลังการพัฒนารูปแบบฯ ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=6.63, 95% CI=0.56 - 0.30, P-value<0.001)

3.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =2.75, S.D. =0.28) ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.19, S.D.= 0.26) หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 2.75, S.D.= 0.28) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังการพัฒนารูปแบบฯ ดีขึ้นกว่า

ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=9.52, P-value<0.001)

3.4 ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย (House index/ Container index) ผลการสำรวจดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายของที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 136 หลังคาเรือน พบลูกน้ำยุงลาย จำนวน 9 หลังคาเรือนคิดเป็นค่า House Index (HI) เท่ากับ 6.61 และจากผลการสำรวจภาชนะกักเก็บน้ำ ภายในสถานที่พักอาศัย จำนวน 341 ชิ้น พบว่า มีภาชนะกักเก็บน้ำ จำนวน 7 ชิ้น ภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย คิดเป็นค่า Container Index (CI) เท่ากับ 2.05

3.5 ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.25, S.D.= 0.37) โดยพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านพึงพอใจต่อการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยใช้หลัก 5 ป 1 ข ($\overline{X}$ = 4.58, S.D.= 0.77)

3.6 ปัจจัยแห่งความสำเร็จปัจจัยความสำเร็จ 3 S คือ ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย การบริการจัดการและการมีส่วนร่วม (S1 : Strength of Network, S2 Strength of Management, S3 Strength of Participation)

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี มีการดำเนินงาน 6 มาตรการที่สำคัญ คือ 1) วิเคราะห์บริบท 2) สร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย 3) การเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยง 4) การป้องกันโรคและควบคุมยุงพาหะ 5) การสื่อสารความเสี่ยงและสร้างการมีส่วนรับผิดชอบของชุมชน 6) จัดทำนโยบายสาธารณะในชุมชน อธิบายได้ว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์บริบทและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรัตน์ ตันศิริ[8] ที่ศึกษาการพัฒนามาตรการการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน พบว่า กระบวนการและกลยุทธ์ในการพัฒนามาตรการประกอบด้วย 1) องค์ประกอบด้านแผนงานและกลยุทธ์ 2) องค์ประกอบด้านการค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยง 3) องค์ประกอบการเสริมสร้างสมรรถนะของบุคคล และการพัฒนาระบบการจัดการปัญหาของชุมชน 4) องค์ประกอบการมีส่วนร่วมของภาครัฐและชุมชน 5) การดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน โดยกิจกรรมที่ใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีส่วนร่วมประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง ด้านบุคคลและชุมชน 2) การจัดเวทีให้ความรู้ 3) การรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน 4) การพัฒนานวัตกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก 5) การสร้างระบบการสื่อสารและ 6) การสร้างระบบการติดตามประเมินผลและการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของมาธุพร พลพงษ์และคณะ[9] ที่ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโคกสัก อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง พบว่า รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 6 มาตรการ คือ 1) การมีส่วนร่วมของประชาชน 2) การออกกฎเกณฑ์ของชุมชน 3) การมีผู้นำที่เข้มแข็งและกรรมการรับผิดชอบที่ชัดเจน 4) การประชาสัมพันธ์ 5) การสนับสนุนจากองค์กรภาคีเครือข่ายในชุมชน และ 6) ชุมชนมีความตระหนัก กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หลังการพัฒนารูปแบบ ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนามาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=6.63, 95% CI =0.56 - 0.30, P-value<0.001) HI=6.61 CI=2.05 ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ อยู่ใน ระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.25,

S.D.= 0.37) อธิบายได้ว่า รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นจากการสนทนากลุ่ม โดยมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุร่วมวางแผนการดำเนินงานและร่วมดำเนินการตามมาตรการที่กำหนดตลอดจนร่วมติดตามประเมินผล ทั้ง 6 มาตรการส่งผลให้สามารถควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรัตน์ ตันศิริ[8] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตระหนักรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 99 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมากและระดับปานกลาง ร้อยละ 49.80 มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 98.10 สำหรับผลการสำรวจดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายของที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ที่มีลูกน้ำยุงลายภายในสถานที่พักอาศัย อาศัยคิดเป็นค่า House Index (HI) เท่ากับ 64.73 และมีภาชนะกักเก็บน้ำที่พบลูกน้ำยุงลายคิดเป็นค่า Container Index (CI) เท่ากับ 50.00 กระบวนการและกลยุทธ์ในการพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 1) องค์ประกอบด้านแผนงานและกลยุทธ์ 2) องค์ประกอบด้านการค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยง 3) องค์ประกอบการเสริมสร้างสมรรถนะของบุคคล และการพัฒนาระบบการจัดการปัญหาของชุมชน 4) องค์ประกอบการมีส่วนร่วมของภาครัฐและชุมชน 5) การดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน โดยกิจกรรมที่ใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีส่วนร่วมประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง ด้านบุคคล และชุมชน 2) การจัดเวทีให้ความรู้ 3) การรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน 4) การพัฒนานวัตกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก 5)การสร้างระบบการสื่อสารและ 6) การสร้างระบบการติดตามประเมินผลและการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประเมินจากดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย ความตระหนักรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และความพึงพอใจในรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายลดลง นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตระหนัก รู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในระดับมาก ร้อยละ 99.50 และมีความพึงพอใจในรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน อยู่ในระดับมากร้อยละ 99.00

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ไปใช้การดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนที่มีบริบทคล้ายกัน

1.2 ควรประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชน แก้ไขภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เช่น ปัญหาระบบคลองระบายน้ำที่มีนำขัง ประสานความร่วมมือจากชุมชนและภาคีเครือข่าย

1.3 ควรนำผลการวิจัยมาประกอบการพิจารณาปรับกลยุทธ์ในการดำเนินงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึงประชาชน ทุกกลุ่มมากขึ้น เช่น การจัดรณรงค์โดยเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบเชิงทดลอง โดยการใช้กระบวนการ F.S.C. (Future Search Conference) หรือการสร้างอนาคตร่วมกัน ซึ่งเป็นเทคนิคการทำความเข้าใจอดีตปัจจุบันและเชื่อมโยงสู่อนาคต ร่วมกันสร้างวิสัยทัศน์ของอนาคต และจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับ เพื่อเสริมสร้างการมี ส่วนร่วมของชุมชน

2.2 ควรมีการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อ

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

2.3 ควรมีการศึกษานโยบายสาธารณะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. (2558). คู่มือวิชาการโรคติดเชื้อเดงกีและโรคไข้เลือดออกเดงกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ ดีไซน์.
2. กรมควบคุมโรค. (2558). แนวทางดำเนินงานเพื่อเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อนำ โดยแมลง.
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. (2565). สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี 256๗. (ออนไลน์). เข้าถึงเมื่อ 16 กรกฎาคม 2565 จาก https://odpc10.ddc.moph.go.th
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเยีย (2567). รายงานผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเยีย
5. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria: Deakin University.
6. องอาจ นัยพัฒน์. (2548). วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. กรุงเทพ ฯ : สามลดา.
7. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555.
8. สุรัตน์ ตันศิริ. (2562). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
9. มาธุพร พลพงษ์ และคณะ. (2560). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต.โคกสัก อ.บางแก้ว จ.พัทลุง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4 (ฉบับพิเศษ), 243-259.

การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตในชุมชน โดยการดูแลแบบประคับประคอง : กรณีศึกษา 2 ราย

Palliative Nursing Care for Patients with End-Stage Chronic Kidney Disease Who Decline Renal Replacement Therapy in a Community Setting: A Comparative Case Study of Two Patients.

(Received: August 23,2025 ; Revised: August 27,2025 ; Accepted: August 29,2025)

อภิรดี เวียงแก้ว[1]
Apiradee Wiangkaew[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ศึกษาในผู้ป่วย 2 ราย ที่อาศัยในพื้นที่เขตอำเภอพระยืนและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระยืน โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ใช้แบบประเมิน และวิเคราะห์ข้อมูลจากการเปรียบเทียบตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผน ของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมและแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผลการศึกษาพบว่า จากการศึกษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 2 ราย พบว่า รายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 68 ปี เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมา 20 ปี มี ไขมันในเลือดสูง,CKD Stage 5,Anaemia มีพฤติกรรมช่วงแรกของการตรวจพบคือรักษาเองที่คลินิก รับประทนอาหารพื้นบ้านทั่วไปไม่ได้ควบคุมอาหาร รับประทานรสหวานตลอด ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ หลังตรวจพบมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้ป่วยจึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้ใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมและการรักษาแบบประคับประคอง มาใช้ในการจัดการปัญหาทางคลินิกและช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนรายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 68 ปี เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มา 25 ปี มีภาวะไขมันในเลือดสูง, CKD Stage 5 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสจัด รับประทานข้าวเหนียวตลอด ไม่ควบคุมอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ควบคุมไม่ได้ตลอด ทำให้มีผลต่อระดับไตเรื้อรัง ได้ปรับเป็นยาฉีด ผู้ศึกษาได้ใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมและการรักษาแบบประคับประคอง มาใช้ในการจัดการปัญหาทางคลินิกและช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

คำสำคัญ: การพยาบาล, การพยาบาลแบบประคับประคอง, ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ABSTRACT

This study was 2 cases study aimed to compare the application of the nursing process and palliative care in patients with end-stage chronic kidney disease (CKD) who declined renal replacement therapy. Two patients residing in Phra Yuen District and receiving care at Phra Yuen Hospital were studied. Data were collected from medical records, patient and family interviews, and assessment tools. Health status was analyzed and compared using Gordon's 11 Functional Health Patterns. Nursing care planning was based on a holistic nursing process and palliative care guidelines.

Results: Case 1: A 68-year-old Thai female with a 20-year history of diabetes mellitus and hypertension, hyperlipidemia, CKD stage 5, and anemia. Initially, she sought treatment at a private clinic, consumed a regular local diet without restrictions, preferred sweet flavors, and exercised irregularly. Upon detection of high blood sugar by primary care staff, she was referred to the hospital. Holistic nursing and palliative care were implemented to address clinical

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น E-mail;bubble.blue.joy@gmail.com

issues and support lifestyle modification. Case 2: A 68-year-old Thai female with a 25-year history of diabetes mellitus and hypertension, hyperlipidemia, and CKD stage 5. She consumed strongly flavored foods, sticky rice daily, and did not follow dietary restrictions. Her blood sugar remained poorly controlled, impacting kidney function, and insulin therapy was initiated. Holistic nursing and palliative care were provided to manage clinical problems and encourage behavioral changes.

Keyword: Nursing, Palliative Nursing, End-Stage Chronic Kidney Disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งของโลกและของประเทศไทยที่มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปีสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในประเทศไทยปัจจุบัน พบผู้ป่วยสะสมถึงร้อยละ 17.60ของประชากร หรือประมาณ8ล้านคน โดยเพิ่มขึ้นปีละ 7,800 คน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงภาครัฐที่ต้องลงทุนปีละกว่าหมื่นล้านบาท เพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561) ในปี 2565 ทั่วโลก 1 ใน 10 ของประชากรมีการทำงาน ของไตผิดปกติ 1 ล้านคน เสียชีวิตจากไม่ได้รับการรักษาโรคไตเรื้อรัง สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ของโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นับเป็นปัญหาสาธารณสุขและมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุขในปี 2565 พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 420,212 ราย ระยะที่ 4 จำนวน 420,212 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 62,386 ราย[1]

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกรวมถึงประเทศไทย ภาวะไตเรื้อรังมักมีการดำเนินโรคไปสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease, ESRD) ที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนทนไตหรือการปลูกถ่ายไต และยังเป็นปัจจัยเสียงสำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้สูญเสียสุขภาวะ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ประกอบกับสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยในปัจจุบันมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อประเทศไทยในอนาคตเพราะต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งมีราคาสูงโดยเฉพาะในระยะที่เข้าสู่การบำบัดทดแทนไต การให้เกิดโรคไตเรื้อรัง และชะลอความเสื่อมของไต ในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีความเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จึงเป็นเรื่องที่สำคัญโดยเฉพาะการค้นหาคัดกรอง เพื่อการเฝ้าระวัง รวมถึงการติดตามดูแลให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกิน อาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างเหมาะสม ตั้งแต่การดูแลตนเองที่บ้านกระตุ้นให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและดูแลผู้อื่น จนทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคไตรังมีจำนวนลดลงได้ในอนาคต[2]

โรงพยาบาลพระยืนมีอัตราผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี 2565 มีผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย70 ราย ในปี 2566 มีผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย 72 ราย ในปี 2567 เรื้อรังระยะสุดท้าย 80 ราย มีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 60 ที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในพื้นที่ อำเภอพระยืนและผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากปัจจัยเสี่ยง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของประชาชน ผู้ป่วยในระยะนี้มักต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทาง

ช่องท้อง เพื่อยืดอายุและคงคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายเลือก ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ด้วยเหตุผลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ หรือความเชื่อส่วนบุคคล ทำให้การดูแลมุ่งเน้นไปที่การบรรเทาอาการ รักษาคุณภาพชีวิต และเตรียมความพร้อมต่อการเสียชีวิตอย่างสงบ ซึ่งแนวทางการพยาบาลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นวิธีที่ตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าว โดยให้ความสำคัญทั้งมิติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในบริบทของ ชุมชน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยังมีความท้าทาย ทั้งด้านทรัพยากร บุคลากร การสนับสนุนจากครอบครัว และการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ จึงมีความจำเป็นต้องศึกษากรณีตัวอย่างของผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้เข้าใจปัญหา ความต้องการ และวิธีการดูแลที่เหมาะสม[3]

การศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย นี้จะช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแล ผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทชุมชนไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต มีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอพระยืน จำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลในชุมชนและการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ในความดูแลและศึกษา 8 เมษายน 2568 – 30 กันยายน 2568 รวมระยะเวลา 176 วัน

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในความดูแลและศึกษา 24 เมษายน 2568 – 30 กันยายน 2568 รวมระยะเวลา 160 วัน

วิธีดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนและเรื่องที่มีความน่าสนใจ

2. เลือกกรณีศึกษา 2 ราย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในพื้นที่ชุมชนอำเภอพระยืนที่ปฏิเสธการบำบัดรักษาทดแทนไต

3. ขออนุมัติหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย

4. ศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คำจำกัดความโรคเรื้อรังไตวาย การทำงานของไต การประเมินผู้ป่วยไตวายรื้อรัง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การพยาบาล และการบำบัดรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

5. ดำเนินการศึกษา โดยการประเมินปัญหาและความต้องการ โดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ในการประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลและปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยใช้การจัดการรายกรณี

6. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้า

ร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา รายที่ 1 หญิงไทย อายุ 68 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

อาการสำคัญ : มารับยาเบาหวานและความดันโลหิตสูงและตรวจเลือดประจำปี ตามนัด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 21 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเพลีย ปัสสาวะบ่อย ทำการคัดกรองเบาหวานกับ อสม.ประจำหมู่บ้าน ตรวจพบน้ำตาลสูงมากกว่า 500 mg% ผู้ป่วยไปรักษาเองที่คลินิก รับยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ควบคุมอาหาร แต่ออกกำลังกายเป็นประจำ

20 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดฟัน ไปทำฟันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดพบมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และได้ส่งตัวมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

1 ปีก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มาตรวจที่โรงพยาบาลพบว่ามีไตเรื้อรังระยะที่ 4 และมีภาวะโลหิตจางร่วมด้วยได้นอนโรงพยาบาลให้เลือด

8 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มารับยาเบาหวานและความดันโลหิตสูง และตรวจเลือดประจำปี ตามนัด ผลเลือดตรวจพบไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล เหนื่อยเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

การตรวจร่างกาย : GA : A 68-year-old female,Good consciousness thin, pale Skin: no jaundice, no pitting edema HEENT: head normocephalic, Eyes : Pale palpebral conjunctiva , no eyelid swelling, Ears : Clear, no redness, swelling, or discharge, Nose : External nose normal with no deformity, no Discharge , Neck: No masses or lymphadenopathy, Thyroid not enlarged or tender Pharynx: Pink and moist. Tonsils not enlarged or with exudates, Lung Clear

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : วันที่ 8 เมษายน 2568 FBS 142 mg% , BUN 60.4 mg/dl, Cr 3.76mg/dl , eGFR 11.78 ,HCT 18.9v% , Hemoglobin 6.1g/dl

การวินิจฉัย : DM type 2 with Hypertention with CKD state 5 with Anaemia in chronic kidney disease

การรักษาที่ได้รับ : Sodamint (300) 2×3 po pc , Simvas(20) 1×1 po hs, Hydralazine(25) 2×4 po pc , Folic(5) 1×1 po pc, Ferrous fumarate 1×3 po pc, Doxa(2) 1×3 po pc, Amlodipine(10) 1×1 po pc

กรณีศึกษา รายที่ 2 หญิงไทย อายุ 68 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพสมรส หม้าย อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

อาการสำคัญ : มารับยาเบาหวานตามนัด เป็นยาฉีด ไม่ขาดยา มีอาการเหนื่อยง่าย

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 25 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเพลีย ไปตรวจที่โรงพยาบาลพบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาโดยการกินยาเบาหวานครึ่งเม็ด ยาความดันโลหิตสูง 1 เม็ด รับยาสม่ำเสมอไม่ขาดยา ไม่ควบคุมอาหาร ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง

10 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี มีไตวายเรื้อรังระดับ 3 แพทย์เปลี่ยนจากยากินเป็นยาฉีด

1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการบวมตามร่างกาย เหนื่อยง่าย ปัสสาวะออกน้อย มารับยาที่คลินิกเบาหวานตามนัด ผลตรวจเลือดพบไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต

4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มารับยาเบาหวานตามนัด ไม่ขาดยา มีอาการเหนื่อยง่าย บวมตามร่างกาย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ผ่าตัด ORIF แขนซ้าย ปฏิเสธแพ้ยาและอาหาร

การตรวจร่างกาย : GA : A 68-year-old female,Good consciousness ,Mild pale ,Skin : no jaundice, pitting edema +1 HEENT: head normocephalic, Eyes :Mild Pale palpebral conjunctiva , no eyelid swelling, Ears : Clear, no redness, swelling, or discharge, Nose : External nose normal with no deformity, no Discharge , Neck: No masses or lymphadenopathy, Thyroid not enlarged or tender Pharynx: Pink and moist. Tonsils not enlarged or with exudates, Lung Clear

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : วันที่ 24 เมษายน 2568 FBS 133 mg% , HbA1C 6.3, BUN 58.5 mg/dl, Cr 5.27 mg/dl , eGFR 7.83 ,HCT 29.9v% , Hemoglobin 9.3g/dl

การวินิจฉัย : DM type 2 with Hypertention with CKD state 5 with Hypercholesterolaemia

การรักษาที่ได้รับ : Mixtard 76-0-๒๖ sc ac , Sodamint (300) 2×2 po pc, Simvas (20) 0.5×1 po hs Hydralazine (25) 2×4 po pc, Furosemide (40) 2×1 po pc, Folic (5) 1×1 po pc, Manidipine (20) 1×1 po pc , Calcium (1gm) 1×1 po pc, ASA (81) 1×1 po pc, Doxa (2) 1×3 po pc

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเพลีย เบื่ออาหาร และจำกัดการบริโภคอาหารตามคำแนะนำโรคไต **ข้อมูลสนับสนุน :** ผู้ป่วยบอกว่า เบื่ออาหาร รับประทานได้น้อย ท่าทางอ่อนเพลีย น้ำหนัก 42 กิโลกรัม **เป้าหมายการพยาบาล :** ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เพียงพอตามความต้องการร่างกาย น้ำหนักตัวและ BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย คุณภาพชีวิตดีขึ้น **กิจกรรมการพยาบาลในชุมชน** 1.ประเมินภาวะโภชนาการ สังเกตน้ำหนักตัวและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอ สอบถามประวัติการกินอาหาร รายละเอียดปัญหาเกี่ยวกับการรับประทาน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร 2.ให้คำแนะนำทางโภชนาการแบบเหมาะสม ปรับเมนูอาหารให้เหมาะสมกับภาวะไตวาย เช่น จำกัดโปรตีน เกลือ และน้ำ ตามคำแนะนำแพทย์ เน้นอาหารที่ย่อยง่าย รสชาติอ่อนๆ รสไม่จัด เช่น	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1** เสี่ยงต่อภาวะความไม่สมดุลของของเหลวในร่างกาย จากการทำงานของไตที่ลดลง ทำให้เกิดการคั่งของของเหลวในร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน :** ผล Lab BUN 58.5 mg/dl, Cr 5.27 mg/dl , eGFR 7.83 , ตรวจร่างกาย pitting edema +1 , มียาขับปัสสาวะ Furosemide (40) 2×1 po pc **เป้าหมายการพยาบาล :** ผู้ป่วยสามารถควบคุมปริมาณน้ำและอาหารเค็มได้ตามคำแนะนำ น้ำหนักไม่เพิ่มเกิน 0.5–1 กก./สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำคั่งรุนแรง และคุณภาพชีวิตดีขึ้น **กิจกรรมการพยาบาลในชุมชน :** 1. ประเมินพฤติกรรมในเรื่อง การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย อารมณ์ การจัดการกับความเครียด โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่า ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารพื้นบ้านรสหวาน กินข้าวเหนียวเป็นหลัก และไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แต่ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ไม่ดีระดับปานกลาง และเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยมีการเสื่อมการทำงานของไต ระดับ 5

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้าวต้ม ปลา อกไก่ต้ม ผักนึ่งช่วยลดอาการคลื่นไส้แนะนำให้รับประทานอาหารมื้อเล็ก ๆ แต่บ่อยครั้ง 3.ดูแลและจัดการอาการเบื่ออาหาร แนะนำให้รับประทานอาหารในสภาพแวดล้อมที่ดี สะอาด มีอากาศถ่ายเท ช่วยเตรียมน้ำดื่มหรือของว่างที่เหมาะสม เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร 4.ส่งเสริมและสนับสนุนจิตใจและสังคม สร้างความเชื่อมั่นและให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความรู้สึกและความต้องการ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและความกังวลเกี่ยวกับการกิน สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดเตรียมอาหารที่ผู้ป่วยชอบแต่ยังเหมาะสมกับโรค จัดกิจกรรมสร้างกำลังใจ เช่น พูดคุย เยี่ยมเยียน 5.ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ติดต่อนักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ หรือแพทย์ในชุมชนเพื่อให้คำปรึกษาเพิ่มเติม ปรึกษานักโภชนาการเพื่อจัดเมนูอาหารที่เหมาะกับผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายที่ไม่ฟอกไต ให้ความรู้และอบรมแก่ครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการโภชนาการในภาวะโรคไต 6.ติดตามผลการดูแลอย่างสม่ำเสมอ เยี่ยมบ้านและประเมินอาการ ติดตามการรับประทานอาหารและน้ำหนักตัว ปรับแผนการดูแลตามสภาพผู้ป่วยและความต้องการที่เปลี่ยนแปลง **ประเมินผลการพยาบาล :** 1.ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 50–75% ของปริมาณที่แนะนำ 2.น้ำหนักคงที่หรือเพิ่มขึ้น 3.ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอธิบายหลักการรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้ถูกต้อง	2. ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง ในเรื่องของการใช้ยาและการรับประทานอาหารพบว่า ผู้ป่วยไม่เคยใช้ยาสมุนไพร เคยซื้อยากินเอง สำหรับการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารรสหวาน รับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก 3. ค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการสอบถามผู้ป่วย เรื่องภาวะแทรกซ้อนทางไต และให้ข้อมูลการปฏิบัติตัว การปรุงอาหาร การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะกับโรค การออกกำลังกาย การใช้ยา แก่ผู้ป่วยและบุตรสาว 4. สะท้อนข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจการทำงานของไต การประเมินการกรองของไตให้ผู้ป่วยทราบ ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการรักษาและการเลือกอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 5. การประเมิน (Assessment) ชั่งน้ำหนักตัวทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน (สังเกตน้ำหนักเพิ่มอย่างรวดเร็ว ≥ 1–2 กก./สัปดาห์ อาจบ่งถึงการคั่งของของเหลว) ประเมินอาการบวม (หน้า, มือ, เท้า, ขา, รอบตา) ฟังเสียงปอดเพื่อตรวจหาภาวะน้ำคั่งในปอด (crepitation สอบถามอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก โดยเฉพาะเมื่อนอนราบ ติดตามค่าความดันโลหิต ชีพจร และปริมาณปัสสาวะ 6. การจัดการของเหลว (Fluid Management) แนะนำการจำกัดปริมาณน้ำดื่ม (รวมทั้งน้ำจากอาหาร เช่น ซุป น้ำแข็ง ผลไม้ที่มีน้ำเยอะ) ตามคำสั่งแพทย์ ให้ผู้ป่วยจดบันทึกปริมาณน้ำที่ดื่มและปัสสาวะออกในแต่ละวัน แนะนำการจิบน้ำบ่อย ๆ หรืออมก้อนน้ำแข็งเล็ก ๆ เพื่อบรรเทาความกระหาย (แต่ไม่เกินปริมาณที่กำหนด) หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม/โซเดียมสูง เช่น ของหมักดอง อาหารแปรรูป เพราะโซเดียมทำให้ร่างกายคั่งน้ำมากขึ้น 7. การสนับสนุนด้านจิตใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ให้ครอบครัวช่วยติดตามปริมาณน้ำและอาหารของผู้ป่วย อธิบายเหตุผลของการจำกัดน้ำให้เข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือ ให้กำลังใจและพูดคุยเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลจากการถูกจำกัดน้ำและอาหาร 8. การประสานงานสหวิชาชีพ ทำงานร่วมกับนักโภชนาการเพื่อวางแผนอาหารที่ช่วยลดการคั่งของน้ำและโซเดียม **ประเมินผลการพยาบาล :** 1.ผู้ป่วยควบคุมปริมาณน้ำและโซเดียมได้ถูกต้อง 2.น้ำหนักไม่เพิ่มเกิน 0.5–1 กก./สัปดาห์ 3.ไม่มีอาการบวม หายใจโล่ง ไม่มีเสียง crepitation ในปอด 4.ผู้ป่วยและครอบครัวอธิบายหลักการจำกัดน้ำและอาหารเค็มได้ถูกต้อง 5.ไม่มีภาวะน้ำคั่งรุนแรงที่ต้องส่งรักษาฉุกเฉิน
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะความไม่สมดุลของของเหลวในร่างกาย จากการทำงานของไตที่ลดลง ทำให้เกิดการคั่งของของเหลวในร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน :** ผล Lab BUN 60.4, Cr 3.76 ,eGFR 11.78	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2** เสี่ยงต่อภาวะโพแทสเซียมสูง (Hyperkalemia) เนื่องจากการขับโพแทสเซียมลดลงจากไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยสามารถควบคุมปริมาณน้ำและอาหารเค็มได้ตามคำแนะนำ น้ำหนักไม่เพิ่มเกิน 0.5–1 กก./สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำคั่งรุนแรง และคุณภาพชีวิตดีขึ้น **กิจกรรมการพยาบาลในชุมชน** 1. ประเมินพฤติกรรมในเรื่อง การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย อารมณ์ การจัดการกับความเครียด โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่า ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารพื้นบ้านรสหวาน กินข้าวเหนียวเป็นหลัก และไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แต่ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ไม่ดีระดับปานกลาง และเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยมีการเสื่อมการทำงานของไต ระดับ 5 2. ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง ในเรื่องของการใช้ยาและการรับประทานอาหารพบว่า ผู้ป่วยไม่เคยใช้ยาสมุนไพร เคยซื้อยากินเอง สำหรับการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารรสหวาน รับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก 3. ค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการสอบถามผู้ป่วยเรื่องภาวะแทรกซ้อนทางไต และให้ข้อมูลการปฏิบัติตัว การปรุงอาหาร การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะกับโรค การออกกำลังกาย การใช้ยา แก่ผู้ป่วยและบุตรสาว 4. สะท้อนข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจการทำงานของไต การประเมินการกรองของไตให้ผู้ป่วยทราบ ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการรักษาและการเลือกอาหารที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 5. การประเมิน (Assessment) ชั่งน้ำหนักตัวทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน (สังเกตน้ำหนักเพิ่มอย่างรวดเร็ว ≥ 1–2 กก./สัปดาห์ อาจบ่งถึงการคั่งของของเหลว) ประเมินอาการบวม (หน้า, มือ, เท้า, ขา, รอบตา) ฟังเสียงปอดเพื่อตรวจหาภาวะน้ำคั่งในปอด (crepitation สอบถามอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก โดยเฉพาะเมื่อนอนราบ ติดตามค่าความดันโลหิต ชีพจร และปริมาณปัสสาวะ 6. การจัดการของเหลว (Fluid Management) แนะนำการจำกัดปริมาณน้ำดื่ม (รวมทั้งน้ำจากอาหาร เช่น ซุป น้ำแข็ง ผลไม้ที่มีน้ำเยอะ) ตามคำสั่งแพทย์ ให้ผู้ป่วยจดบันทึกปริมาณน้ำที่ดื่มและปัสสาวะออกในแต่ละวัน แนะนำการจิบน้ำบ่อย ๆ หรืออมก้อนน้ำแข็งเล็ก ๆ เพื่อบรรเทาความกระหาย (แต่ไม่เกินปริมาณที่กำหนด) หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม/โซเดียมสูง เช่น ของหมักดอง อาหารแปรรูป เพราะโซเดียมทำให้ร่างกายคั่งน้ำมากขึ้น 7. การสนับสนุนด้านจิตใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ให้ครอบครัวช่วยติดตามปริมาณน้ำและอาหารของผู้ป่วย อธิบายเหตุผลของการจำกัดน้ำให้เข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือ ให้กำลังใจ	**ข้อมูลสนับสนุน :** ผลเลือด K 4.86 , ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต , ไม่ควบคุมอาหาร รับประทานรสจัด **เป้าหมายการพยาบาล :** ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ Hyperkalemia และภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ผู้ป่วยมีระดับโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (3.5–5.0 mEq/L) ไม่มีอาการหรือสัญญาณของ Hyperkalemia **กิจกรรมการพยาบาลในชุมชน :** 1.การประเมินสภาพผู้ป่วย ซักประวัติอาหารและเครื่องดื่มที่บริโภคในแต่ละวัน โดยเฉพาะอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง (กล้วย, ส้ม, มะเขือเทศ, น้ำมะพร้าว, ผักใบเขียวเข้ม) ประวัติการใช้ยาที่อาจทำให้โพแทสเซียมสูง เช่น ยาขับปัสสาวะกลุ่ม potassium-sparing, ACEIs, ARBs อาการผิดปกติ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือปลายเท้า ใจสั่น หัวใจเต้นช้า 2.ตรวจร่างกาย สัญญาณชีพ โดยเฉพาะชีพจรที่ช้า/ไม่สม่ำเสมอ อาการบวม น้ำหนักตัวเพิ่ม 3.ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว อธิบายอันตรายของภาวะโพแทสเซียมสูง เช่น หัวใจหยุดเต้น ให้คำแนะนำการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง และเลือกอาหารที่มีโพแทสเซียมต่ำ แจกตารางรายการอาหารที่ควรและไม่ควรรับประทาน 4.จัดสิ่งแวดล้อมและการสนับสนุนให้ผู้ป่วยบันทึกอาหารที่รับประทานและน้ำดื่มในแต่ละวัน ประสานงานกับนักโภชนาการเพื่อปรับเมนูอาหาร **ประเมินผลการพยาบาล** 1.ผู้ป่วยมีระดับโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2.ไม่มีอาการหรือสัญญาณที่บ่งบอกภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ 3.ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกและปฏิบัติการควบคุมอาหารเพื่อลดความเสี่ยงได้ถูกต้อง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
และพูดคุยเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลจากการถูกจำกัดน้ำและอาหาร 8. การประสานงานสหวิชาชีพ ทำงานร่วมกับนักโภชนาการเพื่อวางแผนอาหารที่ช่วยลดการคั่งของน้ำและโซเดียม **ประเมินผลการพยาบาล :** 1.ผู้ป่วยควบคุมปริมาณน้ำและโซเดียมได้ถูกต้อง 2.น้ำหนักไม่เพิ่มเกิน 0.5–1 กก./สัปดาห์ 3.ไม่มีอาการบวม หายใจโล่ง ไม่มีเสียง crepitation ในปอด 4.ผู้ป่วยและครอบครัวอธิบายหลักการจำกัดน้ำและอาหารเค็มได้ถูกต้อง 5.ไม่มีภาวะน้ำคั่งรุนแรงที่ต้องส่งรักษาฉุกเฉิน	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะซีดเนื่องจากการสร้างฮอร์โมนกระตุ้นเม็ดเลือดแดงลดลง จากการทำงานของไตที่เสื่อมถาวร **ข้อมูลสนับสนุน :** ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย เปลือกตาซีด , HCT 18.9V% , Hemoglobin 6.1g/dl **เป้าหมายการพยาบาล :** เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับฮีโมโกลบินอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ลดอาการซีด เหนื่อยอ่อนเพลีย และคงคุณภาพชีวิตที่ดี **กิจกรรมการพยาบาลในชุมชน :** 1.การประเมินสภาพ ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซีด เช่น ซีด เหนื่อยง่าย ใจสั่น หายใจหอบ ตรวจวัดสัญญาณชีพและ O_2 saturation ประเมินประวัติการรับประทานอาหารโดยเฉพาะธาตุเหล็ก โฟเลต วิตามิน B12 ประเมินผลแล็บ CBC, Hb, Hct สำรวจการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ (เช่น การฉีด Erythropoiesis-Stimulating Agent – ESA) 2.การวางแผนและให้ความรู้ อธิบายสาเหตุของภาวะซีดในโรคไตเรื้อรังแก่ผู้ป่วยและครอบครัวแนะนำการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง (เช่น เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ตับ ไข่แดง ผักใบเขียว) โดยพิจารณาข้อจำกัดด้านโพแทสเซียม/ฟอสเฟต แนะนำอาหารที่มีโฟเลตและวิตามิน B12 เช่น ผักสีเขียวเข้ม ธัญพืชไม่ขัดสี ปลา ไข่ ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตามนัดตรวจเลือด ให้ความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เพิ่มการเสียเลือด เช่น การใช้ยาต้านเกล็ดเลือดโดยไม่จำเป็น 3.ติดตามภาวะโภชนาการ ร่วมกับ อสม. และครอบครัว เพื่อประเมินการได้รับสารอาหารเพียงพอ ให้กำลังใจและสนับสนุนการมีกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น ออกกำลังกายเบา ๆ เพื่อเพิ่มสมรรถภาพ เฝ้าระวังการติดเชื้อ ซึ่งอาจซ้ำเติมภาวะซีด **ประเมินผลการพยาบาล :**	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3** มีความทนต่อกิจกรรมลดลง (Activity intolerance) เนื่องจากภาวะซีดและอ่อนเพลีย **ข้อมูลสนับสนุน :** ผู้ป่วยบ่นเหนื่อยง่าย แม้ทำกิจกรรมเล็กน้อย เช่น เดินในบ้าน หรืออาบน้ำเอง รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ต้องพักบ่อย ผิวหนังซีด เยื่อบุตาซีด ,HCT 29.9v% , Hemoglobin 9.3g/dl **เป้าหมายการพยาบาล :** เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้มากขึ้น โดยไม่มีอาการเหนื่อยหรือผิดปกติทางสัญญาณชีพเกินเกณฑ์ **กิจกรรมการพยาบาลในชุมชน :** 1.ประเมินสภาพร่างกายและข้อจำกัดของผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ระยะทางเดินได้ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ประเมินสิ่งแวดล้อมในบ้าน เช่น ความสะดวกในการเดิน การจัดวางของใช้ให้หยิบง่าย เพื่อลดการใช้พลังงาน ประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนบ้าน ประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแล 2.การวางแผนและจัดการดูแล (Care Planning) จัดตารางเยี่ยมบ้านตามความจำเป็น เช่น 1–2 สัปดาห์/ครั้ง จัดแผนการทำกิจกรรมประจำวันให้สอดคล้องกับพลังงานของผู้ป่วย ประสานงานกับ อสม. และ รพ.สต. เพื่อช่วยติดตามอาการและสนับสนุนการดูแล 3.ให้ความรู้และคำแนะนำ สอนเทคนิคการอนุรักษ์พลังงาน เช่น จัดกิจกรรมช่วงเช้า พักระหว่างทำงานบ้าน ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารเหมาะสมกับภาวะไตวายและซีด 4.ฝึกผู้ดูแล (Caregiver Training) สอนการสังเกตอาการเหนื่อยผิดปกติ หายใจเร็ว ใจสั่น หรือซีด มากขึ้น สอนการวัดชีพจรและสัญญาณชีพง่าย ๆ 5.สนับสนุนด้านจิตสังคม จัดกลุ่มผู้ป่วยโรคไตในชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจและคำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวล 6.ติดตามและประเมินผลต่อเนื่อง ใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร (Barthel ADL Index) บันทึกอาการและความเปลี่ยนแปลงทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน 7.การประสานงานและส่งต่อ ประสานแพทย์หรือหน่วยบริการใกล้บ้านเมื่อต้องการประเมินเพิ่มเติมหรือปรับยา ส่งต่อไปยังทีมสหสาขา เช่น นัก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1.ประเมินซ้ำระดับ Hb, อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย หลังให้การพยาบาล 4–8 สัปดาห์ 2.ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการซักถามหรือให้ผู้ป่วยอธิบายย้อนกลับ 3.ติดตามพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการปฏิบัติตามนัด	โภชนาการ นักกายภาพบำบัด ประสานองค์กรท้องถิ่นเพื่อขอสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือ (เช่น รถเข็น, เก้าอี้อาบน้ำ) **ประเมินผลการพยาบาล :** ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้มากขึ้นโดยไม่เหนื่อยเกินไป ผู้ป่วยรายงานว่ารู้สึกมีพลังและแรงมากขึ้น
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ขาดความรู้ในการจัดการโรคและการดูแลตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัวอาจขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการปรับตัวในชีวิตประจำวัน **ข้อมูลสนับสนุน :** ผู้ป่วยและครอบครัวบอกว่า "ไม่รู้ว่าควรดูแลตัวเองอย่างไร ไม่รู้ว่ากินอะไรได้บ้าง" ยังรับประทานอาหารรสหวานและข้าวเหนียวเป็นหลัก ไม่จำกัดการดื่มน้ำ ไม่ออกกำลังกาย **เป้าหมายการพยาบาล :** ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอธิบายหลักการดูแลแบบประคับประคองและการปรับตัวในชีวิตประจำวันได้ถูกต้อง ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลได้ต่อเนื่อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และคงคุณภาพชีวิต **กิจกรรมการพยาบาลในชุมชน :** 1.ประเมินความรู้และความเข้าใจเดิมของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคไตวายระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อทราบระดับความรู้และกำหนดแนวทางการให้ข้อมูลที่เหมาะสม 2.ให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อาการที่ต้องเฝ้าระวัง และหลักการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเพิ่มความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการดูแล 3.แนะนำการปรับพฤติกรรมการกิน การดื่มน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกายเบา ๆ ตามสภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัย 4.สาธิตการบันทึกอาการ น้ำหนัก ปริมาณน้ำและอาหารที่บริโภค พร้อมให้สมุดบันทึกเพื่อใช้ติดตามและประเมินผลการดูแล 5.จัดทำเอกสารคู่มือหรือแผ่นพับที่มีภาพและภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทบทวนได้ด้วยตนเอง 6.เปิดโอกาสให้ซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแล เพื่อสร้างความมั่นใจและลดความวิตกกังวล 7.ประสานทีมสหวิชาชีพ เช่น นักโภชนาการ หรือ อสม. เพื่อช่วยติดตามและเสริมความรู้ต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในชุมชน 8.ติดตามเยี่ยมบ้านประเมินความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลซ้ำ เพื่อปรับปรุงแผนการสอนและแก้ไขข้อผิดพลาด **ประเมินผลการพยาบาล :** 1.ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอธิบายวิธีการดูแลตนเองแบบประคับประคองได้ถูกต้อง	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4** วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการดำเนินชีวิตในอนาคต เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง **ข้อมูลสนับสนุน :** ผู้ป่วยบอกว่า “กังวลว่าตัวเองจะอยู่ได้อีกไม่นาน” สังเกตเห็นสีหน้าเคร่งเครียด ไม่ยิ้ม **เป้าหมายการพยาบาล :** 1.ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวลอย่างน้อย 2 วิธี และมีสีหน้าแสดงความผ่อนคลายขึ้น 2.ภายใน 1 เดือน ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการดำเนินโรคได้ และมีความวิตกกังวลลดลงตามการประเมิน (ใช้แบบประเมิน Anxiety scale) **กิจกรรมการพยาบาลในชุมชน :** 1.สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ โดยการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ใช้การรับฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) 2.ประเมินระดับความวิตกกังวลและปัจจัยกระตุ้น เช่น เรื่องสุขภาพ การเงิน ครอบครัว 3.ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค และแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและลดความกลัวที่เกิดจากความไม่รู้ 4.ฝึกเทคนิคผ่อนคลาย เช่น การหายใจช้าและลึก (Deep breathing) การนั่งสมาธิ การฟังเพลง 5.สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลตนเองและการตัดสินใจในวาระสุดท้าย (Advance care planning) 6.ประสานงานกับทีมสหสาขา (แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา อสม.) เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง 7.ส่งเสริมบทบาทครอบครัว ให้กำลังใจ รับฟัง และอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยในช่วงที่รู้สึกเครียด **ประเมินผลการพยาบาล :** 1.หลังทำกิจกรรม 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยรายงานว่าความวิตกกังวลลดลงและยิ้ม พูดคุยได้มากขึ้น 2.Anxiety scale score ลดลงจากครั้งแรก 3.ผู้ป่วยปฏิบัติวิธีการผ่อนคลายได้ด้วยตนเอง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
2.ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการดูแล เช่น จำกัดน้ำและเกลือได้ 3.มีการบันทึกน้ำหนัก อาการ และปริมาณน้ำ/อาหารอย่างต่อเนื่อง 4.ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลไม่ถูกต้องลดลง 5.ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามการประเมินของทีมสหวิชาชีพ	

จากการศึกษาผู้ป่วย 2 ราย เปรียบเทียบข้อมูลและปัญหาตามแบบแผนสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่พบปัญหาในแบบแผนสุขภาพที่ 3,8,9, และ 11 พบปัญหาในแบบแผนที่ 1, 2, 4, 5, 6,และ 10 ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่พบปัญหาในแบบแผนสุขภาพที่ 6, 9 และ 11 พบปัญหาในแบบแผนที่ 1, 2,3, 4, 5, 7,8 และ 10 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 พบปัญหาตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนจำนวน 7 แบบแผน และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 พบปัญหาตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนจำนวน 8 แบบแผน พบปัญหาที่เหมือนกัน 6 ข้อ ได้แก่ แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการจัดการสุขภาพ แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร
แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 5 การนอนหลับพักผ่อน แบบแผนที่ 7 การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์ และแบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยาวนานกว่า 21 ปี ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน และมีประวัติการควบคุมโรคไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและโลหิตจางขั้นรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ควบคู่กับการติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติมและคงคุณภาพชีวิต[4] การนำทฤษฎีการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) ร่วมกับความรู้และทักษะด้าน การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จะช่วยให้การดูแลมีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลดีต่อผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นระบบ ดังนี้ 1)แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ ทราบว่าป่วยแต่ขาดการควบคุมโรคต่อเนื่อง แนวทางการดูแลแบบประคับประคองให้ความรู้เรื่องโรค, การดูแลตนเอง, การวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) ผลที่เกิดขึ้นผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจโรคและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2)แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญ ผลการประเมินผู้ป่วยเบื่ออาหาร ภาวะซีด CKD stage 5 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองปรับอาหารโปรตีนต่ำ ฟอสเฟตต่ำ เพิ่มอาหารที่ทานง่าย, ให้ยาบำรุงเลือด ผลที่เกิดขึ้นลดภาวะอ่อนเพลีย คงสมดุลสารอาหาร 3)แบบแผนการขับถ่าย ปัสสาวะน้อยตามภาวะไตเสื่อม แนวทางการดูแลแบบประคับประคองเฝ้าระวังอาการคั่งของสารพิษ, แนะนำการจำกัดน้ำ ผลที่เกิดขึ้นลดภาวะบวมน้ำและอาการไม่สุขสบาย 4)แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย เหนื่อยง่าย ความทนต่อกิจกรรมลดลง แนวทางการดูแลแบบประคับประคองจัดกิจกรรมเบา ๆ เช่น เดินช้า, พักเพียงพอ ผลที่เกิดขึ้นลดความเหนื่อยและเพิ่มความแข็งแรงที่เหลืออยู่ 5)แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน นอนไม่หลับจากอาการเพลียและไม่สุขสบาย แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง จัดสิ่งแวดล้อมเงียบสงบ, ใช้เทคนิคผ่อนคลาย ผลที่เกิดขึ้น คุณภาพการ

นอนดีขึ้น ลดความอ่อนเพลีย 6)แบบแผนการรับรู้และความรู้สึก ไม่มีอาการทางระบบประสาท แต่ซีดมาก แนวทางการดูแลแบบประคับประคองให้คำแนะนำเกี่ยวกับสัญญาณเตือน, จัดการอาการเวียนศีรษะ ผลที่เกิดขึ้นป้องกันอุบัติเหตุและเพิ่มความปลอดภัย 7)แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ กังวลเรื่องภาระครอบครัว แนวทางการดูแลแบบประคับประคองสนับสนุนด้านจิตใจ, สร้างความรู้สึกมีคุณค่า ผลที่เกิดขึ้นลดความเครียดและซึมเศร้า 8)แบบแผนบทบาทและความสัมพันธ์ มีครอบครัวดูแลใกล้ชิด แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแล ผลที่เกิดขึ้นความสัมพันธ์ดีขึ้น ครอบครัวพร้อมรับมือ 9)แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ไม่มีข้อกังวลด้านนี้ 10)แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญความเครียด มีความกังวลต่อโรคและอนาคต แนวทางการดูแลแบบประคับประคองใช้เทคนิคผ่อนคลาย, ให้คำปรึกษา ผลที่เกิดขึ้นลดความวิตกกังวล เพิ่มความสงบ 11)แบบแผนคุณค่าและความเชื่อนับถือศาสนาพุทธ แนวทางการดูแลแบบประคับประคองสนับสนุนการปฏิบัติศาสนกิจ ผลที่เกิดขึ้นผู้ป่วยรู้สึกสงบและมีความหมายในช่วงสุดท้ายของชีวิต[5]

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยาวนานกว่า 25 ปี ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน และมีประวัติการควบคุมโรคไม่ต่อเนื่อง ไม่ควบคุมอาหาร ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และความดันโลหิตสูงตลอด ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และมีอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ควบคู่กับการติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติมและคงคุณภาพชีวิต การนำทฤษฎีการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) ร่วมกับความรู้และทักษะด้าน การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จะช่วยให้การดูแลมีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลดีต่อผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นระบบ ดังนี้ 1)แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ รับการรักษา DM, HT ต่อเนื่อง ไม่ขาดยา แต่ควบคุมอาหารไม่ดี ออกกำลังกายบางครั้ง ปฏิเสธฟอกไต แนวทางการพยาบาลแบบประคับประคอง ให้ข้อมูลโรค CKD ระยะสุดท้าย ผลของการไม่ฟอกไต และวิธีดูแลตนเอง เน้นการควบคุมอาการ การประเมินผลผู้ป่วยและครอบครัวอธิบายการดูแลตนเองได้ถูกต้อง และปฏิบัติได้ 2) แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญ DM type 2 ฉีดอินซูลิน Hb 9.3 g/dl ซีดเล็กน้อย บวม +1 ไม่ควบคุมอาหาร แนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองแนะนำอาหารลดเกลือ ลดโปรตีนเหมาะสม และควบคุมระดับน้ำตาล การประเมินผลผู้ป่วยมีบวมลดลง ระดับน้ำตาลคงที่ 3)แบบแผนการขับถ่าย ปัสสาวะน้อย eGFR 7.83 BUN, Cr สูง เฝ้าระวังภาวะคั่งน้ำ/ของเสีย แนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองลดเกลือและจำกัดน้ำ การประเมินผลบวมและอาการเหนื่อยไม่เพิ่มขึ้น น้ำหนักคงที่ 4) แบบแผนการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม เหนื่อยง่ายจากซีดและไตวาย ยังทำกิจวัตรได้ แนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองจัดกิจกรรมเบา พักเพียงพอ แนะนำท่าทางลดเหนื่อย การประเมินผลผู้ป่วยทำกิจวัตรได้โดยไม่เหนื่อยมาก 5)แบบแผนการนอนหลับและพักผ่อน เสี่ยงนอนหลับไม่สนิทจากเหนื่อย แนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองจัดสิ่งแวดล้อมสงบ ใช้ท่านอนช่วยหายใจ การประเมินผลผู้ป่วยรายงานว่านอนหลับดีขึ้น เหนื่อยน้อยลง 6)แบบแผนการรับรู้และการรับความรู้สึก รู้ตัวดี สื่อสารได้ ไม่มีปวดรุนแรง แนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองประเมินและบรรเทาอาการปวด/ไม่สุขสบาย การประเมินผลผู้ป่วยไม่มีอาการปวดรบกวน 7) แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ยอมรับข้อจำกัด ปฏิเสธฟอกไต เน้นคุณภาพชีวิต แนวทางการ

พยาบาลแบบประคับประคองเสริมกำลังใจ ให้มีส่วนร่วมในแผนการดูแล การประเมินผลผู้ป่วยมีท่าทีผ่อนคลายและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 8)แบบแผนบทบาทและความสัมพันธ์ หม้าย อยู่กับครอบครัว มีการดูแล แนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว การประเมินผลครอบครัวร่วมดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยต่อเนื่อง 9)แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ ไม่เกี่ยวข้องเนื่องจากอายุและสถานภาพ 10)แบบแผนการเผชิญปัญหาและการทนต่อความเครียด ยอมรับโรค มีความกังวลเรื่องสุขภาพ แนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองใช้การสื่อสารเชิงบวก รับฟัง ให้กำลังใจ การประเมินผลผู้ป่วยรายงานว่าความกังวลลดลง 11)แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ เชื่อว่าการประคับประคองเหมาะกับตน เน้นคุณภาพชีวิต แนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองเคารพการตัดสินใจ วางแผนร่วมกับครอบครัว การประเมินผลแผนการดูแลสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย[6]

ข้อเสนอแนะ

1.กำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วย Telenursing ออกแบบระบบการติดตามอาการผ่านโทรศัพท์ วิดีโอคอล หรือแอปพลิเคชัน จัดทำคู่มือ / แนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรและครอบครัวผู้ป่วยกำหนดความถี่และวิธีการติดตามอาการตามความรุนแรงของโรค

2.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบปฐมภูมิ จัดอบรมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพเรื่องการใช้ Telenursing การประเมินอาการทางไกล และการให้คำปรึกษา ส่งเสริมทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวผ่านสื่อออนไลน์

3.จัดเตรียมทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐาน จัดหาอุปกรณ์สื่อสาร เช่น สมาร์ตโฟน แท็บเล็ต อินเทอร์เน็ตความเร็วสูง จัดระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยให้ปลอดภัยและเป็นปัจจุบัน

4.บูรณาการการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายบริการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปประสานงานกับ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนเพื่อสนับสนุนการติดตาม

5.ติดตามและประเมินผลประเมินประสิทธิภาพของ Telenursing ต่อการลดภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารับบริการฉุกเฉินประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยครอบครัว และบุคลากร วิเคราะห์ความคุ้มค่าด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2560). *คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง (Clinical Practice Recommendation for Comprehensive Conservative Care in Chronic Kidney Disease 2017).* กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตฯ.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2566/2025). *คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาสนับสนุนและประคับประคองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. 2566 .*
3. โรงพยาบาลพระยืน. (2566). รายงานผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายปี 2565. โรงพยาบาลพระยืน.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์).*
5. Harris, D., et al. (2024). *Framework of guidelines for management of CKD in Asia.* Kidney International Reports, 9(1), 1–12. (Regional context incl. SE Asia).
6. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (ไม่กำหนดปี; เข้าถึงภายในปี 2025). *Palliative Performance Scale (PPS): วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย.*

การพัฒนารูปแบบการจัดการยาเฉพาะรายเพื่อลดปัญหายาหมดอายุ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Development of a Personalized Medication Management Model to Reduce Medication Expiry in Kalasin Provincial Hospital.

(Received: August 23,2025 ; Revised: August 27,2025 ; Accepted: August 29,2025)

ยุภาวดี พิมพโมทย์[1]
Yupawadee Pimpamote

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการยาเฉพาะรายเพื่อลดปัญหายาหมดอายุในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จำนวน 32 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาดำเนินการในเดือน มกราคม-เมษายน 2568

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.75 อายุ 31–40 ปี ร้อยละ 46.88 จบปริญญาตรี ร้อยละ 87.50 และทำงานมามากกว่า 11 ปี ร้อยละ 68.76 โดยปฏิบัติงานในห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน ร้อยละ 46.88 โดยมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายยา ร้อยละ 90.63 และการเฝ้าระวังยาหมดอายุ ร้อยละ 71.88 ภายหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเฉพาะรายระดับสูง (mean = 9.28, S.D.=0.73) ประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะรายระดับสูง (mean = 4.33, S.D.=0.38) ระดับการรับรู้ประโยชน์ (mean = 4.32, S.D.=0.42) การมีส่วนร่วม (mean = 3.87, S.D.=0.37) และความพึงพอใจ (mean = 4.28, S.D. = 0.38) และยังพบว่ารูปแบบที่พัฒนาช่วยลดมูลค่ายาหมดอายุและเพิ่มการหมุนเวียนยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์ประกอบที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการจัดการ ได้แก่ บทบาทของบุคลากรและระบบสารสนเทศสนับสนุน

คำสำคัญ: ยาเฉพาะราย, ยาหมดอายุ, การจัดการยา, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This study was action research aimed to develop a personalized medication management model to reduce medication expiry at Kalasin Provincial Hospital using an action research approach. Data were collected from 32 pharmaceutical personnel selected by purposive sampling and analyzed using descriptive statistics. The study was conducted from January to April 2025.

The results revealed that the majority of participants were female (93.75%), aged 31–40 years (46.88%), held a bachelor's degree (87.50%), and had over 11 years of work experience (68.76%). Most were responsible for inpatient dispensing (46.88%) and involved in medication dispensing (90.63%) and expiry surveillance (71.88%). Following the implementation of the developed model, participants exhibited high levels of knowledge (mean = 9.28, S.D. = 0.73), management performance (mean = 4.33, S.D. = 0.38), perceived benefits (mean = 4.32, S.D. = 0.42), participation (mean = 3.87, S.D. = 0.37), and satisfaction (mean = 4.28, S.D. = 0.38). The model effectively reduced medication expiration value and improved stock rotation. Key factors contributing to effective management included personnel roles and supportive information systems.

Keywords: personalized medication, drug expiry, medication management, action research

[1] เภสัชกร ชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลถือเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความมั่นคงของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันการสูญเสียทรัพยากรทางยาอันเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อมิติทางเศรษฐศาสตร์ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อม รายงานขององค์การอนามัยโลกชี้ให้เห็นว่า ปริมาณยาที่หมดอายุในระดับโลกมีมูลค่าสูงถึงหลายพันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี[1] นอกจากความสูญเสียทางเศรษฐกิจแล้ว การกำจัดยาหมดอายุอย่างไม่ถูกวิธียังส่งผลกระทบต่อแหล่งน้ำและสิ่งแวดล้อมในระยะยาว โดยปัญหายาหมดอายุในประเทศไทยได้รับการจัดให้เป็นประเด็นที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลภาครัฐซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรทั้งบุคลากร งบประมาณ และระบบสารสนเทศสนับสนุนงานคลังยา รายงานจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่าโรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากจากยาที่หมดอายุ ซึ่งไม่สามารถนำกลับมาใช้งานได้และยังมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการกำจัดตามมาตรฐานสิ่งแวดล้อม[2]

ยาเฉพาะรายที่ถูกสั่งจ่ายตามความจำเป็นเฉพาะบุคคลและส่วนใหญ่ไม่อยู่ในบัญชียาหลัก จึงมีแนวโน้มการหมดอายุสูงเนื่องจากปริมาณการใช้ไม่แน่นอน การหมุนเวียนต่ำ และขาดระบบติดตามแบบเรียลไทม์ แม้ว่ายาเฉพาะรายจะถูกยอมรับว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของการแพทย์แม่นยำ แต่ในทางปฏิบัติกลับพบข้อจำกัดหลายประการ อาทิ การไม่มีระบบสารสนเทศเฉพาะสำหรับการติดตามยา การขาดระบบแลกเปลี่ยนยาภายในเครือข่ายโรงพยาบาล และความยากลำบากในการประเมินความต้องการล่วงหน้า[3] การศึกษา วิจัยในอดีตแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการจัดการเวชภัณฑ์ ซึ่งสามารถลดปริมาณยาที่หมดอายุ เพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บ และลดเวลาทำงานของบุคลากรได้อย่างมีนัยสำคัญ[4] รวมทั้งเป็นเครื่องมือสำคัญในการตัดสินใจของผู้บริหารองค์กรสุขภาพ[5] นอกจากนี้ การพัฒนาระบบแจ้งเตือนยาหมดอายุในเครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าสามารถช่วยลดความสูญเสียจากการหมดอายุของยาได้อย่างมีนัยสำคัญ[6] และการนำโปรแกรม Google Application มาจัดการคลังยาย่อยช่วยลดเวลาบริหารยาและเพิ่มความแม่นยำในการติดตามยาใกล้หมดอายุได้อย่างเด่นชัด[7]

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการพัฒนารูปแบบเฉพาะที่ออกแบบมาสำหรับการจัดการยาเฉพาะรายในโรงพยาบาลระดับจังหวัดอย่างเป็นระบบ การศึกษาวิจัยนี้ จึงมีความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดการยาเฉพาะรายที่ตอบโจทย์บริบทของโรงพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน(8)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการยาเฉพาะรายเพื่อลดปัญหายาหมดอายุในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการหมดอายุของยาในบริบทของการจัดการยาเฉพาะราย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการยาเฉพาะรายที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
3. เพื่อประเมินผลของการนำรูปแบบการจัดการยาเฉพาะรายไปใช้ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการจัดการยาเฉพาะรายเพื่อลดปัญหายาเฉพาะรายหมดอายุในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม 2568 ถึงเดือน เมษายน 2568 รูปแบบการวิจัยนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก

1. **ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)**

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบการจัดการยาเฉพาะราย ที่เกิดปัญหายาเฉพาะรายหมดอายุที่ผ่านมา โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูล ที่ได้มาพัฒนาเป็นแผนปฏิบัติการ โดยใช้การสนทนาแบบมีส่วนร่วม โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการยาเฉพาะรายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ

1.2 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan)

2. ขั้นตอนที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติงาน (Action)

2.1 อบรมความรู้ การจัดการยาเฉพาะราย

2.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังยาเฉพาะรายใกล้หมดอายุ

2.3 จัดทำโปรแกรม stock ยาเฉพาะราย

3. ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกตผล (Observation)

3.1 ติดตามผลการดำเนินงานด้านสมรรถนะการจัดการยาเฉพาะราย

3.2 ติดตามผลการดำเนินงานด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการยาเฉพาะราย

3.3 ติดตามผลการดำเนินงานด้านความพึงพอใจในระบบการจัดการยาเฉพาะราย

4. ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

4.1 ใช้ผลการประเมินจากการสังเกตในขั้นตอนที่ 3 สรุปผลการดำเนินงาน

4.2 ประชุมทีมเพื่อสรุปบทเรียนและเพื่อปรับปรุงวิธีการดำเนินงานโดยผู้ที่เกี่ยวข้อง กับการจัดการยาเฉพาะราย นำปัญหา อุปสรรคและปัจจัยแห่งความสำเร็จมาสรุปเป็นแนวทางในการวางแผนสำหรับการปรับปรุงในรอบถัดไป

โดยศึกษาเกี่ยวกับ ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเฉพาะราย ประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะราย การรับรู้ประโยชน์ของรูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย และด้านมูลค่าการแลกเปลี่ยนยาใกล้หมดอายุ จำนวนและมูลค่ายาหมดอายุ หลังการพัฒนารูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลากรทางเภสัชกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการยาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้แก่ เภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมที่รับผิดชอบคลังเวชภัณฑ์ ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้จำนวนรวม 32 คน

เครื่องมือวิจัย การวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของบุคคลากรทางเภสัชกรรม 2) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเฉพาะราย 3) ประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะราย 4) ประโยชน์ของรูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย 5) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ และ 6) ความพึงพอใจเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย โดยได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และมีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และมีค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.83

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมผู้รับผิดชอบงานคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ แบบสอบถามดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจ ข้อมูลที่ให้จะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ไม่เปิดเผยชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลใด ๆ ทั้งสิ้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อตนเอง ทั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่รับรอง COA No. 011-2025 รหัสโครงการ KLSH REC No.008/2025 ลงวันที่ 11 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.75 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 46.88 เป็นเภสัชกร ร้อยละ 87.50 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 87.50 มีประสบการณ์การทำงาน 11-15 ปี และตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34.38 ปฏิบัติงานประจำห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน ร้อยละ 46.88 และห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ร้อยละ 40.63 มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายยา ร้อยละ 90.63 และการเฝ้าระวังยาหมดอายุ ร้อยละ 71.88 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับรูปแบบจัดการยาเฉพาะราย ร้อยละ 71.88
กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเฉพาะรายระดับสูง (mean=9.28, S.D.=0.73) ประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะรายระดับสูง (mean=4.33, S.D.=0.38) การรับรู้ประโยชน์ของรูปแบบการจัดการยาเฉพาะรายระดับสูง (mean= 4.32, S.D. = 0.42) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ระดับสูง (mean=3.87, S.D.=0.37) และความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการยาเฉพาะรายระดับสูง (mean=4.28, S.D.=0.38) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ ประสิทธิภาพ การรับรู้ประโยชน์ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย (n=32)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	max	min
ด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเฉพาะราย						
ต่ำ (0-5 คะแนน)	0	0.00	9.28	0.73	10.00	8.00
ปานกลาง (6-8 คะแนน)	5	15.63				
สูง (9-10 คะแนน)	27	84.38				
ด้านประสิทธิภาพการจัดการยาเฉพาะราย						
ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	0	0.00	4.33	0.38	5.00	3.60
ปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)	1	3.13				
สูง (3.67-5.00 คะแนน)	31	96.88				
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของรูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย						
ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	0	0.00	4.32	0.42	5.00	3.60
ปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)	1	3.13				
สูง (3.67-5.00 คะแนน)	31	96.88				
ด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์						
ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	0	0.00	3.87	0.37	4.70	3.20
ปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)	10	31.25				
สูง (3.67-5.00 คะแนน)	22	68.75				
ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย						
ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	0	0.00	4.28	0.38	4.38	4.00
ปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)	1	3.13				
สูง (3.67-5.00 คะแนน)	31	96.88				

ปีงบประมาณ 2567 ก่อนพัฒนารูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย (1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567) พบว่ามูลค่าการจัดซื้อยาเฉพาะรายเท่ากับ 3,635,720.01 บาท มีการแลกเปลี่ยนเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุกับผู้จำหน่ายจำนวน 12 รายการ มูลค่าเท่ากับ 199,844.97 บาท คิดเป็นมูลค่าแลกเปลี่ยนยา เท่ากับ 5.5 % พบยาหมดอายุ 7 รายการ มูลค่าสูญเสียยาหมดอายุ เท่ากับ 133,914.78 บาท

ปีงบประมาณ 2568 หลังพัฒนารูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย (1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 เมษายน 2567) พบว่ามูลค่าการ จัดซื้อยาเฉพาะรายเท่ากับ 1,203,260.27 บาท มีการแลกเปลี่ยนเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุกับผู้จำหน่ายจำนวน 9 รายการ มูลค่า 203,440.85 บาท คิดเป็นร้อยละ 16.91 พบยาหมดอายุ 0 รายการ คิดเป็นมูลค่าแลกเปลี่ยนยา เท่ากับ 16.91 % เพิ่มขึ้น 307.45 % เมื่อเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา (5.5%) ส่งผลให้อัตราการลดลงของยาหมดอายุในโรงพยาบาลอยู่ที่ร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย(PMM) ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีประสิทธิภาพในการลดปัญหายาหมดอายุในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้อย่างชัดเจน โดยอาศัยกระบวนการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผลตามแนวทางของ Kemmis และ McTaggart[14] ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในทุกขั้นตอน ผลที่ได้คือระบบการจัดการยาที่เหมาะสมกับบริบทจริงของโรงพยาบาล โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีแบบเรียลไทม์ในการติดตามยาเฉพาะราย ซึ่งสามารถลดความผิดพลาดและความสูญเสียจากยาหมดอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการหมดอายุของยา พบว่า ความล้มเหลวของระบบเดิมมีรากฐานจากการขาดระบบติดตามที่แม่นยำ การไม่มีระบบแจ้งเตือนวันหมดอายุของยา และการไม่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ห้องจ่ายยา งานคลังยา และแพทย์ผู้สั่งยา ลักษณะการทำงานแบบแยกส่วน (Fragmented Operations) เหล่านี้สะท้อนถึงจุดอ่อนในระบบเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด กษมา แก้วบำรุงและคณะ[8] พบว่า การไม่มีระบบควบคุมข้อมูลการเบิกจ่ายและประวัติการรักษาเป็นปัจจัยหลักของยาหมดอายุ นอกจากนี้ ธิดารัตน์ ว่องทวีเจริญพร[11] ยังเน้นย้ำว่า หน่วยบริการที่ไม่มีการปรับอัตราคงคลังตามข้อมูลการใช้จริง มักจะเผชิญปัญหายาเกินสต๊อกและหมดอายุ ซึ่งผลการศึกษาฉบับนี้ก็ชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ยังไม่มีระบบคาดการณ์การใช้ยาเฉพาะรายอย่างแม่นยำ ส่งผลให้เกิดการสะสมยาเกินความจำเป็น ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่า การจัดการยาเฉพาะรายต้องอาศัยระบบบริหารที่อิงข้อมูลจริงเชิงประจักษ์ ทั้งในด้านจำนวน ความต้องการใช้ยา และอายุการใช้งานของยาในคลัง

การพัฒนารูปแบบ PMM ที่มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาสนับสนุนการบริหารยา พบว่ามีความสอดคล้องกับงานของ วีรียา วรรลยางกูร และพีรยศ ภมรศิลปะธรรม[7] ที่ใช้โปรแกรม PMDSI-GA จัดการคลังยาย่อยในคลินิก HIV และสามารถลดมูลค่ายา ลดระยะเวลา และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยดังกล่าวยืนยันว่า การบูรณาการเทคโนโลยีกับระบบเวชภัณฑ์ สามารถเป็นแนวทางที่ใช้ได้จริงกับโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดเล็ก ซึ่งมักมีข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร ทั้งนี้ ผลการพัฒนารูปแบบ PMM ยังสอดคล้องกับงานของ มัตติกา ประพฤติดี[10] ที่เสนอแนวทางบริหารเวชภัณฑ์โดยใช้ระบบกำหนดขั้นต่ำ–ขั้นสูงสุด และการจัดหมวดหมู่ด้วยป้ายสี ช่วยลดยาหมดอายุได้ถึงร้อยละ 65.6

ในมิติด้านบุคลากร การมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นวางแผนจนถึงการสะท้อนผลของการดำเนินงาน ถือเป็นองค์ประกอบที่เสริมสร้างความยั่งยืนของระบบการจัดการ โดยสะท้อนตามหลักการของ

Action Research ที่เน้นการมีส่วนร่วมเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขององค์กรในระยะยาวตามแนวคิดของ Lewin[12] ที่กล่าวถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลง (Unfreeze–Change–Refreeze) เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างมั่นคง

ด้านมูลค่าการแลกเปลี่ยนยาใกล้หมดอายุและมูลค่ายาหมดอายุ ผลการวิจัยชี้ว่าหลังจากนำรูปแบบไปใช้ พบว่ามูลค่าการแลกเปลี่ยนเพิ่มขึ้น 307.45% และอัตราการยาหมดอายุเป็นศูนย์ในช่วงที่ศึกษา แสดงให้เห็นว่าระบบ PMM ไม่เพียงช่วยลดการสูญเสีย แต่ยังเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารยาแบบหมุนเวียนเข้าสู่ระบบอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลของ สวัสดิ์ มาลา[6] ที่พัฒนาระบบเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์ และพบว่าสามารถลดการสูญเสียได้กว่า 566% เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า

ยิ่งไปกว่านั้น แนวคิดของ Maslow's Hierarchy of Needs[9] ยังสามารถประยุกต์ใช้ในการอธิบายความสำเร็จของรูปแบบนี้ได้ โดยระบบ PMM ช่วยตอบสนองความต้องการด้านความปลอดภัย (Safety Needs) ด้วยการลดความเสี่ยงจากยาหมดอายุ และเสริมสร้างความภาคภูมิใจในบทบาทวิชาชีพของบุคลากร (Esteem Needs) ผ่านระบบที่ใช้งานง่ายและโปร่งใส ส่งผลให้บุคลากรมีแรงจูงใจและความผูกพันกับระบบที่ตนมีส่วนร่วมพัฒนา

นอกจากนี้ยังพบประเด็นที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการยาเฉพาะรายในระดับสูง อันเป็นผลมาจากการมีระบบความรู้ การเฝ้าระวัง และการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางที่องค์การอนามัยโลก[1] ได้เสนอแนะให้ประเทศต่าง ๆ กำหนดมาตรการควบคุมยาใกล้หมดอายุและจัดการของเสียทางการแพทย์อย่างยั่งยืน ทั้งนี้ งานวิจัยของ สวัสดิ์ มาลา[6] ได้ชี้ให้เห็นถึงความ สำเร็จของระบบแจ้งเตือนยาหมดอายุในระดับเครือข่ายโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่ว่าการบูรณาการเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ากับงานจัดการยาเฉพาะรายจะเพิ่มประสิทธิภาพและความแม่นยำได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษาของชนม์ชนกต์ ยงกุลวณิชนันท์[13] ที่พบว่า ระบบที่พัฒนาขึ้นผ่านการมีส่วนร่วมของบุคลากรและกระบวนการปฏิบัติการเชิงวนซ้ำ ส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนในการบริหารคลังเวชภัณฑ์ลดลง และความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 72.30

ในภาพรวมจึงสามารถสรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการยาเฉพาะราย (PMM) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการบริหารจัดการบนพื้นฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน มีศักยภาพในการลดปัญหายาหมดอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านปริมาณ มูลค่า และระบบการทำงาน ตลอดจนเพิ่มความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร ลดภาระงานบุคลากร และเสริมสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย อีกทั้งยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้อย่างเหมาะสม โดยถือเป็นแนวทางที่ช่วยยกระดับคุณภาพระบบเวชภัณฑ์ของประเทศในระยะยาวอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล และ รองศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล์ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ได้ให้คำแนะนำ องค์ความรู้ และการสนับสนุนทางวิชาการอย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัยนี้ ขอบคุณเภสัชกรตนุภัทร จำนงศรี โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ได้อำนวยความสะดวก ประสานงาน และให้ข้อมูลที่สำคัญอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณจากใจมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1.WORLD HEALTH ORGANIZATION.(2022). Global analysis of healthcare waste in the context of COVID-19: status, impacts and recommendations. World Health Organization, 2022.

2.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์ยาหมดอายุในโรงพยาบาลของรัฐ. กลุ่มงานเภสัชกรรม. 2565

3.LOPREATO, Joseph.(1970). General System Theory: Foundations, Development, Applications. 1970.

4.TOH, Ming Ren; CHEW, Lita.(2017). Turning waste medicines to cost savings: a pilot study on the feasibility of medication recycling as a solution to drug wastage. Palliative medicine, 2017.

5.KIEL, Joan M.; KIM, George R.; BALL, Marion J. (ed.).(2022). Healthcare information management systems: cases, strategies, and solutions. Springer Nature, 2022.

6.สวัสดิ์ มาลา.(2024). การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังเวชภัณฑ์ยาใกล้หมดอายุในเครือข่ายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 2024

7.วีรียา วรรลยางกูร และพีรยศ ภมรศิลปธรรม.(2566). การพัฒนาโปรแกรมบริหารจัดการคลังยาย่อยด้วยกูเกิลแอปพลิเคชัน: กรณีศึกษาในห้องยาย่อยคลินิกเอชไอวี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 2566.

8.กษมา แก้วบำรุง, วรินท์มาศ เกษทองมา และวุธิพงศ์ ภักดีกุล.(2021). วิเคราะห์การบริหารคลังเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. RDHSJ [อินเทอร์เน็ต]. 1 กันยายน 2021 [อ้างถึง 6 มิถุนายน 2025]; 14(2): 95-102.

9.Maslow AH.(1943). A theory of human motivation. Psychological review. 1943 Jul; 50(4): 370.

10. มัตติกา ประพฤติดี.(2021). การพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 2021.

11. ธิดารัตน์ ว่องทวีเจริญพร.(2023). การพัฒนาคลังยาของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. Journal of Health Science of Thailand, 2023.

12. LEWIN, Kurt.(1946). Action research and minority problems. Journal of social issues, 1946.

13.ชนม์ชนกต์ ยงกุลวณิชนันท์, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และวรพจน์ พรหมสัตยพรต.(2023). การพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 2023.

14. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988).The Action Research Planner. Geelong: Deakin University Press.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Effects of the self-efficacy promotion program on women's health promotion behavior. Pregnancy Vibhavadi Hospital Surat Thani Province.

(Received: August 3,2025 ; Revised: August 17,2025 ; Accepted: August 18,2025)

วิไลวรรณ ศรีภักดี[1]
Wilaiwan Sripakdee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ใช้แบบแผนการวิจัย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณ และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของหญิงตั้งครรภ์ 2) แบบสอบถาม จำนวน 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้การทดสอบค่าที แบบอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะตนเองหญิงตั้งครรภ์ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และ ดีกว่ากลุ่มควบคุม 2) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และ ดีกว่ากลุ่มควบคุม

คำสำคัญ การรับรู้สมรรถนะตนเอง, พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ, หญิงตั้งครรภ์

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of a self-efficacy enhancement program on health-promoting behaviors among pregnant women at Wipawadee Hospital, Surat Thani Province. A two-group design was employed, consisting of an experimental group and a control group, with data collected before and after the intervention. The participants were pregnant women attending antenatal care at the antenatal clinic of Wipawadee Hospital. The sample size was calculated and selected using simple random sampling, with 30 participants in each group, totaling 60. The research instruments comprised: (1) a self-efficacy enhancement program for pregnant women, and (2) a questionnaire divided into three parts: Part 1 – general information, Part 2 – self-efficacy perception questionnaire, and Part 3 – health-promoting behavior assessment for pregnant women. The study was conducted over 8 weeks. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics with an independent t-test.

The results revealed that: (1) after participating in the self-efficacy enhancement program, the experimental group showed higher self-efficacy perceptions than before the program and significantly higher than the control group; and (2) the experimental group also demonstrated better health-promoting behaviors than before the program and significantly better than the control group.

Keywords: Self-efficacy, Health-promoting behaviors, Pregnant women

[1] โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทนำ

การตั้งครรภ์เป็นภาวะปกติของสตรีวัยเจริญพันธุ์เป็นช่วงของการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ควรปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมในระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นการดูแลตนเองป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์[1] โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ทุกรายมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหรือโรคต่างๆในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การแท้ง ภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนด การคลอดยาก ตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น บางรายภาวะแทรกซ้อนอาจรุนแรงถึงขั้นทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เสียชีวิต[2]

จากสถิติพบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 229 ราย โดยแบ่งเป็นคนไทย 160 คน ต่างด้าว 69 คน อัตราเด็กเกิดน้ำหนักน้อยในหญิงฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 และ ปีงบประมาณ 2566 พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ จำนวน 203 ราย โดยแบ่งเป็น คนไทย 116 ราย ต่างด้าว 87 ราย อัตราเด็กเกิดน้ำหนักน้อยในหญิงฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.14[3] และปัจจุบันพบว่ามีหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงมากขึ้นและปัจจัยที่ส่งผลต่อทารก คือด้านสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์ สุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ ด้านพฤติกรรม สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย มาจากสุขภาพแม่ขณะตั้งครรภ์ เช่น การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ มีภาวะโลหิตจาง ภาวะโภชนาการไม่ดี มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่จัดหรือ ดื่มเหล้ามาก เป็นต้น หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวลงได้อย่างแน่นอน ทั้งนี้การไปฝากครรภ์และได้รับการตรวจครรภ์อย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสม เป็นสิ่งที่จำเป็น และควรต้องปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปด้วยดีจนกระทั่งคลอดและได้ทารกที่มีสุขภาพดี[4]

จากการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการดำเนินงานควรมีการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีขึ้น แต่การให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการให้คำแนะนำเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์มักจะละเลยต่อการปฏิบัติตัวหรือการใส่ใจดูแลตนเอง จึงทำให้ยากต่อการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษาและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นหลายเท่า ดังนั้นผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา มาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้สามารถดำรงบทบาทมารดาได้สำเร็จ การที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดำรงบทบาทมารดาสำเร็จได้นั้น สิ่งที่นำมาคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งสามารถส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ได้จาก 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูง และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์[5] โดยผู้วิจัยได้จัดให้มีกิจกรรม คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์และการฝากครรภ์คุณภาพ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และสามารถตอบสนองความต้องการของตัวเองได้ อย่างไรก็ตามการที่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์จะมีสุขภาพดีสมบูรณ์แข็งแรงขึ้นอยู่กับหญิงตั้งครรภ์

เป็นบุคคลสำคัญที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพช่วยเพิ่มศักยภาพของบุคคลและส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญที่จะช่วยลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะตนเองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะตนเองหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง

3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองก่อนและหลังการทดลอง

4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะตนเองหญิงตั้งครรภ์ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะตนเองหญิงตั้งครรภ์ดีกว่ากลุ่มควบคุม

3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

4. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research design) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pre-test Post-test Control Group Design) โดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองที่มารับบริการฝากครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[5] เพื่อใช้ในกิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ตามปกติใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยการเก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลอง

ประชากร ได้แก่ ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 137 คน[3]

กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาล

วิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณ และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างมีแบบแผนเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองด้วยการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยประยุกต์มาจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[5] ด้วยการใช้แหลงสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจาก 4 แหล่ง คือการใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยการให้กำลังใจ การใช้โทรศัพท์ติดตาม และกระตุ้นเตือนผ่าน Application Line ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน) บุคคลในครอบครัวที่ท่านอาศัยอยู่ด้วย จำนวนบุตรที่คลอดและมีชีวิตการตั้งครรภ์ครั้งที่ ความพร้อมในการมีบุตรในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ผู้แนะนำให้ท่านมารับการฝากครรภ์คุณภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากกรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[5] เพื่อประเมินระดับความ มั่นใจในความสามารถเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 30 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย และไม่มั่นใจเลย เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

มั่นใจมากที่สุด 5 คะแนน
มั่นใจมาก 4 คะแนน
มั่นใจปานกลาง 3 คะแนน
มั่นใจน้อย 2 คะแนน
ไม่มั่นใจเลย 1 คะแนน

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้ว จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาความถี่ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปรายผล คำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น [6]

การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์เบสท์[7] โดยการคิดคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะตนเอง อยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะตนเองอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting lifestyle profile) ของวอล์คเกอร์, ซีคริสต์และเพนเดอร์[8] ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์[9] ประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิต 6 ด้าน มีข้อคำถามรวม 42 ข้อ โดยมีข้อความที่มีความหมายในด้านบวกทั้งหมดดังนี้

1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

2) ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย

3) ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย

4) ด้านสมพันธภาพระหว่างบุคคล

5) ด้านการจัดการกับความเครียด

6) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยมากที่สุดหรือเป็นประจำ ปฏิบัติพฤติกรรมบ่อยมาก ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบางครั้ง ปฏิบัติ

พฤติกรรมนั้นน้อยหรือนานๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยมากที่สุดหรือเป็นประจำ 5 คะแนน

ปฏิบัติพฤติกรรมบ่อยมาก 4 คะแนน

ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบางครั้ง 3 คะแนน

ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อยหรือนานๆ ครั้ง 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 1 คะแนน

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาความถี่ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปรายผลคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น [6] การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์เบสท์[7] โดยการคิดคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเพื่อประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และทดสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ที่เรียกว่าค่าดัชนี IOC (Index of Item Objective Congruence) ในการศึกษาครั้งนี้ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบทดสอบที่ผ่านการตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน แล้วคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ คำนวณโดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน 1) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม โดยใช้การทดสอบค่าที แบบอิสระ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และ 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าที แบบอิสระ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จริยธรรมงานวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการ STPHO2025-55 ลงวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ.2568

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มี อายุอยู่ช่วงระหว่าง 18 - 25 ปี ร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 25.30 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 30.0 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 56.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.3 รายได้เฉลี่ย 6,000 -10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับสามี ร้อยละ 33.3 มีบุตรที่คลอดและมีชีวิต 1-2 คน ร้อยละ

76.7 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1-2 ร้อยละ 73.3 มีความพร้อมในการมีบุตรในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ร้อยละ 73.3 และผู้แนะนำให้มารับการฝากครรภ์คุณภาพ คือ สามี ร้อยละ 30.0

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อายุอยู่ช่วงระหว่าง 18 - 25 ปี ร้อยละ 56.7 อายุเฉลี่ย 24.70 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 36.7 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันร้อยละ 50.0ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.7 รายได้เฉลี่ย 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับอาศัยอยู่กับบิดา/มารดาสามี ร้อยละ 33.3 มีบุตรที่คลอดและมีชีวิต 1-2 คน ร้อยละ 70.0 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1-2 ร้อยละ 73.3 มีความพร้อมในการมีบุตรในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ร้อยละ 66.7 และผู้แนะนำให้มารับการฝากครรภ์คุณภาพ คือ สามี ร้อยละ 33.3

2) การรับรู้สมรรถนะตนเองของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1 การรับรู้สมรรถนะตนเองของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้สมรรถนะตนเอง โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.47 S.D.=.30) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน ก่อนการทดลอง พบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Mean = 4.08 S.D.=.94) รองลงมา ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Mean = 3.80 S.D.=.68) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยในลำดับสุดท้าย คือด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย (Mean = 3.15 S.D.=.43)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้สมรรถนะตนเอง โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (Mean = 4.07 S.D.=.69) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน หลังการทดลอง พบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Mean = 4.26 S.D.=.63) รองลงมา ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Mean = 4.21 S.D.=.55) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยในลำดับสุดท้าย คือด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย (Mean = 3.89 S.D.=.67)

2.2 การรับรู้สมรรถนะตนเองของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีระดับการรับรู้สมรรถนะตนเอง โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3. 52 S.D.=.67) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน ก่อนการทดลอง พบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Mean = 3.71 S.D.=.94) รองลงมา ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Mean = 3. 65 S.D.=.74) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยในลำดับสุดท้าย คือด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย (Mean = 3.05 S.D.=.64)

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีระดับการรับรู้สมรรถนะตนเอง โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง (Mean = 3.46 S.D.=.48) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน หลังการทดลอง พบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Mean = 3.73 S.D.=.52) รองลงมา ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Mean = 3.60 S.D.=.56) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยในลำดับสุดท้าย คือด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย (Mean = 3.13 S.D.=.55)

2.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองภายในกลุ่มทดลอง พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองภายในกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนและหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเอง ไม่แตกต่างกัน

2.4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเอง ไม่แตกต่างกัน

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

3) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.1 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.65 S.D.=.53) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน ก่อนการทดลอง พบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Mean = 4.15 S.D.=.63) รองลงมา ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Mean = 3.75 S.D.=.65) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยในลำดับสุดท้าย คือด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย (Mean = 3.41 S.D.=.95)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (Mean = 4.12 S.D.=.59) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน หลังการทดลอง พบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Mean = 4.33 S.D.=.67) รองลงมา ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Mean = 4.03 S.D.=.76) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยในลำดับสุดท้าย คือด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย (Mean = 3.51 S.D.=.69)

3.2 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองควบคุมมีระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.57 S.D.=.42) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน ก่อนการทดลอง พบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Mean = 4.31 S.D.=.43) รองลงมา ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Mean = 4.01 S.D.=.40) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยในลำดับสุดท้าย คือด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย (Mean = 3.13 S.D.=.48)

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.40 S.D.=.44) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน หลังการทดลอง พบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Mean = 4.16 S.D.=.56) รองลงมา ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Mean = 3.96 S.D.=.72) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยในลำดับสุดท้าย คือด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย (Mean = 3.23 S.D.=.66)

3.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพภายในกลุ่มทดลองพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพภายในกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนและหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3.4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีประเด็นน่าสนใจนำมาอภิปราย ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การเข้าร่วมโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะตนเอง ช่วยให้ผู้เข้าร่วมได้รับความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง ฝึกปฏิบัติจริง และสามารถสะท้อนตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนจากผู้วิจัยยังช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกมีสมรรถนะสูงขึ้นอีกด้วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของไชยา ท่าแดง และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์[10] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.543$, $p < .05$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมสมรรถนะตนเองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความเชื่อมั่นและความสามารถในการจัดการตนเองของผู้เข้าร่วม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ออกแบบเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะตนเอง ทำให้ผู้เข้าร่วมได้รับความรู้ ทักษะการจัดการตนเอง การฝึกปฏิบัติจริง และการสะท้อนตนเอง ส่งผลให้เกิดความมั่นใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วม

กิจกรรมดังกล่าว จึงมีคะแนนสมรรถนะตนเองต่ำกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของไชยา ท่าแดง และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์[10] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดรวมทั้งระดับน้ำตาลเกาะสะสมเม็ดเลือดแดงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แม้ว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ($t = -0.183$, $p = .855$) งานวิจัยชิ้นนี้ยังชี้ถึงข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปรกวน ดังนั้นการนำผลการศึกษาไปใช้ในบริบทอื่น ควรพิจารณาอย่างระมัดระวัง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การเข้าร่วมโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ออกแบบเพื่อส่งเสริมสมรรถนะตนเอง ทำให้ผู้เข้าร่วมได้รับความรู้ ทักษะ และแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ฝึกปฏิบัติจริง และสามารถสะท้อนตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสุมาลี ทองสวนส้ม และณัฐพัชร์ บัวบุญ[11] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่น พบว่า มารดาวัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจพร ศศิวัจน์ไพสิฐ และอาทิตยา ไชยศิลป์[12] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารรวมถึงหลังอาหาร 2 ชั่วโมงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ผลการศึกษาทั้งสองชิ้นชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมที่ส่งเสริมสมรรถนะตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ และสนับสนุนการใช้โปรแกรมดังกล่าวในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) เนื่องจากโปรแกรมที่ใช้ในกลุ่มทดลองได้ถูกออกแบบให้เสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้เข้าร่วมอย่างเป็นระบบ ผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การให้ข้อมูลเชิงวิชาการ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การฝึกปฏิบัติจริง และการให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุมาลี ทองสวนส้ม และ ณัฐพัชร์ บัวบุญ[11] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ผลการวิจัย: มารดาวัยรุ่นในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) และผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาก่อนและ

หลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจพร ศศิวัจน์ไพสิฐ และ อาทิตยา ไชยศิลป์[12] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนสมรรถนะแห่งตน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนสมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารและระดับน้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมงลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนสมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษามานำเสนอเพื่อใช้ให้เกิดประโยชน์ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผลการวิจัยที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง จึงควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการวิจัยในครั้งนี้ในกลุ่มทดลองในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามและศึกษาเปรียบเทียบความยั่งยืนของโปรแกรมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มารับบริการฝากครรภ์เช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์รายอื่น ๆ เพื่อให้มีการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของ ตนเองได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ชุติมา ปัญญาพินิจนุกูร, ณัฐธิดา สอนนาค.(2561). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561;38(2):95-109.
2. ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, คณะ.(2560). แบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(1):28-46.
3. คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี.(2567). สถิติหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2567. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลวิภาวดี; 2567.
4. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2565). คู่มือฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 16 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/th
5. Bandura A.(1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.

6. บุญชม ศรีสะอาด.(2556). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2556.
7. Best JW.(1977). Research in education. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
8. Walker SN, Volkan L, Sechrist KR, Pender NJ.(1988). Health lifestyle of older adults: Comparison with young and middle-aged adults, correlates and pattern. Adv Nurs Sci. 1988; 11:76-90.
9. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA.(2011). Health promotion in nursing practice. 6th ed. NJ: Pearson Education LTD; 2011.
10. ไชยา ท่าแดง, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์.(2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลเกาะสะสมเม็ดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2563;40(4):61-73.
11. สุมาลี ทองสวนส้ม, ณัฐพัชร์ บัวบุญ.(2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;15(3):1-12.
12. เบญจพร ศศิวัจน์ไพสิฐ, อาทิตยา ไชยศิลป์.(2566). ผลของโปรแกรมสนับสนุนสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัวสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. 2566.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Effects of the health literacy promotion program on self-care behavior and clinical outcomes of patients with type 2 diabetes at Vibhavadi Hospital. Surat Thani Province.

(Received: August 3,2025 ; Revised: August 19,2025 ; Accepted: August 23,2025)

ขวัญใจ ไกรสินธุ์[1]
KWANJAI KRAISIN[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 30 -59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) มากกว่าร้อยละ 7 ที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนทางไตและภาวะแทรกซ้อนทางตาที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 70 ตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) 2) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และ 3) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

คำสำคัญ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a health literacy enhancement program on self-care behaviors and clinical outcomes among patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) at Wipawadee Hospital, Surat Thani Province. The sample consisted of 70 T2DM patients, both male and female, aged 30-59 years, who were diagnosed by physicians as having uncontrolled diabetes with HbA1c levels greater than 7%, without complications such as stroke, coronary artery disease, nephropathy, or retinopathy, and receiving treatment at the chronic disease clinic of Wipawadee Hospital. Simple random sampling was employed. The research instrument was a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation) and inferential statistics (Paired t-test and Independent t-test).

The results revealed that: 1) After participating in the health literacy enhancement program, the experimental group had significantly higher diabetes knowledge than before the program and higher than the control group (p<.05)., 2) The experimental group demonstrated significantly better self-care behaviors than before the program and better than the control group (p<.05). and 3) The experimental group had significantly lower HbA1c levels compared to before the program and to the control group receiving routine nursing care (p<.05).

Keywords: health literacy, self-care behaviors, type 2 diabetes patients

[1] โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของทั้งโลกและประเทศไทย โดยมีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบได้มากที่สุด คิดเป็นกว่า 90% ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด[1] สาเหตุหลักเกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือหลั่งอินซูลินไม่เพียงพอ ส่งผลให้การเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันผิดปกติ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ[2] ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานนั้นสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ และเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย รวมถึงภาวะปลายประสาทเสื่อมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเรื้อรัง โดยเฉพาะที่เท้า ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานหรือกลับมารักษาซ้ำ เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ และเศรษฐกิจของประเทศ[3]

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยสูงถึง 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 643 ล้านคนในปี 2573 และ 783 ล้านคนในปี 2588 โดยภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะมีอัตราเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 68[1] สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราความชุกของโรคเบาหวานอยู่ที่ร้อยละ 9.5 ในปี 2563 และมีผู้ป่วยรายใหม่กว่า 300,000 คนต่อปี ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้สูงถึงประมาณ 200 รายต่อวัน[4] ทั้งนี้ ในจำนวนผู้ป่วยที่มีอยู่ พบว่ามีเพียงร้อยละ 35.6 ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา และยังมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ ส่งผลให้ความชุกของภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

การดูแลรักษาโรคเบาหวานมีเป้าหมายสำคัญ คือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และคงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย โดยตัวชี้วัดสำคัญตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ไม่เกินร้อยละ 7 โดยมีเป้าหมายให้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยสามารถควบคุมได้[5] การควบคุมดังกล่าวขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาตามแผนการรักษา และการจัดการความเครียด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของผู้ป่วย[6]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพตนเอง[7,8] ซึ่งผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ช่วยลดความเสี่ยงและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานบางกลุ่มยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด วิธีใช้ยาลดระดับน้ำตาล และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างต่ำ[9]

ปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยเฉพาะสมาร์ทโฟนและแอพพลิเคชัน ได้ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมผ่าน Application Line ที่เข้าถึงง่ายและคุ้นเคยสำหรับคนไทย จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมที่จะใช้ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ลดภาระของระบบสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว[10] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่าน Application Line ที่ออกแบบตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี อันจะเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาและยกระดับการดูแล

ผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2) เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

4) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

5) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

6) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

4) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

5) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

6) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1d) ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest and Posttest Design) โดยมีการดำเนินการวิจัยและรูปแบบกึ่งทดลอง ตามที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 8

สัปดาห์ เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มาตรวจรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยได้รับวิธีการรักษาด้วยการรับประทานยา โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) มากกว่าร้อยละ7 จำนวน 741 คน[11]

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 35 คน กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่เข้าโปรแกรมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย/เดือน ระเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (ปี) ค่าดัชนีมวลกาย ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ (Check List) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ใช่, ไม่ใช่ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวจำนวน 10 ข้อ โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงบวก

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

การแปลผลโดยแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[12] ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 4.00 คะแนน คือ มีความรู้ระดับน้อย

คะแนนระหว่าง 4.00 - 7.00 คะแนน คือ มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 7.00 คะแนน คือ มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายละเอียดของแบบสอบถามดังนี้ 1) ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 13 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านการรับประทานยา จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 4 ข้อเป็นลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ เป็นลักษณะคำถามปลายปิด จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้ประเมินตามระดับความถี่ในการปฏิบัติในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยจะนำคำตอบที่ได้มาจัดกลุ่มเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติบ่อยครั้ง (6- 7 ครั้ง/สัปดาห์) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) ปฏิบัตินานๆครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) และไม่เคยปฏิบัติเลย (0 ครั้ง/สัปดาห์) เกณฑ์การให้คะแนนข้อความ

4 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมบ่อยครั้งตรงกับข้อความนั้น 6- 7 ครั้งต่อสัปดาห์

3 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบางครั้งตรงกับ ข้อความนั้น 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

2 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นนานๆครั้งตรงกับข้อความนั้น 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นตรงกับข้อความนั้น

การแปลผลพิจารณาคะแนนระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายข้อจำแนกเป็น 4 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตาม เกณฑ์ของเบสท์[13] เกณฑ์การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์เบสท์[13] โดยการคิดคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมนั้น อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมนั้น อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมนั้น อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลักษณะคำตอบเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเพื่อประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และทดสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ที่เรียกว่าค่าดัชนี IOC (Index of Item Objective Congruence) ในการศึกษาครั้งนี้ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์ มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบทดสอบที่ผ่านการตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน แล้วคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบเก็บข้อมูล มาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ คำนวณโดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน 1) เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test และ 2) วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.60 อายุเฉลี่ย 51.37 ปี ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ร้อยละ 34.30 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 34.30 รายได้เฉลี่ยมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 51.40 ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานจากการเริ่มวินิจฉัยของแพทย์ เฉลี่ย 5.60 ปี ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.75 กก/ม^2.

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.90 อายุเฉลี่ย 51.62 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40.00 รายได้เฉลี่ยมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.70ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานจากการเริ่มวินิจฉัยของแพทย์ เฉลี่ย 5.25 ปี ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.43 กก/ม^2.

2) ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 6.60 S.D =1.75) และส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.40) รองลงมาระดับสูง (ร้อยละ 25.70) หลังการทดลองพบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยรวม อยู่ในระดับสูง (Mean= 7.71 S.D =1.90) และส่วนใหญ่ระดับคะแนนอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 57.10) รองลงมาระดับปานกลาง (ร้อยละ 34.30)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 6.22 S.D =2.48) และส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.90) หลังการทดลองพบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 6.62 S.D =2.32) และส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.90) รองลงมาระดับสูง (ร้อยละ 37.10)

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 6.60 S.D =1.75) แต่หลังการทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยรวม อยู่ในระดับสูง (Mean= 7.71 S.D =1.90) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 6.22 S.D =2.48) และหลังการทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 6.62 S.D =2.32) ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

2.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 6.60 S.D =1.75) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุม มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 6.22 S.D =2.48) และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยรวม อยู่ในระดับสูง (Mean= 7.71 S.D =1.90) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 6.62 S.D =2.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3) ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 2.99 S.D =.36) แต่หลังการทดลอง พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean= 3.31 S.D =.35) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean= 2.96 S.D =.41) และหลังการทดลอง พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean= 3.04 S.D =.34) ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ใน

ระดับปานกลาง (Mean= 2.99 S.D =.36) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุม มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 2.96 S.D =.41) และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p > .05) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean= 3.31 S.D =.35) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean= 3.04 S.D =.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

4) ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

4.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด				t	p- value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง (n=35)	8.46	0.88	7.93	0.63	-7.121	.000*
กลุ่มควบคุม (n=35)	8.41	0.53	8.50	0.60	1.740	.092

*p- value < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) (Mean= 8.46, SD = 0.88) แต่หลังการทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) (Mean = 7.93, SD = 0.63) ซึ่งลดลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) (Mean = 8.41, SD = 0.53) และหลังการทดลองไม่เปลี่ยนแปลง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) (Mean = 8.50, SD = 0.60) ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p > .05)

4.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		t	p- value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อนการทดลอง	8.46	0.88	8.41	0.53	0.249	.805
หลังการทดลอง	7.93	0.63	8.50	0.60	-3.733	.000*

*p- value < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) (Mean = 8.46, SD = 0.88) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุมที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) (Mean = 8.41, SD = 0.53) และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p>.05) ส่วนหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) (Mean = 7.93, SD = 0.63) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) (Mean = 8.50, SD = 0.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีประเด็นน่าสนใจนำมาอภิปราย ดังนี้

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการสนับสนุนในด้านความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง อาจเนื่องจากโปรมความรอบด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้แนวคิดของ ดอน นัทบีม[8] ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ เพราะองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการพัฒนาทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล นำความรู้มาคิดวิเคราะห์ ใช้ข้อมูลสื่อสารสุขภาพเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี วัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้และความสามารถส่วนบุคคล รวมทั้งทักษะทางสังคม ผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน มาเป็นพื้นฐานในการจัดชุดกิจกรรมการให้ความรู้ โดยใช้วิธีการสื่อสารแบบสองทาง เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยซักถามข้อสงสัยหรือข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่กระจ่างชัด มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันมีการตรวจสอบความเข้าใจ โดยการให้กลุ่มทดลองได้อธิบายสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในโปรแกรมมีการใช้สื่อที่หลากหลาย เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ ได้แก่ สื่อวิดีโอ บุคคลต้นแบบ มีการสาธิต และสาธิตย้อนกลับ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มพูนทักษะ มีการแจกคู่มือและส่งข้อมูลความรู้ผ่านไลน์แอพพลิเคชั่น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนได้ด้วยตนเองที่บ้าน นอกจากนี้ยังมีการติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผ่านทางแอพพลิเคชั่นไลน์ เพื่อประเมิน ติดตาม แก้ไขปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของภคภณ แสนเตชะ และ ประจวบ แหลมหลัก[9] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของบุญญธิดา ยาอินทร์[14] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษา: หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) สอดคล้องกับงานวิจัยของราตรี ทองคำ[15] ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษา: หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (p=.000) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของมะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์[16] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง ผลการศึกษา พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของภิญญดา ตั้งตรงมิตร,สุทัสสี ธารประเสริฐ และ เรืองอุไร แสนสุข[17] ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุม

ระดับ น้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมืองบ่า ตำบลคำอาฮวน ผลการศึกษา หลังการทดลอง เฉลี่ย 17.22 (+1.43) ค่าคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) แสดงให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปรับเปลี่ยนนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสอดคล้องกับงานวิจัยของภคภณ แสนเตชะ และ ประจวบ แหลมหลัก[9] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของบุญญธิดา ยาอินทร์[14] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษา: หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) สอดคล้องกับงานวิจัยของราตรี ทองคำ[15] ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษา: หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (p=.000) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของมะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์[16] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของสุวิดา ลิ่มเริ่มสกุล และคณะ[18] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ผลการวิจัยดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยโรคหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีทักษะทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยและรายด้าน บริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรักษาโรค มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น จนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของสอดคล้องกับงานวิจัยของภคภณ แสนเตชะ และ ประจวบ แหลมหลัก[9] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีความรอบรู้

ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ($p<0.05$) และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<0.05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของราตรี ทองคำ[15] ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษา: หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ($p=.000$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ($p=.000$)และผลของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ($p=.016$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.05$ สอดคล้องกับงานวิจัยของมะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์[16] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง ผลการศึกษา พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษามานำเสนอเพื่อใช้ให้เกิดประโยชน์ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำมาปรับใช้ในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง NCD Clinic เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค

2) ควรนำโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ไปใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ และในช่วงอายุอื่นที่แตกต่าง

2) ควรเป็นการศึกษาระยะยาว โดยเพิ่มระยะเวลา การศึกษาเป็น 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามความคงอยู่ของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2023. Available from: https://diabetesatlas.org/

2. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes—2020. Diabetes Care. 2020; 43(Suppl 1): S14-S31. doi:10.2337/dc20-S002.

3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ภาพอนาคตระบบสาธารณสุขไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท รับพิมพ์ จำกัด; 2566.

4. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานแห่งชาติ ปี 2562. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2562. Available from: https://ddc.moph.go.th/

5. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2565.
6. วันดี โตสุขศรี. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
7. World Health Organization. The world health report: 1998: Life in the 21st century: A vision for all: Report of the Director-General. Geneva: WHO; 1998. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/42065.
8. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008; 67(12): 2072-78.
9. ภคภณ แสนเตชะ, ประจวบ แหลมหลัก. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสุขศึกษา. 2563; 43(2): 150-64.
10. กรมควบคุมโรค. (2565). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
11. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี 2567. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลวิภาวดี; 2567.
12. Bloom BSJ. Taxonomy of education objective: Handbook 1: Cognitive domain. New York: David Mokey; 1971.
13. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
14. บุญญธิดา ยาอินทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2564;18(1):35-48.
15. ราตรี ทองคำ. ประสิทธิผลของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2565; 30(2):86-99.
16. มะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์. ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ). 2567; 34(2):46-53.
17. ภิญญดา ตั้งตรงมิตร, สุทัสสี ธารประเสริฐ, เรืองอุไร แสนสุข. ประสิทธิผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. นิพนธ์ต้นฉบับโรงพยาบาลมุกดาหาร. 2567.
18. สุวิดา ลิ่มเริ่มสกุล, คณะ. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2. Nursing Sci J Thailand. 2565; 40(1): 84-98.

การศึกษาความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลในเลือด ฮีโมโกลบินเอวันซี และระดับไขมันในเลือดกับอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Relationship of fasting blood sugar, Hemoglobin A1c and serum lipid profile level with glomerular filtration rate in diabetes care clinics at Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya.

(Received: August 9,2025 ; Revised: August 18,2025 ; Accepted: August 19,2025)

จิณณพัต ห้องศิลป์[1]
Jinnaphat Hongsin[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาล ระดับ FBS, HbA1c, Cholesterol, Triglyceride, LDL Cholesterol, HDL Cholesterol และ eGFR และศึกษาปัจจัยที่มีจะนำมาประยุกต์ใช้เป็นคะแนนความเสี่ยง (Risk score) ต่อการมีอัตราการกรองไตลดลง โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลเสนา จังหวัดอยุธยา จากฐานข้อมูลโรงพยาบาล หรือฐานข้อมูลจากเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติทางเคมีคลินิกและภูมิคุ้มกัน VITROS 5600 Integrated System ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่าง 1,852 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปสถิติที่ใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคว์ (Chi-Square Test) และสถิติการถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ (Multiple logistic regression analysis) ยอมรับระดับความเชื่อมั่น 95% CI โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ P<0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,852 ราย (เพศชาย และหญิง ร้อยละ 41.2 และ 58.8) อายุเฉลี่ย 63.31 ปี ค่าน้ำตาลในเลือด FBS ค่าเฉลี่ย 141.66 mg/dl ค่าฮีโมโกลบินเอวันซี มีค่าเฉลี่ย 7.27±1.86 % ค่าระดับไขมัน Cholesterol, Triglyceride, LDL Cholesterol และ HDL Cholesterol มีค่าเฉลี่ย 186.42, 145.19, 108.08 และ 49.30 mg/dl ส่วนค่าอัตราการกรองของไต eGFR มีค่าเฉลี่ย 73.16 มล./นาที/1.73 ตร.ม. เมื่อวิเคราะห์ต่อเพื่อหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติการถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ (Multiple logistic regression analysis) พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป มีค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลงเป็น 6.50 เท่าเมื่อเทียบกับคนอายุน้อยกว่า 45 ปี (p<0.01) อายุตั้งแต่ 66 ปีขึ้นไป มีค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลงเป็น 9.9 เท่าเมื่อเทียบกับคนอายุน้อยกว่า 45 ปี (p<0.01) ผู้ป่วยที่มีค่า Triglyceride 150 mg/dLขึ้นไปมีความเสี่ยงที่อัตราการกรองไตจะลดลง 1.60 เท่าของคนที่มีระดับ Triglyceride ปกติ เพศหญิงมีอัตราการกรองไตลดลงเป็น 1.67 เท่าของเพศชาย ผู้ที่มีค่าฮีโมโกลบินเอวันซี HbA1c ตั้งแต่ 7 % มีค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 1.38 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่มีค่าฮีโมโกลบินเอวันซี HbA1c น้อยกว่า 7 % (p<0.01)

คำสำคัญ: ระดับน้ำตาลในเลือด, ฮีโมโกลบินเอวันซี, ระดับไขมันในเลือด, อัตราการกรองของไต, เบาหวาน, โรคไตเรื้อรัง

Abstract

This retrospective study aimed to study of the relationship between FBS, HbA1 c, Cholesterol, Triglycerides, LDL Cholesterol, and HDL Cholesterol and eGFR and to identify factors for developing a risk score to predict a decline in the glomerular filtration rate. Data were collected from patients with diabetes mellitus or those undergoing annual health check-ups Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya. Data were collected from the hospital's database or from the VITROS 5600 Integrated System, a clinical chemistry and immunoassay analyzer, between October 1, 2023, and September 30, 2024. A total of 1,852 participants were included in the study. Data was analyzed using statistical software, with descriptive statistics such as frequency, percentage, minimum-maximum, mean, and standard deviation. Inferential statistics included the Chi-Square Test, and. logistic regression with significant level of p-value < 0.05

[1] กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลเสนา

Results: The study included 1,852 healthy checkup and diabetic patients (41.2% male, 58.8% female) with a mean age of 63.31 years. The mean FBS and HbA1c levels were 141.66 mg/dl and 7.27%, respectively. Mean lipid profiles were as follows: cholesterol, 186.42 mg/dl; triglycerides, 145.19 mg/dl; LDL cholesterol, 108.08 mg/dl; and HDL cholesterol, 49.30 mg/dl. The mean estimated eGFR was 73.16 ± 27.26 mL/min/1.73 m^2. A multiple logistic regression analysis revealed significant relationships between various factors and eGFR. In a sample group, those aged 45 years or older had a 6.5 times higher risk of decreased eGFR compared to those younger than 45. Patients aged 66 years or older had an even higher risk, with a 9.9 times increased likelihood of decreased eGFR. Furthermore, patients with triglyceride levels of 150 mg/dL or higher were 1.6 times more likely to have a decreased eGFR compared to those with normal triglyceride levels. Females had a 1.67 times higher risk of decreased eGFR compared to males. Additionally, patients with HbA1c levels of 7% or higher had a 1.38 times increased risk of decreased eGFR compared to those with levels below 7% ($p<0.01$)

Keywords: Fasting blood sugar, Hemoglobin A1c, Serum lipid profiles, eGFR, Diabetes mellitus, Chronic kidney disease

บทนำ

โรคเบาหวานถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก จากการประมาณการพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน และโรคนี้ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 1.5 ล้านคนในแต่ละปี[1] ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยสะสมประมาณ 3.3 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 3 แสนคนต่อปี จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานอยู่ที่ 25.1 รายต่อประชากรแสนคน[2] โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น โดยความชุกของโรคจะสูงขึ้นตามวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีอัตราอุบัติการณ์ของโรคสูงสุด[3]

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่ตับอ่อนผลิตอินซูลินได้ไม่เพียงพอหรือไม่สามารถออกฤทธิ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและเป็นอันตรายต่ออวัยวะสำคัญต่าง ๆ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ระบบประสาท และไต โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2[4] ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงยังเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่โรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน ซึ่งมักไม่แสดงอาการในระยะแรกจนกว่าการทำงานของไตจะเสื่อมลงมากแล้ว[5]

โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึมของกลูโคส และนำไปสู่ความเสียหายของหลอดเลือดขนาดเล็กในไต พยาธิสภาพทางไตจะเริ่มจากการเพิ่มขึ้นของอัตราการกรองของไตและขนาดไต ตามมาด้วยการหนาตัวของผนังโกลเมอรูลัส จนเกิดภาวะโกลเมอรูโลสเคลอโรซิส ซึ่งท้ายที่สุดจะนำไปสู่โรคไตวายเรื้อรังและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้[6]

การประเมินการทำงานของไตในผู้ป่วยเบาหวานมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยแพทย์จะประเมินจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ การตรวจหาโปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะ การวัดระดับไนโตรเจนในเลือด (BUN) และครีอะตินีน (Creatinine) และที่สำคัญคือการประเมินอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (eGFR)[7] นอกจากนี้การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะการตรวจวัดระดับน้ำตาลในพลาสมาตอนอดอาหาร (Fasting blood sugar; FBS)[8] และระดับฮีโมโกลบินสะสม (HbA1c) ซึ่งเป็นดัชนีสำคัญที่ช่วยให้แพทย์สามารถประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลและวางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ[9]

การวินิจฉัยโรคเบาหวานจะพิจารณาจากอาการทางคลินิกร่วมกับการตรวจพบระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากหลอดเลือดดำ หรือระดับ HbA1c ที่มีค่าสูง

กว่าหรือเท่ากับ 6.5% แนวทางการรักษามาตรฐานมีสองวิธีหลัก ได้แก่ การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมอาหาร รวมถึงการใช้ยารักษาโรคเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เป้าหมายคือการรักษาระดับน้ำตาลหลังอดอาหารไว้ที่ 90-130 mg/dL และ HbA1c ให้น้อยกว่า 7% ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนี้สามารถทำได้ด้วยการปรับพฤติกรรมและการใช้ยาร่วมกัน[10]

เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอย่างต่อเนื่องส่งผลเสียต่อการทำงานของอวัยวะภายในหลายส่วน รวมถึงเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตจากเบาหวาน การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะค่าระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมา FBS และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ HbA1c ซึ่งเป็นดัชนีสำคัญที่ใช้ในการคัดกรองโรค ติดตามการควบคุมระดับน้ำตาล พยากรณ์อาการ และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่งของโรคเบาหวานคือการทำงานของไตที่ลดลง ซึ่งสะท้อนได้จากค่า อัตราการกรองของไต eGFR ที่ต่ำลง โดยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเกินมาตรฐาน ทั้งค่าระดับน้ำตาลในเลือด FBS[11] ระดับฮีโมโกลบินสะสม HbA1c[12] และระดับไขมันในเลือด[13] ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะไตเสื่อมและพัฒนาไปเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้[14]

ข้อมูลที่ผ่านมาของประเทศไทย พบว่าการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด FBS ค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ HbA1c และระดับไขมันในเลือดกับอัตราการกรองของไต eGFR ที่ต่ำลงยังมีน้อย[15,16] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือด FBS, ระดับฮีโมโกลบินสะสม HbA1c, ระดับไนโตรเจนในเลือด (BUN), ครีอะตินีน (Creatinine), ระดับไขมันคลอเลสเตอรอล (Cholesterol), ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride), คลอเลสเตอรอล ชนิดแอล ดีแอล (LDL Cholesterol) และคลอเลสเตอรอล ชนิด เอชดีเอล (HDL Cholesterol) กับค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ในผู้ป่วยคลินิกเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลจากการศึกษาครั้งนี้ น่าจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยทั้งในแง่ของการติดตามอาการ การเฝ้าระวังโรคเบาหวาน และโรคไตจากเบาหวาน ให้กับผู้ป่วยเบาหวานได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ FBS, HbA1c, BUN, Creatinine ระดับไขมัน Cholesterol, Triglyceride, LDL Cholesterol และ HDL Cholesterol กับ eGFR ในผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีจะนำมาประยุกต์ใช้เป็นคะแนนความเสี่ยง (Risk score) ต่อการมีอัตราการกรองไตลดลง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มารับบริการตรวจเลือดที่คลินิคโรคเบาหวาน คลินิกโรคไต และผู้ตรวจสุขภาพประกันสังคมที่ได้รับการเข้ารับระดับน้ำตาลในเลือดฮีโมโกลบินเอวันซี และระดับไขมันในเลือดที่โรงพยาบาลเสนา

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารับบริการตรวจเลือดที่คลินิคโรคเบาหวาน คลินิกโรคไต และผู้ตรวจสุขภาพประกันสังคมที่ได้รับการเข้ารับการตรวจหา FBS, HbA1 c, BUN, Cholesterol, Triglyceride, LDL Cholesterol, HDL Cholesterol และ eGFR หรือผู้มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลเสนา

ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้ที่มาตรวจร่างกาย ตรวจโรคเบาหวาน อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 3) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลตรวจ FBS, HbA1 c, BUN, Cholesterol, Triglyceride, LDL Cholesterol, HDL Cholesterol และ eGFR โดยตรวจในวันเดียวกัน

เกณฑ์คัดออก 1) เป็นผู้ที่มาตรวจร่างกาย ตรวจโรคเบาหวาน หรือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ผู้เบาหวานขณะตั้งครรภ์ และโรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ 2) ข้อมูลระบุตัวตนไม่ได้ และ ข้อมูลไม่ครบ

ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Epi Info™ เวอร์ชั่น 7.2.5[17] การวิจัยของ วิมลพร พูลศิริ[18] พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีอัตรากรองไตลดลง มีค่าฮีโมโกลบิน มากกว่า 7 % เท่ากับ ร้อยละ 51 ประชากรเสี่ยงเบาหวาน เท่ากับ 10,528 ราย ค่าความคลาดเคลื่อน (Margin of Error) เท่ากับ ±2.1 ค่าความแปรปรวน (Design effect) เท่ากับ 1 ช่วงความเชื่อมั่น 95 % ได้ขนาดตัวอย่างประมาณ 1,804 ราย เพื่อป้องกันความการสูญหาย และไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยพิจารณาเก็บข้อมูลเพิ่มร้อยละ 2.65 ได้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 1,852 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1)แบบบันทึกตารางข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ค่าความดัน ภาวะโรคร่วม ระยะเวลาป่วย ประเภทโรคร่วม ประวัติทานยาเบาหวาน ยาความดันโลหิต และยาควบคุมไขมัน 2) แบบบันทึกตารางข้อมูลทางห้องปฏิบัติการของเครื่องตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิกและภูมิคุ้มกัน VITROS 5600 Integrated System และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ได้แก่ FBS, HbA1c, BUN, Cholesterol, Triglyceride, LDL Cholesterol, HDL Cholesterol และ eGFR

การรวบรวมข้อมูล 1) เก็บข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์หาระดับ FBS, HbA1c, BUN, Cholesterol, Triglyceride, LDL Cholesterol, HDL Cholesterol และ eGFR ของผู้ที่มารับการตรวจโรคเบาหวาน หรือผู้มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล 2) การรวบรวมข้อมูล รายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติทางเคมีคลินิกและภูมิคุ้มกัน VITROS 5600 Integrated System 3) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ผู้ป่วยที่ไม่มีผลการตรวจเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติทางเคมีคลินิกและภูมิคุ้มกัน VITROS 5600 Integrated System ข้อมูลซ้ำกัน และไม่พบข้อมูล ในฐานข้อมูลโรงพยาบาล เช่น อายุ, เพศ, FBS, HbA1c, FBS, HbA1c, BUN, Cholesterol, Triglyceride, LDL Cholesterol, HDL Cholesterol และ eGFR อย่างใดอย่างหนึ่งจะได้รับการตัดออกจากการศึกษานี้ 4) โดยข้อมูลที่รวบรวมมาจะได้รับการบันทึกข้อมูลลงแบบบันทึก และบันทึกลงโปรแกรมเก็บข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ และประมวลผลข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปสถิติที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ 1) สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ 2) สถิติอนุมาน ได้แก่ 2.1) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) หรือ การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher exact probability test) 2.2) สถิติถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariable logistic regression) และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลอจิสติก (Multiple logistic regression analysis) สำหรับหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าการทำงานของไต eGFR โดยนำตัวแปรเข้าสู่การวิเคราะห์ด้วยวิธีการ Backward conditional นำเสนอค่า odds ratio (OR) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% และกำหนดระดับนัยสำคัญ $p<0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเสนา อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เมื่อวันที่ 3

มกราคม พ.ศ. 2568 เลขที่หนังสือรับรอง อย. 0033.202.2/001

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 1,852 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราการกรองของไต eGFR ≥90 มล./นาที/1.73 ตร.ม ที่เป็นกลุ่มอ้างอิง มีจำนวน 808 ราย หรือ ร้อยละ 43.6 และกลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราการกรองของไต eGFR น้อยกว่า 90 มล./นาที/1.73 ตร.ม เป็นกลุ่มศึกษา มีจำนวน 1,044 ราย ร้อยละ 56.4 รายละเอียดการกระจายตัว จำนวน ร้อยละ ข้อมูลของทั้งสองกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อวิเคราะห์หาขนาดของความสัมพันธ์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเชิงเดี่ยว (univariable logistic regression) พบว่า เพศหญิงเพศหญิงมีอัตราการกรองไต eGFR ลดลง 1.28 เท่า (p=0.012) ผู้ที่มีอายุ 45-65 ปี และ ≥66 ปีขึ้นไปมีค่า

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงเดี่ยวระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการกรองของไต eGFR (n=1,852 ราย)

ตัวแปร	eGFR < 90 หน่วย n=1,044	eGFR ≥ 90 หน่วย n=808	OR (95%CI)	*p-value*
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	399 (38.2)	263 (32.5)	1.00	
หญิง	645 (61.8)	545 (67.5)	1.28 (1.06-1.55)	0.012*
อายุ (ปี)				
≤44	31 (3.0)	129 (15.7)	1.00	
45-65	414 (39.7)	565 (69.9)	3.00 (1.98-4.53)	<0.001*
≥66	599 (57.4)	116 (14.4)	21.16 (13.62-32.85)	<0.001*
ดัชนีมวลกาย (BMI)				
18.5-24.9	223 (21.4)	140 (17.3)	1.00	
<18.5	42 (4.0)	24 (3.0)	0.910 (0.53-1.56)	0.735
25.0-29.9	173 (16.6)	114 (14.1)	1.05 (0.76-1.44)	0.765
30.0-39.9	408 (39.0)	229 (37.0)	1.17 (0.90-1.51)	0.241
40 ขึ้นไป	198 (19.0)	231 (28.6)	1.86 (1.40-2.47)	<0.001*
ความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)				
≤90	962 (92.1)	721 (89.2)	1.00	
91 ขึ้นไป	82 (7.9)	87 (10.8)	1.42 (1.03-1.94)	0.031*
ความดันโลหิตตัวบน (mmHg)				
<140	664 (63.6)	565 (69.9)	1.00	
≥141	380 (36.4)	243 (30.1)	1.33 (1.09-1.62)	0.004*
ระยะเวลาโรค (ปี)				
<3	218 (20.9)	277 (34.3)	1.00	
3-5	222 (21.3)	191 (23.6)	3.15 (2.42-2.42)	0.001*
6-10	259 (24.8)	201 (24.6)	2.14 (1.62-2.81)	0.001*

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงเดี่ยวระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการกรองของไต eGFR (n=1,852 ราย)

ตัวแปร	eGFR < 90 หน่วย n=1,044	eGFR ≥ 90 หน่วย n=808	OR (95%CI)	*p-value*
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
≥11	345 (33.0)	139 (17.2)	1.93 (1.47-2.52)	0.001*
ภาวะโรคร่วม				
ไม่มี	618 (59.2)	486 (60.1)	1.00	
มี	426 (40.8)	322 (36.9)	1.04 (0.86-1.26)	0.678
ประเภทของโรคร่วม (n=748)				
เบาหวาน	230 (56.4)	190 (55.9)	1.00	
หัวใจหลอดเลือด	16 (3.9)	14 (4.1)	1.06 (0.50-2.23)	0.231
ความดันโลหิตสูง	32 (7.8)	28 (8.2)	1.05 (0.61-1.82)	0.532
ไขมันในเลือดสูง	67 (16.4)	53 (15.6)	0.95 (0.63-1.44)	0.418
มะเร็งทุกอวัยวะ	10 (2.5)	8 (2.4)	0.96 (0.37-2.50)	0.500
อื่น ๆ	53 (13.0)	47 (13.8)	1.07 (0.69-1.66)	0.101
ทานยาควบคุมเบาหวาน				
ไม่ทาน	655 (62.7)	347 (42.9)	1.00	
ทาน	389 (37.3)	461 (57.1)	2.24 (1.85-2.69)	<0.001*
ทานยาควบคุมความดันโลหิต				
ไม่ทาน	760 (72.8)	701 (86.8)	1.00	
ทาน	284 (27.2)	107 (13.2)	2.45 (1.92-3.13)	<0.001*
ทานยาควบคุมไขมัน				
ไม่ทาน	847 (81.1)	648 (80.2)	1.00	
ทาน	197 (18.9)	160 (19.8)	0.942 (0.75-1.19)	0.614
ค่า BUN (mg/dL)				
10-20	513 (49.1)	254 (31.4)	1.00	
>20	531 (50.9)	554 (68.6)	2.11 (1.74-2.55)	<0.001*
ค่า Creatinine (mg/dL)				
≤1.17	555 (53.2)	774 (95.8)	1.00	
≥1.18	489 (46.8)	34 (4.2)	20.06 (13.93-28.87)	<0.001*
ค่า FBS (mg/dL)				
<100	162 (15.5)	12 (8.2)	1.00	
100-125	147 (14.1)	222 (10.1)	1.37 (0.92-2.03)	0.118
≥126	735 (70.4)	660 (81.7)	2.20 (1.63-2.99)	<0.001*
ค่า HbA1c (%)				
≤6.9	340 (32.6)	180 (22.3)	1.00	
≥7.0-9.9	642 (61.5)	525 (65.0)	1.55 (1.25-1.91)	<0.001*
10.0 ขึ้นไป	62 (5.9)	103 (12.7)	3.14 (2.18-4.51)	<0.001*

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงเดี่ยวระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการกรองของไต eGFR (n=1,852 ราย)

ตัวแปร	eGFR < 90 หน่วย n=1,044	eGFR ≥ 90 หน่วย n=808	OR (95%CI)	*p-value*
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ค่า Cholesterol (mg/dL)				
≤199	654 (62.6)	489 (60.5)	1.00	
200 ขึ้นไป	390 (37.4)	319 (39.5)	0.91 (0.76-1.10)	0.351
ค่า LDL Cholesterol (mg/dL)				
< 100	607 (58.1)	454 (56.2)	1.00	
100 ขึ้นไป	437 (41.9)	354 (43.8)	0.92 (0.77-1.11)	0.399
ค่า Triglyceride (mg/dL)				
≤149	552 (52.9)	487 (60.3)	1.00	
150 ขึ้นไป	492 (47.1)	321 (39.7)	1.35 (1.12-1.63)	0.001*
ค่า HDL Cholesterol (mg/dL)				
≥50	445 (42.6)	406 (50.2)	1.00	
≤49	599 (57.4)	402 (49.8)	1.35 (1.13-1.64)	0.001*

อัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 3.0 เท่า และ 21.16 เท่า (p<0.001) ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย > 40 kg/m² ขึ้นไป มีค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 1.86 เท่า (p<0.001) คนที่มีความดันโลหิตตัวล่าง 91 mmHg ขึ้นไปมีค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 1.42 เท่า (p=0.031) ความดันโลหิตตัวบน ≥140 mmHg มีค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 1.33 เท่า (p= 0.004) ผู้มีระยะเวลาโรคร่วมตั้งแต่ 3-5 ปี, 6-10 ปี และ 11 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่ค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 3.15 เท่า, 2.14 และ 1.93 เท่าตามลำดับ (p= 0.001) ผู้ที่ทานยาควบคุมเบาหวานมีโอกาสที่ค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 2.24 เท่า (p<0.001) การทานยาควบคุมความดันโลหิตมีโอกาสที่ค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 2.45 เท่า (p<0.001) ผู้ที่มีค่า BUN >20 mg/dL มีค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 2.11 เท่า (p<0.001) คนที่มีค่า Creatinine ≥1.18 mg/dL มีโอกาสที่ค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 20.06 เท่า (p<0.001) ผู้ที่มีค่าน้ำตาลในเลือด FBS ≥126 mg/dL มีโอกาสที่ค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 2.20 เท่า (p<0.001) คนที่มีค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ HbA1c ระหว่าง 7.0-9.9 %, และ 10.0 % ขึ้นไป มีโอกาสที่ค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 1.55 เท่า และ 3.14 เท่า(p<0.001) ผู้ที่มีค่า Triglyceride 150 mg/dL ขึ้นไป มีค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 1.35 เท่า (p=0.001)และผู้ที่ค่า HDL Cholesterol ≤49 mg/dL มีค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 1.35 (p=0.001) รายละเอียดค่า odds ratio (OR) ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลอจิสติก (Multiple logistic regression analysis) สำหรับหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าการทำงานของไต eGFR รายงานผลเป็นค่า AOR พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 45-65 ปี และ ≥66 ปีขึ้นไป มีค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 14.29 เท่า (p<0.001) และ 6.42 เท่า (p<0.001) เมื่อเทียบกับคนที่อายุ≤44 ปี ผู้ป่วยที่มีอายุ ≥ 66 ปีขึ้นไป มีค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 7.15 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่อายุ ≤44 ปี (p<0.001) ตามลำดับ คนที่มีดัชนีมวลกาย > 40 kg/m²ขึ้นไป มีค่า

อัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 1.22 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่มีดัชนีมวลกาย < 18.5 kg/m² (p<0.047) คนที่มีค่า Creatinine ≥1.18 mg/dL มีค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 18.83 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ค่า Creatinine ≤1.17 mg/dL (p<0.001) กลุ่มคนที่มีค่าน้ำตาลในเลือด FBS ≥126 mg/dL มีค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 1.56 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ค่าน้ำตาลในเลือด <100 mg/dL (p=0.003) ค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ HbA1c ≥7.0 % และ 10.0 % ขึ้นไปมีค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 1.54 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ HbA1c ≤6.9 % (p=0.023) ค่า Triglyceride 150 mg/dL ขึ้นไปมีค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 1.24 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ค่า Triglyceride ≤149 mg/dL (p<0.027) และค่า HDL Cholesterol≤49 mg/dL มีค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 1.31 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ค่า HDL Cholesterol ≥50 mg/dL (p=0.031) ส่วน เพศ ความดันโลหิตตัวล่าง ความดันโลหิตตัวบน ระยะเวลาโรค การทานยาควบคุมเบาหวาน การทานยาควบคุมความดันโลหิต ค่า BUN >20 mg/dL ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์แบบพหุระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการกรองของไต eGFR (n=1,852 ราย)

ตัวแปร	eGFR < 90 หน่วย n=1,044	eGFR ≥ 90 หน่วย n=808	AOR (95%CI)	*p-value*
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	399 (38.2)	263 (32.5)	1.00	
หญิง	645 (61.8)	545 (67.5)	0.86 (0.65-1.12)	0.255
อายุ (ปี)				
≤44	31 (3.0)	129 (15.7)	1.00	
45-65	414 (39.7)	565 (69.9)	14.29 (8.41-24.28)	<0.001*
≥66	599 (57.4)	116 (14.4)	6.42 (4.84-8.51)	<0.001*
ดัชนีมวลกาย (BMI)				
18.5-24.9	223 (21.4)	140 (17.3)	1.00	
<18.5	42 (4.0)	24 (3.0)	1.49 (0.76-2.90)	0.246
25.0-29.9	173 (16.6)	114 (14.1)	1.03 (0.68-1.55)	0.895
30.0-39.9	408 (39.0)	229 (37.0)	0.82 (0.58-1.15)	0.245
40 ขึ้นไป	198 (19.0)	231 (28.6)	1.22 (1.05-1.46)	0.047*
ความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)				
≤90	962 (92.1)	721 (89.2)	1.00	
91 ขึ้นไป	82 (7.9)	87 (10.8)	1.09 (0.71-1.67)	0.697
ความดันโลหิตตัวบน (mmHg)				
<140	664 (63.6)	565 (69.9)	1.00	
≥141	380 (36.4)	243 (30.1)	1.24 (0.95-1.61)	0.116
ระยะเวลาโรค (ปี)				
<3	218 (20.9)	277 (34.3)	1.00	

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์แบบพหุระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการกรองของไต eGFR (n=1,852 ราย)

ตัวแปร	eGFR < 90 หน่วย n=1,044	eGFR ≥ 90 หน่วย n=808	AOR (95%CI)	*p-value*
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
3-5	222 (21.3)	191 (23.6)	1.33 (0.94-1.91)	0.107
6-10	259 (24.8)	201 (24.6)	0.87 (0.60-1.25)	0.438
≥11	345 (33.0)	139 (17.2)	1.17 (0.83-1.66)	0.373
ทานยาควบคุมเบาหวาน				
ไม่ทาน	655 (62.7)	347 (42.9)	1.00	
ทาน	389 (37.3)	461 (57.1)	1.05 (0.79-1.38)	0.737
ทานยาควบคุมความดันโลหิต				
ไม่ทาน	760 (72.8)	701 (86.8)	1.00	
ทาน	284 (27.2)	107 (13.2)	1.32 (0.92-1.88)	0.128
ค่า BUN (mg/dL)				
10-20	513 (49.1)	254 (31.4)	1.00	
>20	531 (50.9)	554 (68.6)	0.95 (0.73-1.24)	0.713
ค่า Creatinine (mg/dL)				
≤1.17	555 (53.2)	774 (95.8)	1.00	
≥1.18	489 (46.8)	34 (4.2)	18.83 (12.34-28.74)	<0.001*
ค่า FBS (mg/dL)				
<100	162 (15.5)	12 (8.2)	1.00	
100-125	147 (14.1)	222 (10.1)	1.07 (0.70-1.62)	0.759
≥126	735 (70.4)	660 (81.7)	1.56 (1.26-2.31)	0.003*
ค่า HbA1c (%)				
≤6.9	340 (32.6)	180 (22.3)	1.00	
≥7.0-9.9	642 (61.5)	525 (65.0)	1.09 (0.81-1.45)	0.586
10.0 ขึ้นไป	62 (5.9)	103 (12.7)	1.54 (1.21-2.50)	0.023*
ค่า Triglyceride (mg/dL)				
≤149	552 (52.9)	487 (60.3)	1.00	
150 ขึ้นไป	492 (47.1)	321 (39.7)	1.24 (1.19-2.59)	0.027*
ค่า HDL Cholesterol (mg/dL)				
≥50	445 (42.6)	406 (50.2)	1.00	
≤49	599 (57.4)	402 (49.8)	1.31 (1.26-1.67)	0.031*

ข้อมูลจากการศึกษานี้ พบว่าปัจจัยที่มีจะนำมาพัฒนาเพื่อประยุกต์ใช้เป็นคะแนนความเสี่ยง (Risk score) ต่อการมีอัตราการกรองไตลดลง eGFR คือ อายุ ดัชนีมวลกาย ค่า Creatinine ค่าน้ำตาลในเลือด FBS ค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ HbA1c ค่า Triglyceride และค่า HDL Cholesterol ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงลบระหว่าง Creatinine และระดับน้ำตาลในเลือด FBS กับอัตราการกรองของไต (eGFR) โดยพบว่าระดับน้ำตาลในเลือด FBS ที่สูงขึ้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด FBS ≥125 mg/dL มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะไตเสื่อม ซึ่งสะท้อนได้จากค่า eGFR ที่ลดต่ำลง ดังนั้น ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมมีความเสี่ยงสูงที่จะประสบกับภาวะอัตราการกรองของไตที่ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีค่า eGFR เริ่มต้นน้อยกว่า 90 มล./นาที/1.73 ตร.ม. สอดคล้องกับงานวิจัยของจรูญ บุญธกานนท์[19]พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด FBS มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 2.95, 95% CI 1.23-7.07, p=0.015) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Akter N และคณะ[20] พบว่า ระดับ Creatinine 1.3 mg/dL มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลงกว่ากลุ่มที่มีค่าในระดับปกติ ขณะที่ผู้ที่มีค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ HbA1c ตั้งแต่ 10% ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ น่าจะมีสาเหตุอย่างน้ำตาล HbA1c ส่วนเกินในกระแสเลือดจะเข้าจับกับโปรตีนในร่างกายโดยไม่ใช้เอนไซม์จนเกิดการอักเสบเรื้อรัง ซึ่งนำไปสู่การเกิดพังผืดในหลอดเลือดแข็ง และการหนาตัวของผนังหลอดเลือดฝอยในไต ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดไปยังไตลดลง ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของวิมลพร พูลศิริ[18] พบว่า ค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ HbA1c เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) แต่ตรงข้ามกับงานวิจัยของ Lee CL และคณะ[21] พบว่าค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ HbA1c ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีค่า Triglyceride 150 mg/dL ขึ้นไปมีแนวโน้มสูงที่ค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลงมากกว่ากลุ่มที่มีค่า Triglyceride อยู่ในเกณฑ์ปกติ สาเหตุที่ค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลงเนื่องจากค่า Triglyceride ที่สูงมากไปจะส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง และการสะสมของไขมันในผนังหลอดเลือด ซึ่งทำให้หลอดเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงไตตีบแคบลงจนไตได้รับออกซิเจนน้อยลงและทำให้หน่วยกรองของไตเกิดความเสียหายมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pontremoli และคณะ[22] พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีค่า Triglyceride >150 mg/dL ขึ้นไปมีค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง 1.30 เท่าของกลุ่มที่มีค่า Triglyceride <150 mg/dL ตรงข้ามกับกับงานวิจัยของ Arnold และ และคณะ[23] พบว่า ค่า Triglyceride >150 mg/dL ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ที่มีค่า HDL Cholesterol ≤49 mg/dL ที่เป็นไขมันในร่างกายชนิดดีน้อยกว่าค่ามาตรฐานจะมีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งประโยชน์ของ ไขมัน HDL Cholesterol จะช่วยลดการอักเสบภายและ ปกป้องเซลล์หลอดเลือดไตไม่ให้เกิดความเสียหายจากอนุมูลอิสระ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Soohoo และคณะ[24] พบว่า ค่า HDL Cholesterol ≤ 49 mg/dL มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลง อย่างไรก็ตามงานวิจัยในต่างประเทศของ Zewinger และคณะ[25] พบว่า ค่าเฉลี่ย HDL Cholesterol > 50 mg/dL ไม่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสื่อมของอัตราการกรองไตได้ (p=0.07) ขณะที่อายุ 45-65 ปี และ อายุ 66 ปีขึ้นไปเป็นปัจจัยเชิงลบที่มีผลต่อค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของสุปราณี สูงแข็ง และสมพร แวงแก้ว[26] พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการกรองของไต

eGFR ลดลง ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกาย > 40 kg/m² ขึ้นไปมีโอกาสสูงที่ค่าอัตราการกรองของไต eGFR ลดลงมากกว่ากลุ่มที่มีรูปร่างสมส่วนอย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Aiumtrakul และคณะ[27] พบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ≥ 35 kg/m² มีอัตราการกรองของไต eGFR ลดลง ร้อยละ 40 เมื่อเทียบกับคนที่มีดัชนีมวลกาย < 20 kg/m²

สรุปผล ผู้ที่มีค่า Triglyceride สูงกว่า 150 mg/dL ค่า HDL Cholesterol < 49 mg/dL ค่าฮีโมโกลบินเอวันซี HbA1c ตั้งแต่ 10 % ขึ้นไป และ มีความสัมพันธ์กับค่าอัตราการกรองของไต GFR ที่ลดลง ส่วนอายุ และดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลร่วมต่อค่าอัตราการกรองของไต GFR ลดลง ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่ออัตราการกรองของไต โดยนำปัจจัยระดับน้ำตาลในเลือด FBS, HbA1c, ค่า Triglyceride, ค่า HDL Cholesterol อายุ และเพศมาประยุกต์ใช้เป็นคะแนนความเสี่ยง (Risk score) เพื่อประเมินคะแนนความเสี่ยงต่อการมีอัตราการกรองไตลดลง ในประชากรกลุ่มเสี่ยงได้

ข้อเสนอแนะ

ผู้มารับการตรวจรักษา หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงหรือมีปัจจัยเข้าเกณฑ์ดังกล่าว ควรได้รับการให้ความรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มีความเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบจากค่าน้ำตาลในเลือดที่สูงเกินไป และปริมาณน้ำตาลที่มากไปจะไปทำลายระบบการทำงานของไตจนทำให้ผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมจากน้ำตาลในเลือดสูง นอกจากนี้ควรออกนโยบาย โครงการรณรงค์เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนในพื้นที่เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อลดอัตราการเกิดโรคไตจากเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Diabetes 2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 Jun 12]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
2. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การแพทย์ไทย 2554-2557 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_7.pdf
4. คนึงนุช แจ้งพรมมา และ พัทธนันท์ คงทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดสกลนคร. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2561;10(19), 1-13.
5. จิรวัฒน์ สีตื้อ. ความชุกของโรคไตวายเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองร่องซ้อ จังหวัดแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2562;27(2), 1-5.
6. เจตนา เรืองประทีป. The essentials of vascular pathology. Asian Archives of Pathology 2566;1(2), 13-33.
7. Valdivielso, M, Rodríguez-Puyol, Pascual, Barrios C., Bermúdez-López, Sánchez-NiñoD., Pérez-Fernández, & Ortiz, A. Atherosclerosis in Chronic Kidney Disease: More, Less, or Just Different?. Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology [Internet]. 2019 [cited 2025 Jan 30]. Available from: https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.119.312705
8. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2565 (ฉบับปรับปรุง) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/06/CKD-guideline_-draft_5-เพิ่มเติม-2565-.pdf

9. สุรีรัตน์ ปิงสุทธิวงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2562;24(2), 1-9.
10. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การให้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ใหญ่ (ปรับปรุง) 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/file/d/1TsTlpkhZWSAq8SZ-eDFMt9ukfeyV6llA/view?usp=drivesdk
11. Deravi, Niloofar, Sharifi, Yasaman, Koohi, Fatemeh, Zadeh, Seyed Saeed Tamehri, Masrouri, Soroush, Azizi, Fereidoun, & Hadaegh, Farzad. The association between fasting plasma glucose variability and incident GFR decline**:** evidence from two cohort studies [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 13]. Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12889-023-15463-8.pdf
12. An Lingwang, Yu Qiuzhi, Chen Linhui, Tang Hong, Liu Yanjun, Yuan Qun, & Lu Juming. The Association Between the Decline of GFR and a Reduction of Hemoglobin A1c in Type 2 Diabetic Patients [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 13]. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8807519/pdf/fendo-12-723720.pdf
13. Saini M, Vamne A, Kumar V, Chandel MS. The Study of Pattern of Lipid Profile in Chronic Kidney Disease Patients on Conservative Management and Hemodialysis: A Comparative Study [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 16]. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8863557/pdf/cureus-0014-00000021506.pdf
14. Jairoun AA, Ping CC, Ibrahim B. Predictors of chronic kidney disease survival in type 2 diabetes: a 12-year retrospective cohort study utilizing estimated glomerular filtration rate [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 17]. Available from: https://www.nature.com/articles/s41598-024-58574-x.pdf
15. วันเพ็ญ เขตขงขวาง. การศึกษาความสัมพันธ์ของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการกับการเกิดโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มาตรวจติดตามที่โรงพยาบาลนครพนม [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อวันที่ 17 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nkpjournal_9/article/view/273901/184373
16. พิชยา จันทร์อบ. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับไขมันในเลือด (Triglyceride, Cholesterol, LDL, HDL) กับค่า GFR เพื่อประเมินความเสี่ยงของโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2567; 9 (4), 497-506.
17. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 25]. Available from: https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm
18. วิมลพร พูลศิริ. อัตราการกรองไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังใช้การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรังด้วยตนเอง โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2560;23(3), 316-26.
19. จรูญ บุญธกานนท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566;17(1), 13-27.
20. Akter N, Nessa A, Sharmin A, Dipa MI, Israt S, Firoz S, et al. Relationship of Serum Creatinine and Estimated Glomerular Filtration Rate in Patients with Chronic Kidney Disease. Mymensingh medical journal 2020; 29(4):779-83.
21. Lee CL, Chen CH, Wu MJ, Tsai SF. The variability of glycated hemoglobin is associated with renal function decline in patients with type 2 diabetes. Therapeutic advances in chronic disease 2020; 11:1-10
22. Pontremoli R, Desideri G, Arca M, Temporelli PL, Perrone V, Dovizio M, et al. Hypertriglyceridemia is associated with decline of estimated glomerular filtration rate and risk of end-stage kidney disease in a real-word Italian cohort: Evidence from the TG-RENAL Study. European Journal of Internal Medicine 2023; 111:90-6.
23. Arnold F, Kappes J, Rottmann FA, Westermann L, Welte T. HbA1c-dependent projection of long-term renal outcomes. Journal of Internal Medicine 2024;295(2):206-15.

24. Soohoo M, Hashemi L, Hsiung JT, Moradi H, Budoff MJ, Kovesdy CP, et al. Association of Serum Triglycerides and Renal Outcomes among 1.6 Million US Veterans. Nephron 2022;146(5):457-68.
25. Zewinger S, Speer T, Kleber ME, Scharnagl H, Woitas R, Lepper PM, et al. HDL Cholesterol Is Not Associated with Lower Mortality in Patients with Kidney Dysfunction. Journal of the American Society of Nephrology 2014;25(5):1073-82.
26. สุปราณี สูงแข็ง และสมพร แวงแก้ว. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ในจังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดสกลนคร 2560; 13 (2), 1-9.
27. Aiumtrakul N, Kittithaworn A, Supasyndh O, Krittayaphong R, Phrommintikul A, Satirapoj B. Association of body mass index with kidney function and mortality in high cardiovascular risk population: A nationwide prospective cohort study. Nephrology 2022;27(1):25-34.

การศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชนสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ในอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

A study on the outcomes of comprehensive diabetes care by multidisciplinary community team towards achieving diabetes remission in Si Satchanalai district, Sukhothai province.

(Received: August 12,2025 ; Revised: August 19,2025 ; Accepted: August 23,2025)

ชัยพร อมรมุณีพงศ์[1]
Chaiporn Amonmuneepong[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชนสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ในอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย การศึกษาติดตามย้อนหลังครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สมัครใจเข้ารับการดูแลแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชนในพื้นที่อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 28 คน เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 28 มิถุนายน 2567 ด้วยแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลและแบบฟอร์มการติดตามผลการทำกิจกรรม และวิเคราะห์ด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Paired Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) คุณลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.0 มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 60.7 พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยถึงร้อยละ 96.4 ไม่สูบบุหรี่ และร้อยละ 89.3 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัวร่วม พบว่า ร้อยละ 50 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 67.9 มีภาวะไขมันผิดปกติในเลือด และมีเพียงร้อยละ 3.6 ที่มีโรคไตวายเรื้อรังร่วมด้วย ส่วนการรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยรับประทานยาจำนวน 2 เม็ด ร้อยละ 50.0 มีระดับค่า HbA1c เริ่มต้น ≥ 7% ร้อยละ 57.1 และมูลค่ายารักษาโรคเบาหวาน 101 - 200 บาท ต่อ 3 เดือน ร้อยละ 50.0 ส่วนค่าความดันโลหิต พบว่าร้อยละ 78.6 มี Systolic BP ต่ำกว่า 140 mmHg ร้อยละ 82.1 มี Diastolic BP ต่ำกว่า 90 mmHg และดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าร้อยละ 89.3 ของผู้ป่วยมีค่า BMI ≥ 23 และ 2) ผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชนครบ 3 เดือน พบว่า สามารถลดระดับค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) จาก 7.45% เหลือ 6.79% ($p = 0.003$) มีผู้ป่วยจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 เข้าเกณฑ์โรคเบาหวานระยะสงบ การใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดค่าเฉลี่ยจำนวนเม็ดยาลดลงจาก 1.82 เม็ด เหลือเพียง 0.61 เม็ดต่อวัน ($p < 0.001$) และมูลค่ายารักษาโรคเบาหวานลดลงจากเฉลี่ย 160.71 บาท ต่อ 3 เดือน เหลือเพียง 54.64 บาท ต่อ 3 เดือน ($p < 0.001$) ส่วนค่าความดันโลหิต Systolic Blood pressure ลดลงจาก 132.86 เป็น 127.04 mmHg ($p = 0.016$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ Diastolic Blood pressure ลดลงเล็กน้อย จาก 81.29 เป็น 77.11 mmHg ($p = 0.079$) และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชน

Abstract

This study aimed to evaluate the outcomes of comprehensive diabetes care by multidisciplinary community team towards achieving diabetes remission in Si Satchanalai district, Sukhothai province**.** This retrospective cohort study included 28 patients with type 2 diabetes who voluntarily received comprehensive diabetes care by multidisciplinary community team in Si Satchanalai district, Sukhothai province. Data were collected from medical records between 26 March 2024 and 28 June 2024 with an enrollment form and a follow-up form. Data were analyzed using the frequency, percentage, mean, and Paired Sample t-test.

The study found that 1) Most participants were female (75.0%) and aged under 60 years (60.7%). Regarding health behaviors, 96.4% did not smoke and 89.3% did not consume alcohol. Common comorbidities included hypertension (50.0%) and dyslipidemia (67.9%), while only 3.6% had chronic kidney disease. Half of the patients

[1] พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลศรีสัชนาศ จังหวัดสุโขทัย

(50.0%) were on two oral antidiabetic medications, and 57.1% had an initial HbA1c level ≥ 7%. The cost of antidiabetic medications ranged from 101 to 200 baht per three month period in 50.0% of cases. In terms of blood pressure, 78.6% had systolic blood pressure < 140 mmHg, and 82.1% had diastolic blood pressure < 90 mmHg. The majority of patients (89.3%) had a body mass index (BMI) ≥ 23. 2)After three months of comprehensive diabetes care by multidisciplinary community team, the mean HbA1c level significantly decreased from 7.45% to 6.79% (p = 0.003), with eight patients (28.6%) achieved criteria for diabetes remission. The average number of antidiabetic tablets per day was significantly reduced from 1.82 to 0.61 (p < 0.001), the mean cost of medication per three month period significantly declined from 160.71 to 54.64 baht (p < 0.001) and systolic blood pressure showed a statistically significant reduction from 132.86 to 127.04 mmHg (p = 0.016) with a statistical significance of 0.05. Although diastolic blood pressure decreased slightly from 81.29 to 77.11 mmHg (p = 0.079), and BMI decreased from 27.69 to 27.38 (p = 0.063), no difference.

Keywords: Diabetes Mellitus, Comprehensive diabetes care by multidisciplinary community team

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่าอัตราการเกิดโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2557[1] พบว่ามีอัตราความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 8.9 ต่อมาในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มเป็นร้อยละ 9.5[2] และจากข้อมูล Health Data Center (HDC) ปี พ.ศ. 2566 ยังชี้ให้เห็นว่าเพียงร้อยละ 33.11 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) < 7%[3] ได้สำเร็จ ซึ่งหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะทางตา ไต หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และปัญหาที่เท้า[4] เป็นต้น จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562 พบว่าโรคเบาหวานทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ จากการตายก่อนวัยอันควร โดยในเพศชายอยู่ในลำดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 8.0 และในเพศหญิงอยู่ในลำดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 13.4[5]

จากสถิติของโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย พบว่าในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราผู้ป่วยต่อแสนประชากรอยู่ที่ 392.12, 417.58 และ 516.12 ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จำนวนมากเริ่มใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และจำเป็นต้องเพิ่มปริมาณยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ผลดีขึ้น จนถึงขั้นต้องใช้ยาฉีดอินซูลิน สาเหตุหลักมาจากการขาดความรู้ ขาดความตระหนักเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังทำให้สูญเสียรายได้ทั้งในระดับบุคคลและของรัฐอีกด้วย[6]

ดังนั้นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ศรีสัชนาลัย จึงได้ตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ยกเป็นปัญหาสำคัญของชุมชนร่วมกันออกแนวทางบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพของสาธารณสุขกับผู้ป่วยและเชื่อมโยงกับชุมชน โดยส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการประเมินตนเองผ่านการเรียนรู้จากการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเอง (Self-Monitoring of Blood Glucose, SMBG) เพื่อสร้างความรู้และความตระหนักในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ ควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานโดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลได้ โดยเรียกภาวะนี้ว่า diabetes remission หรือโรคเบาหวานระยะสงบ[7] นอกจากนี้ยังช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เพิ่มความสุขในการดำเนินชีวิต และยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นทั้งต่อตนเองและครอบครัวอย่างยั่งยืนต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การสร้างแรงจูงใจพร้อมกับร่วมกันตั้งเป้าหมาย การรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน[8] เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การดูแลนี้สำเร็จ นอกจากนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด โดยเน้นที่การจัดการด้านการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม ประกอบด้วยบริโภคอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ[9-10] อาหารพลังงานต่ำ[11-14] อาหารจากพืช[15] และการอดอาหารเป็นช่วงเวลา[16] ร่วมกับการเพิ่มกิจกรรมทางกายและออกกำลังกาย[17] เป็นเวลา 3 ถึง 6 เดือน ภายใต้การดูแลของทีมแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหาร และสหวิชาชีพอื่น ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้

ที่ผ่านมาพบว่ามีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อให้เข้าสู่ระยะสงบ (Remission service) จากหลายโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน[18] อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพ ในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสงบในอำเภอ ศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจึงให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันในชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ เพื่อนำผลการศึกษาดังกล่าวมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อบริบทของชุมชนได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชน
2. เพื่อศึกษาปริมาณการใช้ยาเม็ดเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชน
3. เพื่อศึกษาค่ายาในการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชน

วิธีการศึกษา

การศึกษาติดตามย้อนหลัง (Retrospective cohort study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สมัครใจเข้ารับการดูแลแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชนในพื้นที่อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม ถึงวันที่ 28 มิถุนายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สมัครใจเข้ารับการดูแลแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชนในพื้นที่อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 28 มิถุนายน 2567 กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Analysis[19] ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) 0.8 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล Effect size เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และบันทึกผลการวินิจฉัยในเวชระเบียน 3) มีค่า eGFR ตั้งแต่ 30 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ขึ้นไป 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมรุนแรง 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตั้งครรภ์

กิจกรรมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชน

จัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 3 เดือน ใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ (comprehensive care) โดยใช้หลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered medicine) บนพื้นฐานของการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ดังนี้

- เรียนรู้เกี่ยวกับภัยโรคเบาหวาน
- เรียนรู้การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม

• เรียนรู้การดูแลช่องปาก
• เรียนรู้การออกกำลังกาย
• เรียนรู้การรับประทานยาที่ถูกต้อง
• กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย ในการควบคุมระดับน้ำตาล
• เจาะ SMBG วันละ 2 ครั้ง บันทึกผลทุกวัน
• ผู้ป่วยรายงานผล SMBG ทาง line กับ รพ.สต. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
• รพ.สต. รายงานผลทาง line กับแพทย์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
• แพทย์ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด และพิจารณาการรักษาต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล (Enrollment form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเวชระเบียน ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ 1) Demographic data ได้แก่ Gender, Age 2) Health behavior ได้แก่ Smoking และ Alcohol drinking 3) Underlying disease 4) History of diabetes mellitus ได้แก่ Antidiabetic drugs, HbA1c, Cost of drugs 5) Physical examination ได้แก่ Height, Weight, BMI, Blood pressure

ชุดที่ 2 แบบฟอร์มการติดตามผลการทำกิจกรรม (Follow-up form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การทบทวนเวชระเบียน ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) Physical examination ได้แก่ Height, Weight, BMI, Blood pressure 2) Medications คือ Antidiabetic drugs 3) Lab คือ HbA1C 4) Cost of drugs

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากเวชระเบียน (Medical record) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการดูแลแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชน ในพื้นที่อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 28 มิถุนายน 2567 จำนวน 28 คน ต่อจากนั้นแยกข้อมูล (Data extraction) แล้วบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มบันทึกข้อมูล (Enrollment form) และแบบฟอร์มการติดตามผลการทำกิจกรรม (Follow-up form) และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยที่ปรึกษา หากมีข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือขาดหายไปจะทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนอีกครั้ง และผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Microsoft Excel ก่อนจะส่งต่อข้อมูล (Export data) ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล คือ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์คุณลักษณะพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุมจากทีม สหวิชาชีพของชุมชนโดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. การวิเคราะห์ผลการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วย โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชน

คุณลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.0 ขณะที่เพศชายมีเพียงร้อยละ 25.0 มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 60.7 และมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 39.3 พฤติกรรมสุขภาพพบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 96.4 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 3.6 สูบบุหรี่ และร้อยละ 89.3 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ มีเพียงร้อยละ 10.7 ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนโรคร่วม (Underlying Diseases) พบว่า ผู้ป่วย

ครึ่งหนึ่งมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (50.0%) แสดงให้เห็นถึงภาวะร่วมที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนั้นร้อยละ 67.9 มีภาวะไขมันผิดปกติในเลือด และมีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 3.6) ที่มีโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งอาจสะท้อนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนขั้นรุนแรงจากเบาหวานในระยะเริ่มต้น ส่วนการรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 50.0 รับประทานยาจำนวน 2 เม็ด ร้อยละ 35.7 ใช้เพียง 1 เม็ด ร้อยละ 10.7 ใช้ยา 3 เม็ด และร้อยละ 3.6 ใช้ยา 4 เม็ด ส่วนค่า HbA1c เริ่มต้น พบว่าร้อยละ 57.1 มีค่า HbA1c ≥ 7% มีเพียงร้อยละ 42.9 ที่ HbA1c < 7% มูลค่ายารักษาโรคเบาหวาน พบว่าร้อยละ 50.0 มูลค่ายา 101 – 200 บาท ต่อ 3 เดือน ร้อยละ 35.7 มูลค่ายาไม่เกิน 100 บาท มีเพียงส่วนน้อย ร้อยละ 10.7 และ 3.6 ที่มูลค่ายา 201 – 300 บาท และมากกว่า 300 บาทตามลำดับ ส่วนค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic Blood pressure พบว่าร้อยละ 78.6 มี Systolic BP ต่ำกว่า 140 mmHg และ ร้อยละ 82.1 มี Diastolic BP ต่ำกว่า 90 mmHg แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในระดับเหมาะสม และดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าร้อยละ 89.3 ของผู้ป่วยมีค่า BMI ≥ 23 ซึ่งจัดว่าอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินหรืออ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมเบาหวาน

2. ผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชน

ผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชนครบ 3 เดือน พบว่า สามารถลดระดับค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) จาก 7.45% เหลือ 6.79% ซึ่งอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายการควบคุมเบาหวาน (<7%) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.003) แสดงว่าการดูแลมีประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดค่าเฉลี่ยจำนวนเม็ดยาลดลงจาก 1.82 เม็ด เหลือเพียง 0.61 เม็ดต่อวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) และมูลค่ายารักษาโรคเบาหวาน ลดลงจากเฉลี่ย 160.71 บาท/3 เดือน เหลือเพียง 54.64 บาท/3 เดือน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001)

ส่วนค่าความดันโลหิต Systolic Blood pressure ลดลงจาก 132.86 เป็น 127.04 mmHg อย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.016) แต่ Diastolic Blood pressure ลดลงเล็กน้อย จาก 81.29 เป็น 77.11 mmHg แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.079) และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงเล็กน้อย จาก 27.69 เป็น 27.38 ไม่แตกต่างกัน (p = 0.063) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชน (n = 28)

Outcomes	เริ่มต้น (Mean ± SD)	เดือนที่ 3 (Mean ± SD)	t	df	p-value
Anti-diabetic drugs (tablets)	1.82 ±0.77	0.61 ±0.92	5.84	27	<0.001
HbA1c (%)	7.45 ±1.14	6.79 ±0.54	3.30	27	0.003
Cost of anti-diabetic drugs (baht)	160.71 ±62.96	54.64 ±82.48	5.96	27	<0.001
Systolic blood pressure (mmHg)	132.86 ±11.69	127.04 ±12.15	2.58	27	0.016
Diastolic blood pressure (mmHg)	81.29 ±10.48	77.11 ±7.74	1.83	27	0.079
BMI	27.69 ±4.00	27.38 ±4.00	1.94	27	0.063

สรุปและอภิปรายผล

1. ประสิทธิภาพของการดูแลแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชน

ผลการศึกษาพบว่าการดูแลแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชน ในพื้นที่อำเภอศรีสัชนาลัย สามารถลดระดับ HbA1c ลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 7.45% เหลือ 6.79% ภายใน 3 เดือน ($p = 0.003$) มีผู้ป่วยจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 เข้าเกณฑ์โรคเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) ซึ่งหมายถึงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน (HbA1c < 6.5%) และคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด[7] สอดคล้องกับการศึกษาของ Shahrad Taheri และคณะ[20] ซึ่งรายงานว่าโปรแกรมการลดน้ำหนักที่เข้มข้นในระยะ 12 เดือน สามารถลด HbA1c ได้เฉลี่ยถึง 0.9% และนำไปสู่การเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบในกลุ่มผู้ป่วยบางรายได้

นอกจากนั้นการใช้จำนวนยาลดระดับน้ำตาลลดลงจาก 1.82 เม็ด เหลือ 0.61 เม็ดต่อวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) บ่งชี้ว่าผู้ป่วยสามารถลดการพึ่งพายาและควบคุมโรคได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Michael E J Lean และคณะ[21] ที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม weight management สามารถลดและหยุดยาได้ภายใน 12 เดือน ดังนั้นหากมีกิจกรรมต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพของชุมชนอำเภอศรีสัชนาลัย จนครบ 12 เดือน ระดับ HbA1c จะลดลงต่อเนื่อง หยุดยาได้ และพบผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะสงบมากขึ้นได้

2. มูลค่ายาในการรักษาโรคเบาหวานลดลง

เฉพาะมูลค่ายารักษาโรคเบาหวานลดลงจากเฉลี่ย 160.71 บาท เหลือเพียง 54.64 บาท ต่อ 3 เดือน ($p < 0.001$) ซึ่งผลที่ตามมาจากการควบคุมโรคได้ดี ยังสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานระยะยาวได้อีกมากมาย เป็นประเด็นที่สะท้อนผลลัพธ์เชิงระบบในด้าน "ความคุ้มค่า" (cost-effectiveness) ของการดูแลแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชน ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและระบบหลักประกันสุขภาพ โดยการศึกษาของ Yiqiao Xin และคณะ[22] รายงานว่าโปรแกรมดูแลที่ส่งเสริมการลดน้ำหนักเพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ช่วยลดค่าใช้จ่ายระยะยาวทั้งในการรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานอีกด้วย

3. ผลต่อความดันโลหิตและภาวะโภชนาการ

ค่าความดันโลหิต Systolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 132.86 เป็น 127.04 mmHg ($p = 0.016$) ส่วนความดันโลหิต Diastolic ลดลง 81.29 เป็น 77.11 mmHg แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลพวงจากการปรับพฤติกรรมด้านอาหารและการเพิ่มกิจกรรมทางกาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดย American Heart Association[23] ที่แนะนำให้ลดโซเดียมและเพิ่มกิจกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิต ส่วนในด้าน BMI มีแนวโน้มลดลงจาก 27.69 เหลือ 27.38 ($p = 0.063$) แม้ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติในระยะเวลา 3 เดือน แต่สะท้อนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งหากมีการติดตามระยะยาวมากขึ้นอาจพบความเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญยิ่งขึ้น

4. ศักยภาพของการดูแลแบบ community-based, patient-centered

การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอยู่แล้ว เช่น ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา เป็นพื้นฐานที่ เอื้อต่อการเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ ทั้งนี้ การใช้กลไกชุมชน เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อสม.ทีมสหวิชาชีพของสาธารณสุข และ พชอ.เพื่อออกแบบกิจกรรมเฉพาะราย (individualized care) ถือเป็นตัวอย่างของการใช้แนวคิด “precision public health” ที่ส่งเสริมความเท่าเทียมในการดูแลสุขภาพ[24]

สรุปผลการศึกษา

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชนมีผลต่อการลดระดับ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ลดปริมาณยา ลดต้นทุนในการรักษา ควบคุมความดันโลหิตได้ดี และผู้ป่วยสามารถเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 จัดทำคู่มือสำหรับทีมสหวิชาชีพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบครอบคลุมทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และคลินิกเอกชน

1.2 ควรส่งเสริมการจัดระบบบริการดูแลโรคเบาหวานแบบครอบคลุมในชุมชน โดยเฉพาะการบูรณาการระหว่างทีมสหวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การสอนปรับพฤติกรรมรับประทานอาหาร, การออกกำลังกายตามศักยภาพของผู้ป่วย, และการใช้ SMBG (Self-Monitoring Blood Glucose) อย่างสม่ำเสมอ

1.3 สนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนพัฒนาคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ ควรมีเป้าหมายอื่นไม่ใช่เพียงควบคุมโรคเบาหวาน เช่น การควบคุมความดันโลหิต BMI และไขมันในเลือด เป็นต้น

1.4 ส่งเสริมการดูแลเบาหวานระยะสงบแบบสหวิชาชีพในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้กลไก พชอ.อสม.ชมรมผู้ป่วยเบาหวาน หรือเครือข่ายวัด เป็นกลไกขับเคลื่อน "โรคเบาหวานระยะสงบโดยชุมชนมีส่วนร่วม" ซึ่งเพิ่มโอกาสการรักษาแบบองค์รวม

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรพัฒนาโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชน โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดที่มีกลุ่มควบคุมสำหรับเปรียบเทียบ หรือการวิจัยเชิงผสมผสาน (mixed methods research) ปรับลดอคติของการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบประสิทธิผลของโมเดลในรูปแบบที่ควบคุมตัวแปรได้มากขึ้น และเพิ่มความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรติดตามผลระยะยาว เช่น ในระยะ 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน เป็นต้น หลังจากดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุมจากทีม สหวิชาชีพของชุมชน เพื่อประเมินความยั่งยืน ประสิทธิผลของการดูแลรักษา และควรวัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตร่วมด้วย

2.3 ควรศึกษาผลในระยะยาวต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง ภาวะจอตาผิดปกติจากเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่ปลายประสาทจากเบาหวาน เป็นต้น เพื่อดูว่าสามารถป้องกันหรือลดโรคร่วมได้หรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านจากโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ที่สนับสนุนให้คำแนะนำ ความช่วยเหลือ เก็บข้อมูล ประสานงานกับผู้ป่วย และคอยให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ จนกระทั่งงานวิจัยประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, กนิษฐา ไทยกล้า, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. อักษร กราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

2.วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

3.Health Data Center (HDC). (2567). รายงานตามตัวชี้วัด NCD Clinic Plus ปี 2566. https://thaitgri.orghttps://hdcservice.moph.go.th/

4.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมาร และหน่วยงานอื่น ๆ. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. ศรีเมืองการพิมพ์.

5.สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศแผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย. (2566). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. แฮนดี เพรส.

6.โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย. (2567). รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย.

7.คณะทำงานพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ให้เข้าสู่ระยะสงบของโรคด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง. (2565). แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข. พีพี มีเดีย ดีไซน์ แอนด์ พริ้นท์.

8.เทอดศักดิ์ เดชคง. (2560). สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs. บียอนด์ พับลิสชิ่ง.

9.Wheatley, S. D., Deakin, T. A., Arjomandkhah, N. C., Hollinrake, P. B., & Reeves, T. E. (2021). Low Carbohydrate Dietary Approaches for People With Type 2 Diabetes-A Narrative Review. Frontiers in nutrition, 8, 687658. https://doi.org/10.3389/fnut.2021.687658.

10.Kelly, T., Unwin, D., & Finucane, F. (2020). Low-Carbohydrate Diets in the Management of Obesity and Type 2 Diabetes: A Review from Clinicians Using the Approach in Practice. International journal of environmental research and public health, 17(7), 2557. https://doi.org/10.3390/ijerph17072557.

11.Juray, S., Axen, K. V., & Trasino, S. E. (2021). Remission of Type 2 Diabetes with Very Low-Calorie Diets-A Narrative Review. Nutrients, 13(6), 2086. https://doi.org/10.3390/nu13062086.

12.Rosenfeld, R. M., Kelly, J. H., Agarwal, M., Aspry, K., Barnett, T., Davis, B. C., Fields, D., Gaillard, T., Gulati, M., Guthrie, G. E., Moore, D. J., Panigrahi, G., Rothberg, A., Sannidhi, D. V., Weatherspoon, L., Pauly, K., & Karlsen, M. C. (2022). Dietary Interventions to Treat Type 2 Diabetes in Adults with a Goal of Remission: An Expert Consensus Statement from the American College of Lifestyle Medicine. American journal of lifestyle medicine, 16(3), 342–362. https://doi.org/10.1177/15598276221087624.

13.Lean, M. E., Leslie, W. S., Barnes, A. C., Brosnahan, N., Thom, G., McCombie, L., Peters, C., Zhyzhneuskaya, S., Al-Mrabeh, A., Hollingsworth, K. G., Rodrigues, A. M., Rehackova, L., Adamson, A. J., Sniehotta, F. F., Mathers, J. C., Ross, H. M., McIlvenna, Y., Stefanetti, R., Trenell, M., Welsh, P., ... Taylor, R. (2018). Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. Lancet (London, England), 391(10120), 541–551. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33102-1.

14.Taheri, S., Zaghloul, H., Chagoury, O., Elhadad, S., Ahmed, S. H., El Khatib, N., Amona, R. A., El Nahas, K., Suleiman, N., Alnaama, A., Al-Hamaq, A., Charlson, M., Wells, M. T., Al-Abdulla, S., & Abou-Samra, A. B. (2020). Effect of intensive lifestyle intervention on bodyweight and glycaemia in early type 2 diabetes (DIADEM-I): an open-label, parallel-group, randomised controlled trial. The lancet. Diabetes & endocrinology, 8(6), 477–489. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30117-0.

15.McMacken, M., & Shah, S. (2017). A plant-based diet for the prevention and treatment of type 2 diabetes. Journal of geriatric cardiology : JGC, 14(5), 342–354. https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2017.05.009.

16.Albosta, M., & Bakke, J. (2021). Intermittent fasting: is there a role in the treatment of diabetes? A review of the literature and guide for primary care physicians. Clinical diabetes and endocrinology, 7(1), 3. https://doi.org/10.1186/s40842-020-00116-1.

17.Colberg, S. R., Sigal, R. J., Yardley, J. E., Riddell, M. C., Dunstan, D. W., Dempsey, P. C., Horton, E. S., Castorino, K., & Tate, D. F. (2016). Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. Diabetes care, 39(11), 2065–2079. https://doi.org/10.2337/dc16-1728.

18.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Remission service). กรม.

19.Kang H. (2021). Sample size determination and power analysis using the G*Power software. Journal of educational evaluation for health professions, 18, 17. https://doi.org/10.3352/jeehp.2021.18.17

20.Taheri, S., Zaghloul, H., Chagoury, O., Elhadad, S., Ahmed, S. H., El Khatib, N., Amona, R. A., El Nahas, K., Suleiman, N., Alnaama, A., Al-Hamaq, A., Charlson, M., Wells, M. T., Al-Abdulla, S., & Abou-Samra, A. B. (2020). Effect of intensive lifestyle intervention on bodyweight and glycaemia in early type 2 diabetes (DIADEM-I): an open-label, parallel-group, randomised controlled trial. The lancet. Diabetes & endocrinology, 8(6), 477–489. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30117-0

21.Lean, M. E. J., Leslie, W. S., Barnes, A. C., Brosnahan, N., Thom, G., McCombie, L., Peters, C., Zhyzhneuskaya, S., Al-Mrabeh, A., Hollingsworth, K. G., Rodrigues, A. M., Rehackova, L., Adamson, A. J., Sniehotta, F. F., Mathers, J. C., Ross, H. M., McIlvenna, Y., Welsh, P., Kean, S., Ford, I., ... Taylor, R. (2019). Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. The lancet. Diabetes & endocrinology, 7(5), 344–355. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30068-3

22.Xin, Y., Davies, A., Briggs, A., McCombie, L., Messow, C. M., Grieve, E., Leslie, W. S., Taylor, R., & Lean, M. E. J. (2020). Type 2 diabetes remission: 2 year within-trial and lifetime-horizon cost-effectiveness of the Diabetes Remission Clinical Trial (DiRECT)/Counterweight-Plus weight management programme. Diabetologia, 63(10), 2112–2122. https://doi.org/10.1007/s00125-020-05224-2

23.Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Jr, Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., DePalma, S. M., Gidding, S., Jamerson, K. A., Jones, D. W., MacLaughlin, E. J., Muntner, P., Ovbiagele, B., Smith, S. C., Jr, Spencer, C. C., Stafford, R. S., Taler, S. J., Thomas, R. J., Williams, K. A., Sr, Williamson, J. D., ... Wright, J. T., Jr (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension (Dallas, Tex. : 1979), 71(6), 1269–1324. https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000066

24.Khoury, M. J., Iademarco, M. F., & Riley, W. T. (2016). Precision Public Health for the Era of Precision Medicine. American journal of preventive medicine, 50(3), 398–401. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.08.031

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of a Stroke Prevention Behavior Modification Program on Hypertensive Patients in the Service Area of Pak Kut Wai Tambon Health Promoting Hospital, Nong Kin Phen Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: August 11,2025 ; Revised: August 18,2025 ; Accepted: August 19,2025)

ชบา ตลุนจันทร์[1]
CHABA TALOONJAN[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 37 คน รวม 74 คน กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกินเพล ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่สร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2568 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรม โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a behavioral modification program for stroke prevention among patients with hypertension in the service area of Pak Kut Wai Tambon Health Promoting Hospital, Nong Kin Ple Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 74 participants, divided into two groups of 37 each. The experimental group comprised patients with hypertension in the service area of Pak Kut Wai Tambon Health Promoting Hospital, while the comparison group consisted of patients with hypertension in the service area of Nong Kin Ple Tambon Health Promoting Hospital, both located in Nong Kin Ple Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group received a specifically developed 12-week intervention program, while the comparison group received standard care. Data were collected using a structured questionnaire administered before and after the intervention, from March 1 to May 31, 2025. Descriptive statistics were used for data analysis, including percentages, means, standard deviations,

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

medians, and the 25th and 75th percentiles. The paired t-test was used for within-group comparisons, and the independent t-test was used for between-group comparisons, with a significance level set at 0.05.
Keywords: Program, Stroke, Hypertension

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของประชากรทั่วโลก[1] ข้อมูลจากประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2020 ระบุว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นร้อยละ 6.12 ของผู้ป่วยทั่วโลก โดยพบว่า ร้อยละ 87 เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด และ อัตราการกลับเป็นซ้ำอยู่ที่ร้อยละ 23.27[2] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2549 – 2563[3] พบว่า อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ร้อยละ 3.93 และอัตราการกลับเป็นซ้ำอยู่ที่ร้อยละ 16.81 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลโพนทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หน่วยบริการระดับทุติยภูมิที่มีหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเวลาดังกล่าว อยู่ระหว่างร้อยละ 1.01 - 1.10 และแบ่งเป็น โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ร้อยละ 85 - 88 ขณะที่ อัตราการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.16 เป็นร้อยละ 16.92[4] สะท้อนให้เห็นแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่อาจนำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม ภาวะแทรกซ้อน ของโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแลและครอบครัว โดยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นเมื่อเลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้ ส่งผลให้สมองขาดออกซิเจนและสารอาหาร ซึ่งอาจทำให้เซลล์สมองถูกทำลายและตายในที่สุด สามารถแบ่งออกเป็น โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic Stroke) และ โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก (Hemorrhagic Stroke) โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจเกิดจากลิ่มเลือดที่ไหลไปอุดตันในหลอดเลือดสมอง หรือภาวะหลอดเลือดตีบแคบจากการสะสมของไขมัน โดยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้เกิดขึ้นมากที่สุด คิดเป็นประมาณ 80% ของผู้ป่วยทั้งหมด[1] ส่วนโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกเกิดจากการแตกของหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้เลือดรั่วออกและทำลายเนื้อเยื่อสมอง ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะหลอดเลือดโป่งพอง หรือความผิดปกติของหลอดเลือดสมองแต่กำเนิด โดยมีความรุนแรงสูงและ อัตราการเสียชีวิตอยู่ในระดับสูง[2] ดังนั้น การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อลดอัตราการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เป็นปัจจัยหลักที่เพิ่มความเสี่ยง ซึ่งได้แก่ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การขาดยาและหยุดยาเอง การไม่มาตรวจตามแพทย์นัด การเลือกรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ปัจจัยทางคลินิก เช่น ภาวะดื้อต่อยาแอสไพริน การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงไม่ดี และการมีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ก็มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง[5] จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบแนวทางและนวัตกรรมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลายวิธี เช่น กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตัวเอง การฝึกทักษะ การเสริมสร้างความสามารถแห่งตน การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การเสริมพลังอำนาจ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปสอดคล้องกับการศึกษาของสวาท วันอุทา[6] ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือด

สมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า การสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัวช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รติกานต์ วรรณสิงห์ และคณะ[7] ศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -42.84, 95% CI = -61.69 ถึง -55.51, p-value < .001) และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -52.62, 95% CI = -59.67 ถึง -55.08, p-value < .001) พรธิรา บุญฉวี และคณะ[8] ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม (M = 64.90, SD = 5.95) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 60.20, SD = 5.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -5.95, p < .001) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 58.70, SD = 5.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -3.314, p < .001) เพียงเดือน สันวงศ์ และคณะ[9] ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ณ ตำบลไหล่หิน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตช่วงบน (M = 123.13, SD = 5.51) และช่วงล่าง (M = 70.83, SD = 8.01) รวมถึงดัชนีมวลกาย (M = 22.48, SD = 3.57) และเส้นรอบเอว (M = 85.50, SD = 9.28) ล้วนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) แสงจันทร์ พลลาภ และคณะ[10] ศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวโดน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (M = 47.00, SD = 2.97) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 32.27, SD = 3.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t = 23.44, p < .001) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 34.00, SD = 3.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t = 15.42, p < .001) พรธิรา บุญฉวี[8] ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีประชาการ 4,080 คน พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 493 คน คิดเป็นร้อยละ 12.08 ของประชากรทั้งหมด มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 31 คน คิดเป็นร้อยละ 0.75 ของประชากรทั้งหมด[12] พื้นที่ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งอยู่ใน

เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย กำลังเผชิญกับปัญหาความชุกของโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น โดยข้อมูลเชิงปริมาณจากรายงานสถานการณ์สุขภาพปี 2566 ระบุว่ามีประชากรวัย 40 ปีขึ้นไปร้อยละ 68.3 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และในจำนวนนี้ร้อยละ 35.7 มีระดับความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ (SBP≥140 mmHg หรือ DBP≥90 mmHg) แม้จะได้รับยาลดความดันโลหิตแล้ว นอกจากนี้ อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เพิ่มขึ้นจาก 12.5 ต่อประชากร 1,000 คน ในปี 2564 เป็น 15.8 ต่อประชากร 1,000 คน ในปี 2566 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยและครอบครัวพบว่า ปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรค ขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และขาดการสนับสนุนจากครอบครัว นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ขาดการออกกำลังกาย และยังคงสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร จำเป็นต้องมีการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi– Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest–Posttest Design

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือด

สมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง (samples)

กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 37 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกินเพล ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 37 คน

ขนาดตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน[13] ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 37 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยกิจกรรมที่ออกแบบเพื่อมุ่งเน้นการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ โดยเน้นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมักเป็นภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง โปรแกรมนี้อาจประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การเพิ่มกิจกรรมทางกาย เช่น การออกกำลังกาย และการปรับพฤติกรรมการใช้ยาและการควบคุมความดันโลหิต นอกจากนี้ โปรแกรมอาจรวมถึงการติดตามผลเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องและเหมาะสมตามที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ให้การดูแล เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 5 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลคำน้ำแซบอำเภอวารินชำราบ จังหวัด

อุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ KR-20 และการรับรู้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.887 การรับรู้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.842 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.864 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.878 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.836 และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.854 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05

วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ paired t-test ในเรื่องความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB 2568-02.012 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.2 มีอายุเฉลี่ย 57.27 ปี (S.D. = 7.70 ปี) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 70.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.9 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรรม ร้อยละ 73.0 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25} = 900 บาท : P_{75} = 12,500 บาท) และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.8 ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.1 มีอายุเฉลี่ย 55.45 ปี (S.D. = 8.26 ปี) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 75.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.3 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรรม ร้อยละ 78.4 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25} = 1,500 บาท : P_{75} = 15,000 บาท) และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.1 ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

3.1ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.38 คะแนน (95% CI=2.53-4.22)

3.2ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.76 คะแนน (95% CI=0.72-2.78)

3.3ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.30 คะแนน (95% CI=1.55-3.03)

3.4ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.13 คะแนน (95% CI=2.59-3.67)

3.5ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.78 คะแนน (95% CI=1.85-3.70)

3.6ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.05 คะแนน (95% CI=2.01-4.09)

3.7ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.62 คะแนน (95% CI=1.73-3.51)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีการออกแบบกิจกรรมที่ตอบสนองต่อองค์ประกอบสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ การให้ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย การเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การเน้นย้ำประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการลดอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ รวมถึงการติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ อาจมีส่วนช่วยกระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้และนำไปสู่การปฏิบัติจริงอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของรติกานต์ วรรณสิงห์ และคณะ[7] ศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -42.84, 95% CI = -61.69 ถึง -55.51, p-value < .001) และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -52.62, 95% CI = -59.67 ถึง -55.08, p-value < .001) พรธิรา บุญฉวี และคณะ[11] ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม (M = 64.90, SD = 5.95) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 60.20, SD = 5.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -5.95, p < .001) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 58.70, SD = 5.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -3.314, p < .001) เพียงเดือน สันวงศ์ และคณะ (2567) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ณ ตำบลไหล่หิน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) แสงจันทร์ พลลาภ และคณะ[10] ศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวโดน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (M = 47.00, SD = 2.97) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 32.27, SD = 3.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t = 23.44, p < .001) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 34.00, SD = 3.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t = 15.42, p < .001) เปรมฤดี เฮนะเกษตร[14]

ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น (Mean=12.02) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=10.71) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็น (Mean=4.05) สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=3.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ทิตาวดี สิงห์โค และคณะ[15] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) จารุวรรณ จันดาหงษ์ และคณะ[16] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการปกติของโรงพยาบาล พรรณพิไล สุทธนะ และคณะ[17] ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) พิชชานันท์ สงวนสุข[18] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ณ อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) วันดี สาทถาพร[19] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม Dungmun Stroke Model ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงมัน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 89.31 (SD = 1.10) และเพิ่มขึ้นเป็น 94.77 (SD = 1.30) หลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) จุฬารัตน์ ขยันควร[20] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรสนับสนุนให้มีการบูรณาการโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเข้ากับระบบบริการปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีภาวะโรคเรื้อรังสูง เพื่อให้เกิด

การป้องกันโรคอย่างยั่งยืน ลดภาระของระบบสุขภาพในระยะยาว

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ หน่วยบริการสุขภาพในระดับตำบลควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถจัดกิจกรรมที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงลึก เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคล การใช้สื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง

1.3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละชุมชน เพื่อพัฒนาโปรแกรมที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของประชาชน รวมถึงศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

1.4 ข้อเสนอแนะเชิงชุมชน ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการติดตามและสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่เอื้อต่อการดูแลตนเองและสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในวิถีชีวิตประจำวัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ขยายระยะเวลาในการติดตามผล ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลหลังการดำเนินโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว และตรวจสอบว่า ผู้ป่วยสามารถรักษาพฤติกรรมที่ดีไว้ได้หรือไม่เมื่อสิ้นสุดการแทรกแซงแล้ว

2.2 เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและหลากหลายพื้นที่ การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างจากหลายชุมชนหรือจังหวัด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถสรุปภาพรวมได้กว้างขึ้นและนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างกันได้มากขึ้น

2.3 เปรียบเทียบรูปแบบโปรแกรมหรือวิธีการแทรกแซง ควรศึกษาการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ใช้วิธีการแทรกแซงต่างกัน เช่น โปรแกรมกลุ่มย่อยกับโปรแกรมรายบุคคล หรือโปรแกรมที่ใช้เทคโนโลยีสุขภาพกับโปรแกรมรูปแบบดั้งเดิม เพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมที่สุดกับกลุ่มเป้าหมาย

2.4 ศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม ควรเสริมการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อให้เข้าใจถึงแรงจูงใจ อุปสรรค และบริบททางสังคมของผู้ป่วยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้สามารถออกแบบโปรแกรมได้ตรงจุดยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin, V. L., Stark, B. A., Johnson, C. O., Roth, G. A., Bisignano, C., Abady, G. G., ... & Vos, T. (2022). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2020: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020. The Lancet Neurology, 21(8), 778-793.
2. Kleindorfer, D. O., Towfighi, A., Chaturvedi, S., Cockroft, K. M., Gutierrez, J., Lombardi-Hill, D., ... & Mohl, S. (2021). 2021 guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 52(7), e364-e467.
3. Aunthakot, P., Sirithanawutichai, T., & Chottanapund, S. (2023). Stroke incidence and recurrence rates in Thailand between 2006 and 2020. Journal of Thai Stroke Society, 15(2), 112-125. https://doi.org/
4. Shani, R., Rattanavipapong, W., & Teerawattananon, Y. (2022). Trends in stroke incidence, recurrence, and mortality in Thailand: A hospital-based study from 2006 to 2021. Asian Pacific Journal of Public Health, 34(3), 225-239.
5. Kolmos, M., Kaur-Pedersen, B., & Hansen, A. T. (2021). Recurrent stroke: Identifying key risk factors and long-term outcomes. European Stroke Journal, 6(1), 24-34.

6. สวาท วันอุทา. (2566). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(4), 142-150.
7. รติกานต์ วรรณสิงห์ และ ณิชาภัตร พุฒิคามิน. (2567). ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 17(2), 83-96.
8. พรธิรา บุญฉวี และ ปชาณภัฐ์ นันไทยทวีกุล. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ. วารสารพยาบาล, 73(2), 51-60.
9. เพียงเดือน สันวงศ์, บุศรินทร์ ผัดวัง, และ ศิริรัตน์ ผ่านภพ. (2567). ประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลไหล่หิน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 5(2), 99-111.
10. แสงจันทร์ พลลาภ และ ประภัสสร ดลวาส. (2566). การสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(2), 131-138.
11. พรธิรา บุญฉวี. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
12. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย. (2567). รายงานสถานการณ์สุขภาพ. (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์). โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย, อุบลราชธานี.
13. Lemeshow, S., Hosmer Jr, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). Adequacy of sample size in health studies. World Health Organization.
14. เปรมฤดี เฮนะเกษตร. (2567). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 7(1), 1-14.พฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน
15. ทิตาวดี สิงห์โค, ศากุล ช่างไม้, และ ทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 16(2), 42-55.
16. จารุวรรณ จันดาหงษ์, เดชา ทาดี, และ ศิวพร อึ้งวัฒนา. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 50(1), 300-311.
17. พรรณพิไล สุทธนะ, ปิ่นนเรศ กาศอุดม, และ กชวรรณ ทะวิชัย. (2567). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตภาคเหนือ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9(4), 753-761.
18. พิชชานันท์ สงวนสุข. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
19. วันดี สาทถาพร. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรม Dungmun Stroke Model ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงมัน. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(1), 163-172.
20. จุฬารัตน์ ขยันควร. (2567). ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 6(3), 1-13.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

EFFECTIVENESS OF A HEALTH LITERACY PROMOTION PROGRAM AND HYPERTENSION PREVENTION BEHAVIORS AMONG HIGH-RISK INDIVIDUALS IN SADAO YAI SUBDISTRICT, KHUKHAN DISTRICT, SISAKET PROVINCE.

(Received: August 13,2025 ; Revised: August 23,2025 ; Accepted: August 24,2025)

สมนึก นิยมหาญ[1]
SOMNUEK NIYOMHAN[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 26 คน รวม 52 คน กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่สร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 15 มีนาคม 2568 ถึงวันที่ 15 มิถุนายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การตัดสินใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคความดันโลหิตสูง, ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of a health literacy and hypertension prevention behavior promotion program among individuals at risk of hypertension in Sadao Yai Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province. The sample consisted of two groups of 26 participants each, totaling 52 participants. The experimental group comprised individuals at risk of hypertension in Sadao Yai Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province, while the comparison group comprised individuals at risk of hypertension in Hua Suea Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province. The experimental group participated in the developed program for 12 weeks, whereas the comparison group received the standard program. Data were collected twice, before and after the intervention, from March 15, 2025, to June 15, 2025, using a questionnaire. Descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, median, and the 25th and 75th percentiles, were used. Differences in mean scores within groups were analyzed using the paired t-test, and differences between groups were analyzed using the independent t-test, with a significance level set at 0.05.

The results showed that, after the intervention, the mean scores for access to hypertension information, knowledge and understanding of hypertension, self-management regarding hypertension, communication about

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองลุง ตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

hypertension, decision-making regarding hypertension, media literacy on hypertension, and hypertension prevention behaviors were significantly higher than before the intervention and higher than those of the comparison group at the 0.05 level.

Keywords: Health literacy, Disease prevention behaviors, Hypertension, At-risk population

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ Non-Communicable diseases-NCDs เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นทั่วโลก จำนวนผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นสองเท่าระหว่างปี 1990 ถึง 2019 จาก 650 ล้านคนเป็น 1.3 พันล้านคน และคาดว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกไม่ทราบถึงอาการของตนเองประชากรวัยผู้ใหญ่มากกว่าสามในสี่ที่มีความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง สำหรับประเทศไทยในปี 2566 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 507,104 คน มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.06[1] สถานการณ์ของจังหวัดศรีสะเกษ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 45,829 คน ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง จำนวน 32,512 คน คิดเป็นร้อยละ70.49 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 59.71 อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.19 ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงส่วนมากมักไม่แสดงอาการและที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยจริงหากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลานาน และไม่ได้รับการรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น อาจมีผลทำให้เสียชีวิต ซึ่งประชาชนที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่ยังไม่ได้เข้ารับการรักษา[2] สถานการณ์ของอำเภอขุขันธ์ พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 21.35 อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.19 ตามระบบการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง ได้กำหนดให้มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในปี2566 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองลุงได้คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปมีเป้าหมายจำนวน 1,950 คน คัดกรองได้ 1,560 คน คิดเป็นร้อยละ 80 พบกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 11.41 และส่งพบแพทย์เพื่อยืนยันว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่พบว่าป่วยจริง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 4.49 จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูง เป็นภัยเงียบมักไม่แสดงอาการของโรค ทำให้ประชาชนไม่ทราบว่าตนมีภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งในอนาคตประชาชนกลุ่มเสี่ยงป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น เป็นกลุ่มบุคคลสำคัญที่ทางหน่วยงานสาธารณสุขต้องรีบเร่งแก้ไขเพื่อลดอัตราการป่วยเพิ่ม[3]

สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension risk) คือกลุ่มระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง (High normal blood pressure) หมายถึงค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 130/80 มม.ปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง140/90 มม.ปรอท[2] ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่การป่วยในไม่ช้า การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งสำคัญ คือปัจจัยเสี่ยงจากการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ได้แก่การบริโภคเกลือมากเกินไป อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว และไขมันทรานส์สูง การบริโภคผักและผลไม้น้อย การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคยาสูบ แอลกอฮอล์ และการมีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน[5] ซึ่งถ้ากลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและสามารถดูแลตนเองลดปัจจัยเสี่ยง ให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ก็จะสามารถกลับเป็นกลุ่มปกติได้ ป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น กลุ่มเสี่ยงจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญต่อการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคติดต่อไม่เรื้อรัง จากข้อมูลด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองลุง ในปี 2567 พบว่าในแต่ละเดือน

จะมีผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ร้อยละ 4.49 เฉลี่ยเดือนละ 0.37 ราย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถคุมความดันได้ดีที่ร้อยละ 51.10 โดยการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมและป้องกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของหน่วยงานที่ผ่านมา

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มเสี่ยงควรมีความเข้าใจ สามารถพิจารณาประเมินและแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพถือว่าเป็นดัชนีชี้วัดที่สามารถสะท้อน และใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน[5,6] ได้ให้คำนิยาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นทักษะทางปัญญา และสังคมที่ชี้นำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน คือทักษะความรู้ความเข้าใจ (Congnitive skill) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (Access skill) ทักษะการรู้เท่าทันเสื่อ (Media literacy skill) ทักษะการตัดสินใจ (Decision-making skill) และทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทุกผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพการส่งเสริมและการป้องกันโรค เนื่องจากผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สะท้อนให้เห็นความสามารถการใช้ข้อมูลข่าวสาร สามารถตัดสินใจบนพื้นฐานของทฤษฎีมีส่วนร่วมในกิจกรรมมีผลของสุขภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถเลือกใช้บริการสาธารณสุขมีแบบแผนชีวิตที่ดี พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่สำคัญๆ เพื่อใช้ในการปฏิบัติตัว ทำให้ผลลัพธ์สุขภาพดี เช่นภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และค่าใช้จ่าย[7] และความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยและผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ เช่น ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิต[8] โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีผลทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในทางที่ดีขึ้น และลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่[9] โรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมหรือพัฒนาให้เกิดความรอบรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากขึ้น จึงจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้[10]

ตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 8,068 คน และมีประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 2,129 คน ในปี พ.ศ.2567 มีการคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 1,960 คน คิดเป็นร้อยละ 49.48 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 386 คน คิดเป็นร้อยละ 19.69 มีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 178 คน คิดเป็นร้อยละ 9.08 จากผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงด้วยวาจา พบว่ากลุ่มเสี่ยงดังกล่าว มีปัจจัยเสี่ยงมาจากการมีน้ำหนักเกิน หรือเป็นโรคอ้วน จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 5.71 การไม่ออกกำลังกาย 110 คน คิดเป็นร้อยละ 5.61 มีการสูบบุหรี่ จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 4.13 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน102คน คิดเป็นร้อยละ5.20 และมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ จำนวน312คน คิดเป็นร้อยละ15.91 และหน่วยบริการยังขาดการสนับสนุนส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง[11] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นการดูแลป้องกันในระดับชุมชน ลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการในระดับ

ปฐมภูมิ และกิจกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การตัดสินใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การตัดสินใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi– Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest–Posttest Design การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การตัดสินใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอ ขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง (samples)

กลุ่มทดลอง ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 26 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 26 คน

ขนาดตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน[12] ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย กิจกรรมที่มุ่งเน้นการเพิ่มพูนความรู้

และทักษะด้านสุขภาพให้กับประชาชนในกลุ่มเสี่ยง เพื่อช่วยให้สามารถป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมนี้ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ รวมถึงการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การวัดความดันโลหิตอย่างถูกวิธี การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และการสร้างแรงจูงใจผ่านกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้โปรแกรมยังเน้นการติดตามผลและประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ ซึ่งคาดว่าจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 การสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 การตัดสินใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 7 การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ KR-20 และการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การตัดสินใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.845 การเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.867 การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.878 การสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.887 การตัดสินใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.788 และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.820 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05

วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ paired t-test ในเรื่องความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การตัดสินใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การตัดสินใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ รหัสโครงการ SPPH 2025-041 ลงวันที่ 14 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.7 มีอายุเฉลี่ย 5887 ปี (S.D. = 8.87 ปี) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 76.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.2 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรรม ร้อยละ 73.1 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25} = 3,000 บาท: P_{75} = 15,000 บาท) และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.5 ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.8 มีอายุเฉลี่ย 56.89 ปี (S.D. = 7.89 ปี) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 80.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.4 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรรม ร้อยละ 76.9 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25} = 2,000 บาท: P_{75} = 20,000 บาท) และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.4 ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การตัดสินใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

3.1ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.58 คะแนน (95% CI=1.80-3.35)

3.2ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.31 คะแนน (95% CI=2.27-4.34)

3.3ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.31 คะแนน (95% CI=1.26-3.35)

3.4ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนน

เฉลี่ยของการสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.15 คะแนน (95% CI=1.68-4.62)

3.5ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.23 คะแนน (95% CI=2.35-4.10)

3.6ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.07 คะแนน (95% CI=1.99-4.15)

3.7ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.27 คะแนน (95% CI=2.26-4.27)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การตัดสินใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากโปรแกรมที่พัฒนามีการออกแบบเนื้อหาและกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมควบคู่กับการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครอบคลุม และเข้าใจง่ายเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยง การป้องกัน และการจัดการตนเอง พร้อมสร้างทักษะการค้นหาและประเมินข้อมูล การสื่อสาร การตัดสินใจ และการฝึกปฏิบัติจริง ทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ต่อเนื่อง อีกทั้งได้รับแรงสนับสนุนจากทีมวิจัย อสม. และผู้นำชุมชน รวมถึงการติดตามใกล้ชิดตลอด 12 สัปดาห์ และกิจกรรมหลากหลาย ส่งผลให้เกิดความเข้าใจ มั่นใจ และปรับพฤติกรรมได้ดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของธนพร บึงมุม และคณะ[13] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในบุคลากรกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม บุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) รวมถึงระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตตัวบนและความดันโลหิตตัวล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.05) ซึ่งแสดงถึงผลลัพธ์ที่ดีต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง กลมลี แสนบุดดา[14] ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง 60 คนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สมศรี ภูแพง [15] ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่าหลังจากการดำเนินการตามโปรแกรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) สุฑาทิพย์ ใหมคำ และคณะ[16] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม นวลอนงค์ ศรีสุกไสย[17] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในตำบลเขาขลุง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาภรณ์ คำก้อน และคณะ[18] ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองอยู่ในระดับดีมาก และสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองที่อยู่ในระดับพอใช้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงโดยรวมของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .32, p < .05) รุ่งทิวา กุลธรรมประทับ[19] ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) รวมถึงค่าความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) สมยศ แสงหิ่งห้อย และคณะ[20] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพจังหวัดอ่างทอง ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยระบบ Digital Healthcare การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยหลังการดำเนินการ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) นันทยา นนเลาพล[21] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) รวมถึงระดับความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.05) ธนาพร ปะตาทะโย [22] ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและในทุกด้าน (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ทิพวัลย์ เปียสะคร้าน และคณะ[23] ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้าง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$ และ $p < .001$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะชุมชนและปัจจัยเสี่ยงคล้ายคลึงกัน เพื่อเพิ่มโอกาสลดความเสี่ยงและควบคุมการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในวงกว้าง

1.2 ควรบูรณาการโปรแกรมเข้ากับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน อสม. และครอบครัว เพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนของการปรับพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง

1.3 ควรมีการติดตามและประเมินผลโปรแกรมในระยะยาว เพื่อตรวจสอบความคงอยู่ของพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนแล้ว รวมถึงใช้ข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงเนื้อหาและวิธีการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์และความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละช่วงเวลา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและเลือกจากหลายพื้นที่ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความครอบคลุมและสามารถนำไปอ้างอิงได้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น

2.2 ควรออกแบบการติดตามผลหลังจบโปรแกรมในระยะ 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาพฤติกรรมเหล่านั้น

2.3 ควรใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสนทนากลุ่ม เพื่อให้เข้าใจปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อการปรับพฤติกรรมและอุปสรรคในการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตจริงของกลุ่มเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข .(2565).รายงานประจำปี NCD2565:นนทบุรี
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2562). แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุขันธ์. (2567). รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ.
4. World Health Organization. (2023). Hypertension. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
5. World Health Organization. (1998). Health promotion glossary. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/64546
6. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259-267.
7. ปาจรา โพธิหัง. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 15(2), 45-57.
8. ปวิตรา ทองมา. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 38(1), 25-37.
9. มิตรธิรา แจ่มใส. (2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 18(3), 112-123.
10. รุ่งนภา อาระหัง. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26(1), 39-51.

11. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองลุง. (2567). ข้อมูลสุขภาพประชาชนและผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง.
12. Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). Adequacy of sample size in health studies. World Health Organization.
13. ธนพร บึงมุม และ สงกรานต์ กลั่นด้วง. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(3), 371-379.
14. กลมลี แสนบุดดา. (2567). รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(6), 181-189.
15. สมศรี ภูแพง. (2567). รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(4), 526-534.
16. สุฑาทิพย์ ใหมคำ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และ นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 51(3), 200-212.
17. นวลอนงค์ ศรีสุกไสย. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช, 4(1), 1-15.
18. อาภรณ์ คำก้อน, สุพัตรา บัวที, อัจฉรา ชัยชาญ, บุญญภัสร์ ภูมิภู, และ กัญจนณิชา เรืองชัยทวีสุข. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง. วารสารการศึกษาและพยาบาลสุขภาพ, 28(2), 258-270.
19. รุ่งทิวา กุลธรรมประทับ. (2566). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(2), 388-396.
20. สมยศ แสงหิ่งห้อย และ รัชนีย์ จิตร์กระจ่าง. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพ จังหวัดอ่างทอง. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9(2), 502-510.
21. นันทยา นนเลาพล. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนสวรรค์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(4), 575-584.
22. ธนาพร ปะตาทะโย. (2567). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 9(4), 789-795.
23. ทิพวัลย์ เปียสะคร้าน, ยุพา จิ๋วพัฒนกุล, และ จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์. (2566). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทางการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลศาสตร์, 41(4), 44-55.

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

Development Of A Blood Pressure Control Model Using Health Stations In Song Hong Subdistrict, Muang Buriram District, Buriram Province.

(Received: August 15,2025 ; Revised: August 23,2025 ; Accepted: August 24,2025)

สุนทร จองวัฒนศักดิ์[1]
Suntorn Jongwattanasak[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพและปัญหาการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2) พัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ และ 3) ประเมินผลของรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ และระยะที่ 3 การถอดบทเรียนและสรุปผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) สถานีสุขภาพชุมชน 2) ทีมสุขภาพชุมชน 3) ระบบการจัดการข้อมูล 4) กระบวนการดูแลผู้ป่วย และ 5) การสนับสนุนการจัดการตนเอง หลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 157.84 mmHg เป็น 132.65 mmHg และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 93.15 mmHg เป็น 82.34 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 2.68 คะแนน เป็น 4.02 คะแนน คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก 4.56 คะแนน เป็น 8.04 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.52, S.D. = 0.42)

คำสำคัญ: ควบคุมระดับความดันโลหิต, ความดันโลหิตสูง, สถานีสุขภาพ

Abstract

This action research aimed to 1) study the health situation and service problems for hypertensive patients, 2) develop a blood pressure control model using health stations, and 3) evaluate the effectiveness of the blood pressure control model using health stations in Song Hong Subdistrict, Muang Buriram District, Buriram Province. The research was divided into three phases: Phase 1 - situation and problem analysis, Phase 2 - model development, and Phase 3 - lesson learned and conclusion. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

The results revealed that the developed blood pressure control model using health stations consisted of five key components: 1) Community Health Station, 2) Community Health Team, 3) Data Management System, 4) Patient Care Process, and 5) Self-Management Support. After implementing the model, the mean systolic blood pressure decreased significantly from 157.84 mmHg to 132.65 mmHg, and the mean diastolic blood pressure decreased significantly from 93.15 mmHg to 82.34 mmHg ($p < 0.001$). Additionally, the mean self-care behavior score increased significantly from 2.68 to 4.02, and the mean ACIC score increased significantly from 4.56 (moderate level) to 8.04 (good level) ($p < 0.001$). Participants reported high satisfaction with the model (mean = 4.52, S.D. = 0.42).

Keywords: Blood Pressure Control, Hypertension, Health Station

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดชัย จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายงานล่าสุดจากองค์การอนามัยโลก[1] ระบุว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคนทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2568 โรคนี้เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง ทั้งโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคไตเรื้อรัง ในประเทศไทย สถานการณ์มีความรุนแรงไม่แตกต่างกัน โดยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากถึง 2 ใน 3 ของประชากรไทยทั้งหมด[2]แม้จะมีความก้าวหน้าในการรักษาและการเข้าถึงยาลดความดันโลหิต แต่กลับพบว่าอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติยังอยู่ในระดับต่ำมาก ปัญหานี้สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างที่สำคัญระหว่างการมียาและเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ กับความสามารถในการนำไปใช้ให้เกิดผลจริงในระดับประชากร

ที่ผ่านมา แนวทางการจัดการโรคความดันโลหิตสูงมักเน้นที่การรักษาในสถานพยาบาลเป็นหลัก ทำให้เกิดข้อจำกัดหลายประการ ทั้งความแออัดของสถานพยาบาล การเข้าถึงบริการที่ไม่ทั่วถึง ความไม่ต่อเนื่องในการติดตามรักษา และการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน งานวิจัย[3] ได้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เน้นชุมชนเป็นฐานสามารถเพิ่มอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่งานวิจัยดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้กับบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด การให้คำปรึกษาด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น แต่ยังขาดการบูรณาการกับระบบสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในท้องถิ่น ในบริบทของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข[4] ได้ริเริ่มแนวคิด "สถานีสุขภาพ" (Health Station) ซึ่งเป็นจุดบริการสุขภาพในชุมชนที่ออกแบบให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองได้อย่างสะดวก อย่างไรก็ตาม การนำแนวคิดนี้ไปปฏิบัติจริงยังมีช่องว่างที่สำคัญ โดยเฉพาะการขาดรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นระบบ การขาดการประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม และการขาดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการทดลองใช้สถานีสุขภาพพบว่า สถานีสุขภาพจัดตั้งขึ้นโดยชุมชนสนับสนุนการจัดการ เพิ่มการเข้าถึงและมีกระบวนการดูแลตรวจวัดและติดตามประเมินความเสี่ยง โดยประยุกต์ใช้แนวคิด 3 หมอร่วมกับการนำเทคโนโลยีสนับสนุนให้พฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลคุมความดันโลหิตได้ดีผู้ให้และผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น[5] และการศึกษาการพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าการใช้รูปแบบพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการลดเกลือและโซเดียมลดลง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงลดลง ศักยภาพของสถานีสุขภาพเพิ่มขึ้น และความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ภายหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = 16.57, 14.62, 16.60, 7.94, 7.18$ ตามลำดับ[6]

สถานการณ์ในพื้นที่ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ สะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วประเทศ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดชัย รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่ทั้งหมด 540 คน และพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราผู้ป่วยรายใหม่ในปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 คิดเป็นร้อยละ 2.3, 3.33 และ 4.46 ตามลำดับ[7] ที่น่าเป็นห่วงคือ อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายยังอยู่ในระดับต่ำมาก เพียงร้อยละ 24.47, 28.43 และ 12.04 ในแต่ละปี ซึ่งห่างไกลจากเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 66.00

จากการวิเคราะห์เชิงลึก พบช่องว่างที่สำคัญในระบบการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) การจัดบริการที่ไม่ทั่วถึงและไม่ครอบคลุม 2) การเข้าถึงบริการที่จำกัดโดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ห่างไกล 3) การขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลและติดตาม และ 4) การขาดการบูรณาการระหว่างบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายในชุมชน การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยต้องอาศัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของพื้นที่ เชื่อมโยงทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชน และสร้างความยั่งยืนในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด[8] ที่ว่าการจัดการโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพและการบูรณาการกับระบบสุขภาพชุมชน ดังนั้น การศึกษาวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นที่จะพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อแก้ไขช่องว่างของงานวิจัยที่ผ่านมาและสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพและปัญหาการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ ตำบลสองห้อง อำเภอเมือง บุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ บริบท สภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ และระยะที่ 3 ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน พร้อมทั้งวางแผนในการแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไป และพัฒนาข้อตกลงร่วมกันอย่างยั่งยืน ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนมีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1. กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดชัย จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 16 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 16 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน และตัวแทนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 44 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 2) มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ และ 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

2. กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (I10) ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดชัย อำเภอเมืองบุรีรัมย์

จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2568 จำนวน 110 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ คือ มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป 2) สามารถอ่านเขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ และ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงร่วมด้วย เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และ 2) มีภาวะทุพพลภาพ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

1) สถานีสุขภาพ ประกอบด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัลอัตโนมัติที่ผ่านการสอบเทียบมาตรฐาน, แนวทางการประเมินสุขภาพและจัดการความเสี่ยงผ่าน Application, และระบบเชื่อมโยงข้อมูลด้วย Application Smart อสม. กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) คู่มือการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด

3) แผนการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วยแผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ แผนการติดตามเยี่ยมบ้าน และแผนการประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ตัวแปรเพศ อายุ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย โรคประจำตัวอื่นๆ ค่าความดันโลหิต สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ[9] จำนวน 17 ข้อ เป็นความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยที่

คะแนน 1 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย

คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์)

คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์)

คะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ปฏิบัติ 5-6 ครั้ง/สัปดาห์)

คะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ (ปฏิบัติ 7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์)

จากนั้นนำคะแนนมาแบ่งเป็น 3 ระดับ[10] ดังนี้

ระดับต่ำ (0-50 คะแนน)

ระดับปานกลาง (51-67 คะแนน)

ระดับสูง (68-85 คะแนน)

3) แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Assessment of Chronic Illness Care, version 3.5 ฉบับภาษาไทย)[11] ซึ่งมีการประเมิน 7 หัวข้อ คือ 1) การจัดระบบบริการสุขภาพ 2) การประสานงานกับชุมชน 3) ระดับปฏิบัติการ 4) การสนับสนุนการตัดสินใจ 5) การออกแบบระบบบริการสุขภาพ 6) ระบบเวชระเบียน และ 7) การบูรณาการองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีการกำหนดค่าคะแนนสูงสุดไว้ที่ 11 และแต่ละข้อได้แบ่งคะแนนย่อยให้ลดหลั่นกันไป

คะแนน 0 หมายถึง มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการดูแลโรคเรื้อรัง

คะแนน 11 หมายถึง มีการดูแลสนับสนุนโรคเรื้อรังอย่างเต็มที่

ความหมายของช่วงคะแนนมีดังนี้

0 ถึง 2 หมายถึง มีการสนับสนุนน้อยหรือจำกัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3 ถึง 5 หมายถึง มีการสนับสนุนปานกลางต่อการดูแลโรคเรื้อรัง

6 ถึง 8 หมายถึง มีการสนับสนุนต่อการดูแลโรคเรื้อรัง

9 ถึง 11 หมายถึง มีการสนับสนุนดีมากต่อการดูแลโรคเรื้อรัง

4) แบบประเมินความพึงพอใจ ของผู้ป่วยต่อรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (Rating Scale)[9] มีความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การประเมินคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ[10] โดยคำนวณช่วงการวัดดังนี้

ช่วงการวัด = (ค่าคะแนนสูงสุด - ค่าคะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น = 1.33

การแปลความหมายข้อมูล พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของช่วงระดับคะแนนของความพึงพอใจดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย

5) แบบบันทึกการวัดความดันโลหิต เป็นแบบบันทึกค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยบันทึกค่าความดันโลหิตทั้งค่า Systolic Blood Pressure (SBP) และ Diastolic Blood Pressure (DBP) ในแต่ละครั้งที่มีการวัด พร้อมทั้งวันที่และเวลาที่ทำการวัด

6) แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นแบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละกิจกรรมที่จัดขึ้น

7) แบบบันทึกการรับยาตามนัดและการรับประทานยา เป็นแบบบันทึกการรับยาตามนัดและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่า CVI เท่ากับ 0.89 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่า CVI เท่ากับ 0.93

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหา

1) การเตรียมการ ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทดสอบและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากนั้นขอจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รวมถึงประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

2) การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในพื้นที่ จัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย และสรุปสถานการณ์และปัญหาในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในพื้นที่

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิต

1) การวางแผน (Planning) โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อร่วมกันวางแผนการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และแผนการดำเนินงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ของ

ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ และจัดทำแนวทางการดำเนินงานสถานีสุขภาพ

2) การปฏิบัติการ (Action) มีขั้นตอนดังนี้

- จัดตั้งสถานีสุขภาพในพื้นที่ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
- อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการใช้สถานีสุขภาพและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย
- จัดกิจกรรมให้ความรู้และทักษะในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- ดำเนินการตามแผนการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ

3) การสังเกตการณ์ (Observation)

- ติดตามการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้
- เก็บรวบรวมข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วย
- บันทึกผลการวัดความดันโลหิตของผู้ป่วย
- บันทึกปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

- วิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้
- ประเมินผลการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย
- ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ
- สรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 การถอดบทเรียนและสรุปผล

1) การถอดบทเรียน โดยการจัดประชุมเพื่อถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน และสรุปรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใปใช้สถานีสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2) การสรุปผลและจัดทำข้อเสนอแนะ โดยผู้วิจัยสรุปผลการดำเนินงานในภาพรวม จัดทำข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพไปใช้ในพื้นที่อื่นและจัดทำแนวทางในการพัฒนาต่อยอดรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ

3) การเผยแพร่ผลงาน จัดเวทีนำเสนอผลการดำเนินงานแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ จัดทำเอกสารสรุปผลการดำเนินงานเพื่อเผยแพร่ในรูปแบบรายงานฉบับสมบูรณ์ นำเสนอผลการวิจัยในเวทีวิชาการ หรือตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ และขยายผลการดำเนินงานไปยังพื้นที่อื่นๆ ในอำเภอเมืองบุรีรัมย์

4) การพัฒนาข้อตกลงร่วมกันอย่างยั่งยืน ผู้วิจัยจัดทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง กำหนดแนวทางการดำเนินงานในระยะยาว และวางแผนการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย **1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3) คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4) ความพึงพอใจของผู้ป่วย 5) การวัดความดันโลหิต** วิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ประกอบด้วย **1) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ 3) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง** ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

การควบคุมระดับความดันโลหิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

1) สถานการณ์ภาวะสุขภาพและปัญหาการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.82 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 33.64 อายุเฉลี่ย 56.72 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.91 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.82 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 53.64 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 52.73 รายได้เฉลี่ย 7,835.27 บาทต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1-5 ปี ร้อยละ 46.36 ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 7.26 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 59.09 ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัวอื่น พบว่าเป็นโรคไขมันในเลือดสูงมากที่สุด ร้อยละ 29.09 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 24.55

ก่อนการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) อยู่ในระดับความดันโลหิตสูงระดับ 1 (140-159 mmHg) ร้อยละ 50.91 รองลงมาคือระดับความดันโลหิตสูงระดับ 2 (160-179 mmHg) ร้อยละ 37.27 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก 157.84 mmHg ส่วนความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับความดันโลหิตสูงระดับ 1 (90-99 mmHg) ร้อยละ 57.27 รองลงมาคือระดับก่อนความดันโลหิตสูง (80-89 mmHg) ร้อยละ 24.55 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก 93.15 mmHg
ก่อนการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.64 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 38.18 และระดับสูง ร้อยละ 8.18 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 49.62 คะแนน

ปัญหาการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย พบปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ เนื่องจากระยะทางไกล ขาดผู้พามา มีภาระอาชีพ ระบบบริการแออัด และการขาดนัด 2) ปัญหาด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วย ขาดความรู้และทักษะการดูแลตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย รับประทานยาไม่ถูกต้อง และไม่ติดตามวัดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง 3) ปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพ บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดการบูรณาการเครือข่าย ขาดเครื่องมือติดตามผู้ป่วยในชุมชน และระบบข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน 4) ปัญหาด้านชุมชนและครอบครัว ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัวขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และไม่มีจุดบริการวัดความดันโลหิตในชุมชน

ผลการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อนการพัฒนารูปแบบ ก่อนการพัฒนารูปแบบ การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 4.56 (S.D. = 0.92) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ระบบเวชระเบียน ค่าเฉลี่ย 5.36 (S.D. = 1.43) รองลงมาคือ การสนับสนุนการตัดสินใจ ค่าเฉลี่ย 5.12 (S.D. = 1.32) และการออกแบบระบบบริการสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 4.84 (S.D. = 1.19) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การประสานงานกับชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.75 (S.D. = 1.08)

2) ผลการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ

รูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ได้รูปแบบดังนี้

รูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ (BP Control with Health

Station Model) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1) สถานีสุขภาพชุมชน: จัดตั้ง 8 แห่งในพื้นที่สาธารณะที่เข้าถึงสะดวก มีเครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัลที่ผ่านการสอบเทียบ สมุดบันทึกข้อมูลและสื่อความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

2) ทีมสุขภาพชุมชน: อสม. ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ดูแลประจำสถานี ผู้นำชุมชนและท้องถิ่นสนับสนุนทรัพยากร และบุคลากรสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการ

3) ระบบการจัดการข้อมูล: ใช้ Application Smart อสม. บันทึกและเชื่อมโยงข้อมูลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมระบบแจ้งเตือนกรณีความดันสูงเกินเกณฑ์หรือขาดนัด

4) กระบวนการดูแลผู้ป่วย: มีคู่มือการดูแลตนเอง กำหนดการวัดความดันสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จัดอบรมให้ความรู้ ระบบเยี่ยมบ้าน ส่งยาถึงบ้านและกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เดือนละครั้ง

5) การสนับสนุนการจัดการตนเอง: สร้างแรงจูงใจและพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง จัดตั้งกลุ่มไลน์ให้คำปรึกษา และยกย่องผู้ป่วยต้นแบบที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

กระบวนการพัฒนารูปแบบดำเนินการใน 5 ขั้นตอน ได้แก่ การจัดตั้งสถานีสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพชุมชน การพัฒนาระบบการจัดการข้อมูล การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาการสนับสนุนการจัดการตนเอง

3) ผลการประเมินรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ

ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ หลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) เท่ากับ 132.65 mmHg (S.D. = 10.27) ลดลงจากก่อนการพัฒนารูปแบบซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 157.84 mmHg (S.D. = 14.93) เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกหลังการพัฒนารูปแบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.42$, $p < 0.001$, 95% CI: 22.47 - 27.91) ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) หลังการพัฒนารูปแบบเท่ากับ 82.34 mmHg (S.D. = 5.93) ลดลงจากก่อนการพัฒนารูปแบบซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 93.15 mmHg (S.D. = 7.68) เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการพัฒนารูปแบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.25$, $p < 0.001$, 95% CI: 9.32 - 12.30)

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเท่ากับ 4.02 คะแนน (S.D. = 0.45) เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 คะแนน (S.D. = 0.57) เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($t = 22.83$, $p < 0.001$, 95% CI: 1.22 - 1.46)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < 0.001$) โดยด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ ด้านการติดตามอาการ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.91 คะแนน ($t = 21.67$, 95% CI: 1.74 - 2.08) รองลงมาคือ ด้านการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้น 1.29 คะแนน ($t = 14.75$, 95% CI: 1.12 - 1.46) และด้านการรับประทานอาหาร เพิ่มขึ้น 1.24 คะแนน ($t = 16.32$, 95% CI: 1.09 - 1.39)

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาพรวมเท่ากับ 8.04 คะแนน (S.D. = 0.87) เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา

รูปแบบซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.56 คะแนน (S.D. = 0.92) เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาพรวมหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 20.27, p < 0.001, 95% CI: 3.14 to 3.82)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (p < 0.001) โดยด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ การประสานงานกับชุมชน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.52 คะแนน (t = 18.76, 95% CI: 4.03 - 5.01) รองลงมาคือ การบูรณาการองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพิ่มขึ้น 3.91 คะแนน (t = 15.85, 95% CI: 3.42 - 4.40) และการจัดระบบบริการสุขภาพ เพิ่มขึ้น 3.62 คะแนน (t = 14.52, 95% CI: 3.12 - 4.12)

4) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.52 (S.D. = 0.42) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทุกข้อมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้บริการสถานีสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 4.72 (S.D. = 0.46) รองลงมาคือ ความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 4.68 (S.D. = 0.47) และความสะดวกในการเข้าถึงสถานีสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 4.65 (S.D. = 0.48) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ระบบการบันทึกและติดตามข้อมูล ค่าเฉลี่ย 4.32 (S.D. = 0.71)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์" มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพและปัญหาการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ และประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยนี้เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเข้าถึงบริการที่สะดวก โดยผลการวิจัยพบการลดลงของระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญและการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้หลังการพัฒนารูปแบบ สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัฒนาภรณ์ หาญคำภา[5] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของนัยนา อินทรวง[12] ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) การที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้นนั้น อาจเป็นผลมาจากหลายปัจจัย ประการแรก การจัดตั้งสถานีสุขภาพในชุมชนช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถติดตามระดับความดันโลหิตได้อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับแนวคิดของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค[2] ที่ระบุว่า การตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอที่สถานีสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนรู้ข้อมูลสุขภาพและตระหนักถึงปัจจัยรบกวนทางสุขภาพต่างๆ ที่ต้องเฝ้าระวัง เพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ประการที่สอง การมีทีมสุขภาพชุมชนโดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพทำให้สามารถให้คำแนะนำและติดตามผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ โคกสีอำนวย และคณะ[6] ที่พบว่า การส่งเสริมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดย อสม. มีส่วนร่วม และการ

แต่งตั้งคณะทำงานที่ชัดเจนเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประการที่สาม การใช้เทคโนโลยีในการบันทึกและเชื่อมโยงข้อมูลผ่าน Application Smart อสม. ช่วยให้การติดตามผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ สามารถแจ้งเตือนกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์หรือไม่มาวัดความดันโลหิตตามกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของณิชกานต์ กากแก้ว และศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล [13] ที่พบว่า การวิเคราะห์รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นหลังการพัฒนารูปแบบสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนการจัดการตนเองที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธนาพร ปะตาทะโย[14] ที่พบว่า หลังการทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอาจเป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมให้ความรู้และทักษะการดูแลตนเอง การสร้างแรงจูงใจโดยการยกย่องชมเชยผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี และการจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของคัทลียา วสุธาตา[15] ที่พบว่า การจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำ การตั้งเป้าหมาย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล การเยี่ยมบ้าน และการสะท้อนกลับผลการพัฒนา ส่งผลให้พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการติดตามอาการเพิ่มขึ้นมากที่สุด (เพิ่มขึ้น 1.91 คะแนน) อาจเป็นผลมาจากการมีสถานีสุขภาพในชุมชนที่เข้าถึงได้ง่ายและสะดวก ทำให้ผู้ป่วยสามารถมาวัดความดันโลหิตได้บ่อยครั้งขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดสถานีสุขภาพ[2] ที่ระบุว่า สถานีสุขภาพเป็นทางเลือกหนึ่งในการคัดกรองติดตามความดันโลหิตและปริมาณน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

การเพิ่มขึ้นของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังการพัฒนารูปแบบ โดยเฉพาะด้านการประสานงานกับชุมชนที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของเรียมใจ พลเวียง และมิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง[16] ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดภาคีเครือข่าย คณะกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงระดับอำเภอเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 6 ของแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี พ.ศ. 2560-2564 ที่เน้นการพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างบูรณาการ และพัฒนาบุคลากรทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้สามารถจัดการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ได้ ซึ่งมีเป้าประสงค์เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานและการสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการถอดบทเรียน พบว่าปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญของการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การเข้าถึงบริการที่สะดวก การพัฒนาศักยภาพ อสม. การเชื่อมโยง

ข้อมูล การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการมีต้นแบบที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเรืองศิริ เจริญพงษ์[17] ที่พบว่า แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ควรมีการพัฒนาความเข้มแข็งให้ชุมชนสามารถจัดการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนารูปแบบประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ House[18] ที่เน้นว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุรางคนา แสงผล[19] ที่พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพควรประกอบด้วย การทำงานแบบบูรณาการในรูปแบบคณะทำงาน และการคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. Jafar TH, Gandhi M, de Silva HA, Jehan I, Naheed A, Finkelstein EA, et al. A community-based intervention for managing hypertension in rural South Asia. N Engl J Med. 2020;382(8):717-26.
4. กระทรวงสาธารณสุข. สถานีสุขภาพ (Health Station). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
5. พัฒนาภรณ์ หาญคำภา. การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพยัคฆภูมิพิสัยจังหวัดมหาสารคาม. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office.2567; 8(16), 168-184.
6. นงลักษณ์ โคกสีอำนวย, สุวิมล แสงเรือง, วีระ วุฒิศรีอำนวย, อารียา แดงวงษา, พนมพรณ์ อร่ามพงษ์พันธ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ผ่านกลไกสถานีสุขภาพ (Health station) ตำบลหัวขวางอำเภอโกสุมพิสัยจังหวัดมหาสารคาม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(6):772-82.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดชัย. เอกสารประกอบการนำเสนอผลการผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดชัย ตำบลสองห้อง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2567. บุรีรัมย์ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดชัย; 2567
8. Margolis KL, Asche SE, Dehmer SP, Bergdall AR, Green BB, Sperl-Hillen JM, et al. Long-term outcomes of the effects of home blood pressure telemonitoring and pharmacist management on blood pressure among adults with uncontrolled hypertension. JAMA Netw Open. 2022;5(5):e2214901.
9. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;22(140):1-55.
10. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice-Hall; 1981.
11. Gomutbutra P, Aramrat A, Sattapansri W, Chutima S, Tooprakai D, Sakarinkul P, Sangkhasilapin Y. Reliability and validity of a Thai version of assessment of chronic illness care (ACIC). J Med Assoc Thai. 2012;95(8):1105-13.
12. นัยนา อินทรวง. ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสถานีสุขภาพบ้านทุ่งงามอำเภอเสริมงามจังหวัดลำปาง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสู่ชุมชน. 2567;2(3):72-89.
13. ณิชกานต์ กากแก้ว, ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล. การพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวงกลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(1):429-41.

14. ธนาพร ปะตาทะโย. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอำเภอพลับพลาชัยจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(4):789-95.
15. คัทลียา วสุธาตา. การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิด ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลหนองบอน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด. วารสารวิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี. 2565;33(1):136-52.
16. เรียมใจ พลเวียง, มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง. การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(1):26-35.
17. เรืองศิริ เจริญพงษ์. การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหินโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(3):277-90.
18. House JS. Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1983..
19. สุรางคนา แสงผล. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 9. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2566;8(3):635-47.

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในโรงพยาบาลนครปฐม

Effectiveness of a Preoperative Preparation Guideline for Total Knee Arthroplasty at Nakhon Pathom Hospital.

(Received: August 23,2025 ; Revised: August 27,2025 ; Accepted: August 29,2025)

กัลยา รอดรักษาทรัพย์[1] วันเพ็ญ แววว่องวีรคุปต์[2]
Kunlaya Rodruksatub[1], Wanpen Waelveerakup[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดข้อเข่าเทียม โดยการเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ความวิตกกังวล การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 31 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองได้การดูแลตามแนวปฏิบัติในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองและความรู้เรื่องการออกกำลังกาย (ความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 21 ได้ .76 และ .79 ตามลำดับ) แบบประเมินการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด แบบประเมินความวิตกกังวล (ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .84 และ .89 ตามลำดับ) และแบบบันทึกจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ไคแสควร์ ฟิชเชอร์ และ t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง ($t=12.18, p<.001$) ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ($t=10.42, p<.001$) การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ($t=42.13, p<.001$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($t=-46.13, p<.001$) ส่วนจำนวนวันนอนโรงพยาบาลไม่มีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($u=-.41, p=.685$)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด, การผ่าตัดใส่ข้อเข่าเทียม, ความวิตกกังวล, การปฏิบัติตน

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of a preoperative preparation guideline for total knee arthroplasty. It compared self-care knowledge, exercise knowledge, anxiety levels, postoperative self-practice, and length of hospital stay between an experimental group and a comparison group. The participants consisted of 62 patients diagnosed with knee osteoarthritis, equally divided into an experimental group and a comparison group (31 patients each) through simple random sampling. The experimental group received care according to the preoperative preparation guideline for total knee arthroplasty implemented at Nakhon Pathom Hospital, while the comparison group received conventional care. Research instruments utilized included questionnaires on self-care knowledge and exercise knowledge (with Kuder-Richardson 21 reliability coefficients of .76 and .79, respectively), a postoperative self-practice assessment form, an anxiety assessment form (with Cronbach's alpha coefficients of .84 and .89, respectively), and a hospital stay record form. Data analysis was performed using descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, and t-test.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครปฐม
[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม Corresponding e-mail: wanpenw@webmail.npru.ac.th

The findings revealed that the experimental group had significantly higher mean scores in self-care knowledge (t=12.18,p<.001), exercise knowledge (t=10.42,p<.001), and postoperative self-practice (t=42.13,p<.001) compared to the comparison group. The experimental group had significantly lower mean anxiety scores (t=−46.13,p<.001). However, there was no statistically significant difference observed in the length of hospital stay (u=−.41,p=.685).

Keywords: preoperative preparation guideline, total knee arthroplasty (TKA), anxiety, self-practice

บทนำ

โรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญระดับโลก โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อมพบบ่อยที่สุด (Hunter et al., 2019) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2566 ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมประมาณ 528 ล้านคนทั่วโลก เพิ่มขึ้น 113% จากปี พ.ศ. 2533 โดยประมาณร้อยละ 73 ของผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 55 ปี และร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง[1] สำหรับประเทศไทย โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นสาเหตุสำคัญของความทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อการเคลื่อนไหว การดำเนินชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ในปี พ.ศ. 2562 และ 2563 พบผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 226,923 และ 210,668 รายตามลำดับ (Public Relations - National Health Security Office [NHSO], 2023) ทั้งนี้ โรคข้อเข่าเสื่อมพบมากในช่วงอายุ 45–59 ปี และเพศหญิงมีความเสี่ยงมากกว่าเพศชายถึง 2–3 เท่า[2]

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะเริ่มต้นมุ่งเน้นการรักษาแบบอนุรักษ์ (conservative treatment) ทั้งแบบไม่ใช้ยา เช่น การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการใช้ยาเพื่อลดอาการปวดและอักเสบ หากการรักษาไม่เป็นผล หรือมีพยาธิสภาพรุนแรง เช่น ข้อผิดรูปหรือข้อถูกทำลาย แพทย์อาจพิจารณาผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด (Total Knee Arthroplasty: TKA) ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการปวด เพิ่มการทำงานของข้อเข่า และคุณภาพชีวิต[3]

แม้ว่าผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมดเป็นวิธีการรักษาที่ดีแต่ยังพบว่า ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30 ยังไม่พึงพอใจกับผลการผ่าตัด เนื่องจากไม่สามารถกลับไปดำเนินกิจวัตรประจำวันหรือทำงานเดิมได้อย่างเต็มที่ (Canovas & Dagneaux, 2018) งานวิจัยสนับสนุนว่าการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (prehabilitation) สามารถเพิ่มประสิทธิผลของการผ่าตัดได้ โดยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่งเสริมการฟื้นตัว และลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด[4] โดยเฉพาะการเริ่มออกกำลังกายแบบแอคทีฟและฝึกการทรงตัวภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่น องศาการเคลื่อนไหว ลดอาการปวด และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล[3] โดยกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพสูง คือ การบริหารกล้ามเนื้อขนาดใหญ่บริเวณหน้าขาหรือควอดริเซปส์ (Quadriceps) ในช่วง 6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด[5] และการให้ข้อมูล ความรู้และแนวทางการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่เหมาะสม ช่วยเพิ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และยืดอายุการใช้งานของข้อเข่าเทียมได้[6]

ข้อมูลจากโรงพยาบาลนครปฐมในปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 1,123 ราย ในจำนวนนี้เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 310 ราย หรือเฉลี่ยประมาณ 26 รายต่อเดือน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 50–70 ปี ทั้งยังพบว่ามีผู้ป่วย 15 รายยกเลิกการผ่าตัดเนื่องจากความวิตกกังวล และอีก 5 รายกลับมารับการรักษาซ้ำจากภาวะข้อเข่าติด[7] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนปัญหาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และพฤติกรรมการฟื้นฟู

หลังผ่าตัดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่ยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะในด้านระยะเวลาและรูปแบบการให้ข้อมูล รวมถึงการขาดแนวทางสนับสนุนด้านจิตสังคมอย่างเป็นระบบ ปัจจุบันการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมักเน้นการให้ข้อมูลเชิงปฏิบัติ 1 วันก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหาร หรือวิธีดูแลแผลผ่าตัด โดยใช้สื่อแบบแผ่นพับหรือคำแนะนำจากบุคลากรภายในระยะเวลาอันสั้นก่อนผ่าตัด ไม่เพียงพอในการเสริมสร้างความเข้าใจ ความมั่นใจ และความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

แม้มีหลักฐานสนับสนุนว่า การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (preoperative education program) สามารถช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด[4] การออกแบบแนวปฏิบัติในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดข้อเข่าเทียมที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลนครปฐมจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ตามแผนการรักษาและส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพหลังการผ่าตัดได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบระดับความรู้ในการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ความวิตกกังวล ก่อนและหลังการผ่าตัด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เปรียบเทียบระดับความรู้ในการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ความวิตกกังวล การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมตัวตามแนวปฏิบัติในการเตรียมตัวก่อน
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลนครปฐม มีระดับความรู้ในการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ มีระดับความวิตกกังวล ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมตัวตามแนวปฏิบัติในการเตรียมตัวก่อน
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลนครปฐม มีระดับความรู้ในการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับความวิตกกังวล และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-posttest design)เป็นการนำเอาทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal and Johnson[8] มาประยุกต์ใช้ เพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโดยประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ 2) ให้การพยาบาลตามแบบแผน 3) การให้การช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ส่งเสริมการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดที่ถูกต้อง มีวิธีดำเนินการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและเข้ารับการรักษาโดยวิธีผ่าตัด ณ

โรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งชายและหญิงมีอายุตั้งแต่ 55 ปี ขึ้นไป

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งชายและหญิงมีอายุตั้งแต่ 55 ปี ขึ้นไป เข้ารับการรักษาโดยวิธีผ่าตัด ณ โรงพยาบาลนครปฐม กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ขนาดกลางเท่ากับ .50[9] ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 และค่ากำลังการทดสอบเท่ากับ .90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10[10] รวมเป็น 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 31 คน

เกณฑ์การคัดเข้าของผู้เข้าร่วมกิจกรรม (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการนัดนอนโรงพยาบาลล่วงหน้าเพื่อทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอย่างน้อย 1 เดือน 2) ผู้ป่วยมีอายุ 55 ปีขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น และการได้ยินเสียง 5) ไม่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาก่อน และ 6) ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 1 ข้างเท่านั้น

เกณฑ์การคัดออกของผู้เข้าร่วมกิจกรรม (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อขาเช่น อัมพาต โปลิโอ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด 2) มีภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องได้ 3) มีประวัติเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคจิตหลงผิด (delusional disorder) โรคซึมเศร้า (major depression) และ 4) มีประวัติเกี่ยวข้องกับยา แอลกอฮอล์ หรือสารใดๆ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเช่น กัญชา สุรา แอมเฟตามีน

เครื่องมือการวิจัยการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือ การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือการรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือการดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของลีเวนทาลและจอห์นสัน[8] ในการจัดทำแนวปฏิบัติพยาบาลแก่ผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้แบบรายบุคคล 2) ให้การพยาบาลตามแบบแผน และ 3) การให้การช่วยเหลือก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและหลังผ่าตัดตามความต้องการในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดที่ถูกต้อง ผ่านการวิพากษ์โดยผู้เชี่ยวชาญสามท่าน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยกระดูก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการวิจัย มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาใช้จริง

2. เครื่องมือการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป สอบถาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

2.2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองแบบเลือกตอบ (ใช่/ไม่ใช่/ไม่แน่ใจ) 13 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน การแปลผล คะแนนสูงหมายถึงผู้ตอบมีความรู้เรื่องการเตรียมตัวก่อน-หลังผ่าตัดสูง

2.3 แบบประเมินความรู้เรื่องการออกกำลังกาย คำถามเป็นแบบเลือกตอบ (ทำได้/ทำไม่ได้) 11 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อพยุงเข่า ถ้าตอบทำได้ ให้ 1 คะแนน ตอบทำไม่ได้ ให้

0 คะแนน การแปลผล คะแนนสูงแสดงว่าผู้ตอบมีความรู้ในการออกกำลังกายพยุงเข่าสูง

2.4 แบบประเมินความวิตกกังวล ใช้แบบประเมินที่พัฒนาโดย Kumpeera, et al.[11] และได้รับอนุญาตจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ประกอบด้วย การวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้ยาระงับความรู้สึกฉีดเข้าช่องน้ำไขสันหลัง สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย การเผชิญกับผลลัพธ์ของการผ่าตัดในอนาคต ความไม่รู้ในเรื่องการปฏิบัติตัว และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในครอบครัว มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก โดย 1 หมายถึง ไม่มีเลย 5 หมายถึง มีมากที่สุด การแปลผลคะแนนความวิตกกังวล โดยนำคะแนนมารวมกัน คะแนนที่สูงแสดงว่าผู้ตอบมีความวิตกกังวลสูง

2.5 แบบประเมินการปฏิบัติหลังผ่าตัด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นสภาพหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับ ได้แก่ "ไม่ปฏิบัติ" "ปฏิบัติบางครั้ง/น้อยกว่าเกณฑ์" "ปฏิบัติส่วนใหญ่/ใกล้เคียงเกณฑ์" และ "ปฏิบัติตามเกณฑ์" เกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง/น้อยกว่าเกณฑ์ = 2 คะแนน ปฏิบัติส่วนใหญ่/ใกล้เคียงเกณฑ์ = 3 คะแนน และปฏิบัติตามเกณฑ์ = 4 คะแนน การแปลผลคะแนนการปฏิบัติหลังผ่าตัด โดยนำคะแนนมารวมกัน คะแนนรวมที่สูงแสดงถึงมีระดับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมดี

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญสามท่าน ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยกระดูก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลกรรมกระดูก และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการวิจัย ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (CVI) ภายหลังการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา เท่ากับ .87 - 1.00 และเมื่อนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha และ KR-21 อยู่ในระดับดี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม
2. เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ
3. ขอความร่วมมือจากพยาบาลในการคัดกรองรายชื่อผู้ป่วยตามเกณฑ์
4. แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ก่อนเริ่มวิจัย
5. แนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่ผู้ป่วย และขอหนังสือยินยอม
6. ประเมินผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 31 ราย ล่วงหน้า 1 เดือนก่อนผ่าตัด โดยประเมินความรู้ก่อน–หลังผ่าตัด ความรู้ด้านการออกกำลังกาย ความกังวล และทักษะการดูแลตนเอง หากพบคะแนนความวิตกกังวลเกิน 60 แจ้งแพทย์เพื่อพิจารณาดูแลเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) และทดสอบคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยใช้สถิติการทดสอบไคแสควร์ (Chi-square test) สำหรับอาชีพ ค่าคาดหวังต่ำกว่า 5 เกินกว่า 20% จึงใช้สถิติทดสอบ

ฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)[12]

2. ใช้สถิติอ้างอิง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองก่อน-หลังผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อพยุงเข่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการผ่าตัด และทักษะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อพยุงเข่า ความกังวลเกี่ยวกับผลของการผ่าตัด และทักษะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติเรื่องข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ โดยพิจารณาจาก Kolmogorov-Smirnov Z และความรู้ในการดูแลตนเองก่อน-หลังผ่าตัด ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov Z มีค่าเท่ากับ 1.38 (p-value = .153) และ 1.48 (p-value = .188) ตามลำดับ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อพยุงเข่า การทดสอบ Kolmogorov-Smirnov Z มีค่าเท่ากับ 1.007 (p-value = .263) และ 1.009 (p-value = .128) ตามลำดับ ความวิตกกังวลการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov Z ก่อนและหลังการทดลอง ค่า Z มีค่าเท่ากับ 1.44 (p-value = .183) และ 1.009 (p-value = .128) ตามลำดับ และทักษะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การทดสอบ Kolmogorov-Smirnov Z มีค่าเท่ากับ 1.02 (p-value = .130) และ 1.009 (p-value = .128) ตามลำดับ

3. ใช้สถิติอ้างอิง เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทดสอบแมน–วิทนีย์ ยู (Mann-Whitney U test) เนื่องจากผลการทดสอบการกระจายของข้อมูล ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z และพบว่า Kolmogorov-Smirnov Z มีค่าเท่ากับ 3.37 (p-value < .001) แสดงถึงข้อมูลมีการกระจายแบบเบ้

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม เลขที่ 060/2024 วันที่ 22 เดือนตุลาคม พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและเข้ารับการรักษาโดยวิธีผ่าตัด ณ โรงพยาบาลนครปฐม ทั้ง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกันและมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน โดยด้วยการทดสอบของ Chi-square และFisher's Exact Test โดยกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงทั้งหมด ร้อยละ 100.00 อายุ 65-69 ร้อยละ 41.94 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 สถานภาพการสมรส ร้อยละ 100.00 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 93.55 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 67.75 และมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 100 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิงทั้งหมด ร้อยละ 100.00 อายุ 65-69 ร้อยละ 41.94 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 สถานภาพการสมรสเป็นสถานภาพคู่ ร้อยละ 100.00 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 96.77 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 77.42 และมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 100 และผลการเปรียบเทียบข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความคล้ายคลึงกัน (p>.05)
2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองก่อน-หลังผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อพยุงเข่า ความวิตกกังวล และทักษะ

การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า

2.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง ผู้เข้าร่วมมีคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อพยุงเข่า และทักษะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยเฉพาะทักษะการปฏิบัติตัว มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 25.13 เป็น 37.94 ($t = 19.32$, $p < .001$) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในคะแนนความรู้ทั้งสองด้าน ($p > .05$) แต่พบว่าคะแนนทักษะการปฏิบัติตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญภายหลัง (จาก 25.06 เป็น 21.32; $t = -5.45$, $p < .001$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อพยุงเข่า ความวิตกกังวล และทักษะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ก่อนละหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference	t	p-value
	M	SD	M	SD			
กลุ่มทดลอง							
ความรู้ในการดูแลตนเองก่อน-หลังผ่าตัด	8.77	1.73	11.97	.18	3.20	10.57**	<.001
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อพยุงเข่า	8.42	1.26	10.94	.25	2.52	10.89**	<.001
ทักษะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม	25.13	3.86	37.94	1.63	12.81	19.32**	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ความรู้ในการดูแลตนเองก่อน-หลังผ่าตัด	9.48	1.12	9.41	1.12	-.07	1.43	.161
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อพยุงเข่า	8.58	1.23	8.49	1.29	-.04	1.79	.083
ทักษะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม	25.06	3.91	21,32	1.45	-3.74	- 5.45**	<.001

**<.01

2.2 การเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองก่อน-หลังผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อพยุงเข่า ความวิตกกังวล และทักษะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองก่อน-หลังผ่าตัด ไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ t= .75, p-value = .086 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองก่อน-หลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ t= 12.18 , p-value <.001 (ดังตารางที่ 2)

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อพยุงเข่า ไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ t = .20, p-value = .843 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อพยุงเข่า สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ t= 10.42, p-value <.001 (ดังตารางที่ 2)

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ t= .11, p-value = .910 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล

ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ t= - 46.13 , p-value <.001 (ดังตารางที่ 2)

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ t= .065, p-value = .948 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ t= 42.13 , p-value <.001 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองก่อน-หลังผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อพยุงเข่า ความวิตกกังวล และทักษะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ก่อนละหลังการทดลอง ระหว่างทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

รายการ	**กลุ่มทดลอง (n1=31)**		**กลุ่มเปรียบเทียบ (n2=31)**		**Mean difference**	**t**	**p-value**
	M	SD	M	SD			
ก่อนการทดลอง							
ความรู้ในการดูแลตนเองก่อน-หลังผ่าตัด	8.77	1.73	9.42	1.12	-.65	1.75	.086
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อพยุงเข่า	8.42	1.26	8.48	1.29	-.06	.20	.843
ความวิตกกังวล	71.83	3.41	71.74	3.31	.10	.11	.910
ทักษะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม	25.13	3.86	25.06	3.91	.06	.065	.948
ภายหลังการทดลอง							
ความรู้ในการดูแลตนเองก่อน-หลังผ่าตัด	11.97	.18	9.48	1.21	2.48	12.18**	<.001
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อพยุงเข่า	10.94	.25	8.58	1.23	2.35	10.42**	<.001
ความวิตกกังวล	46.26	3.33	77.70	1.83	- 31.45	- 46.13**	<.001
ทักษะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม	37.94	1.63	21,32	1.45	16.61	42.13**	<.001

**<.01

3. ผลการเปรียบเทียบจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทดสอบแมน–วิทนีย์ ยู (Mann-Whitney U test) พบว่า

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลเท่ากับ 3.19 วัน (SD=.402) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 3.35 วัน (SD=.798) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ U = -.406 , p-value = .685 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล ระหว่างทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง

รายการ	M	SD	Mean rank	Sum of ranks	z	p-value
กลุ่มทดลอง (n1=31)	3.19	.402	30.81	955.00	- .41	.685
กลุ่มเปรียบเทียบ (n2=31)	3.35	.798	32.19	998.00		

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและเข้ารับการรักษาโดยวิธีผ่าตัด ณ โรงพยาบาลนครปฐม ทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา พุทธ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง และมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 100 ไม่แตกต่างกัน

ระดับความรู้ในการดูแลตนเองก่อน-หลังผ่าตัด ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ในการดูแลตนเองก่อน-หลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 อภิปรายได้ว่า แนวปฏิบัติที่เน้นการให้ข้อมูลแบบมีโครงสร้างสามารถเพิ่มความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิด Leventhal & Johnson[8] ที่ระบุว่าการรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่วยเสริมสร้างการรับรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย การให้ความรู้และให้ข้อมูลเชิงรุกในกลุ่มทดลองส่งผลชัดเจนกว่าการให้คำแนะนำทั่วไปที่ใช้ในกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแสดงว่าระบบแนวปฏิบัติที่มีแบบแผนและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered education) ส่งผลต่อการมีความรู้เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลอง เมื่อพิจารณาจากลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศหญิงทั้งหมด อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 65-69 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา และมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ดังนั้น ความแตกต่างของความรู้ที่เกิดขึ้นจึงเกิดจากแนวปฏิบัติในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด มากกว่าความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล

ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อพยุงเข่า ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อพยุงเข่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p<.001) กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 และกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 แสดงว่า การให้ความรู้เฉพาะด้านที่สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะเจาะจงของผู้ป่วย เช่น ท่าออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งและจดจำได้ยาวนานกว่าการให้คำแนะนำทั่วไป ผลการศึกษานี้อภิปรายได้ว่า การจัดกิจกรรมฝึกท่าบริหารและการให้ความรู้แบบมีการสาธิตช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยจดจำและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตนเองของลีเวนทาลและจอห์นสัน[8] ที่มีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ การให้ความรู้ (education) การให้การพยาบาลตามแบบแผน (technical) และการให้การช่วยเหลือ (supportive) จะส่งผลต่อกระบวนการความรู้ความเข้าใจ (cognitive process) จนเกิดการสร้างความรู้ความเข้าใจขึ้น (cognitive structure) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Inti[6] ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดมีความสามารถในการทรงตัวดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยขององศาการงอของข้อเข่าหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด ผลการวิจัย ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 กลุ่มเปรียบเทียบก็ลดลงแต่ในระดับน้อยกว่า และกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวล หลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 อภิปรายได้ว่า ความวิตกกังวล ที่ลดลงของกลุ่มทดลองเกิดจากการเตรียมตัวที่ชัดเจนโดยมีการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและควบคุมตนเองได้มากขึ้น การได้รับข้อมูลล่วงหน้า การได้ฝึกปฏิบัติ และการมีผู้ดูแลให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลช่วยลดความกลัวและความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการผ่าตัด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของความวิตกกังวล ผลลัพธ์นี้สนับสนุนทฤษฎีการปรับตัวที่ระบุว่าการให้บุคคลได้รับข้อมูลการผ่าตัดที่มีความชัดเจนจะช่วยลดระดับความวิตกกังวลได้[8] ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนในทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสเป็นคู่และนับถือศาสนาพุทธ อาจมีผลให้มีการสนับสนุนทางสังคมหรือจิตใจในระดับใกล้เคียงกัน จึงลดความแปรปรวนที่เกิดจากปัจจัยภายนอก ทำให้ความแตกต่างของระดับความกังวลที่พบหลังการทดลองนี้ผลที่เกิดจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Chatchawarnpan, et al.[13] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีของเพบ พลาว[14] มีความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนการผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) และการศึกษาของ Iemphong & Chaiyakit[15] พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ และการให้ดูสื่อวิดีทัศน์การบริหารข้อเข่า ส่งผลให้คะแนนความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (p <0.001) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kumpeera. et al.[11] ที่พบว่า ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเอง ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลปกติ (p<.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Polkaew & Rodpal[14] ที่พบว่า ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม วิธีการผ่าตัด ข้อมูลความรู้สึกและสิ่งที่ควรปฏิบัติตั้งแต่แพทย์วินิจฉัยจนกระทั่งผ่าตัด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (p<.05) และการศึกษาของ Juntrayotragron, Akkadechanunt, & Chitpakdee[16] พบว่า การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อประเมินผู้ป่วย ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการตอบข้อซักถามของผู้ป่วยทำให้ความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย (M = 30.71, SD = 5.36) แต่ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Giardina et al.[4] ที่พบว่า การให้ความรู้แบบห้องเรียนแก่ผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ กระบวนการผ่าตัดที่โรงพยาบาล และแจกคู่มือการดูแลตนเอง ส่งผลต่อระดับความกังวลระหว่างก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .171)

ทักษะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทักษะการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p<.001) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนทักษะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพิ่มขึ้น (<.001) เช่นกัน แต่กลุ่มทดลองมีทักษะการปฏิบัติตัว ฯ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ (p<.001) อภิปรายได้ว่า องค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ การให้ความรู้ (education) การให้การพยาบาลตามแบบแผน (technical) และการให้การช่วยเหลือ (supportive) จะส่งผลต่อกระบวนการความรู้ความเข้าใจ จนเกิดเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ แล้วนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับตนเอง[8] และแนวปฏิบัติที่เน้นทักษะโดยให้ปฏิบัติในบริบทจริง

(context-based training) และการใช้แนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มที่ได้ฝึกปฏิบัติซ้ำๆ ได้เห็นการสาธิตและกลุ่มตัวอย่างได้สาธิตย้อนกลับ (return demonstration) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและสามารถทำได้จริง ซึ่งนับเป็นกระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาจต้องการการเรียนรู้ผ่านการลงมือทำ เมื่อพิจารณาอายุและอาชีพรับจ้างซึ่งมีแนวโน้มจะเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติจริงได้ดีมากกว่าการเรียนรู้ผ่านเอกสารหรือการบรรยายเพียงอย่างเดียว ดังนั้น การที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกปฏิบัติอย่างเข้มข้นจึงส่งผลอย่างชัดเจนต่อทักษะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumpeera et al.[11] ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองตามทฤษฎีการปรับตนเองของลีเวนทาลและจอห์นสัน[8] มีการการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 48 ชั่วโมง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Giardina et al[4] ที่พบว่า การให้ความรู้แบบห้องเรียนเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและกระบวนการผ่าตัด พร้อมแจกคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเอง กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อให้สมรสของผู้ป่วยในมีการการปฏิบัติตนเพื่อเตรียมตัวก่อนผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วย

จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.685) อภิปรายว่า แม้จะไม่มีความแตกต่างทางสถิติ แต่แนวโน้มชี้ว่าการเตรียมตัวที่ดีอาจช่วยลดระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาลได้ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยภายนอกอื่น ๆ เช่น ความรุนแรงของโรค หรือปัญหาสุขภาพร่วม อาจส่งผลต่อระยะเวลานี้ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต ถึงแม้จะไม่พบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่การมีทักษะการดูแลตนเองที่ดีอาจช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้นได้ อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างในทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยสูง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลาการฟื้นฟูหลังผ่าตัดโดยตรงจึงอาจกลบผลของแนวปฏิบัติในการลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmad, Ur Rehman, & Shaikh[17] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าเรียนในโรงเรียนข้อสะโพกและข้อเข่าซึ่งเป็นชั้นเรียนก่อนการผ่าตัด มีระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล ลดลงจาก 5.5 วัน เหลือ 5.2 วัน (p= 0.260) โดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเพียง 0.3 วัน ซึ่งไม่มีความแตกต่างทางสถิติ แต่ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ [5] ที่พบว่า โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนการผ่าตัด หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ส่งผลต่อระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (P < 0.05) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Moyer et al.[3] พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมก่อนการผ่าตัด ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าสั้นลงอย่างมีนัยสำคัญ (p < 0.001)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ควรนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อเพิ่มความรู้ ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหลังผ่าตัด

2. พยาบาลหรือบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด โดยเฉพาะการใช้ทักษะการสื่อสาร การให้ข้อมูลสุขภาพ และการสาธิตการปฏิบัติตัว

3. โรงพยาบาลควรบรรจุแนวปฏิบัติฯ นี้ไว้ในแผนการพยาบาลแบบบูรณาการก่อนการผ่าตัด และ

อาจจัดทำคู่มือหรือวิดีโอสื่อการสอนเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่และหลากหลายมากขึ้น ทั้งในด้านอายุ เพศ และพื้นที่วิจัย เพื่อให้สามารถในการสรุปผลในระดับประชากรอื่นได้

2. ควรศึกษาผลระยะยาวของแนวปฏิบัติดังกล่าว เช่น ผลต่อการฟื้นฟูในช่วง 3-6 เดือนหลังผ่าตัด หรืออัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ

3. ควรเปรียบเทียบแนวปฏิบัตินี้กับรูปแบบการเตรียมตัวอื่น ๆ เช่น การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล หรือการฝึกทักษะเป็นรายกลุ่ม เพื่อหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

4. ควรศึกษาความพึงพอใจและประสบการณ์ของผู้ป่วยต่อแนวปฏิบัติดังกล่าวเพิ่มเติม

5. ควรการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล การประเมินต้นทุนและประสิทธิผลของโปรแกรมจะช่วยให้สามารถตัดสินใจในการนำโปรแกรมไปใช้ในวงกว้างได้อย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลเดียว ซึ่งอาจจำกัดการสรุปผลในระดับทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิงและมีลักษณะพื้นฐานคล้ายกัน เช่น อายุ รายได้ และระดับการศึกษา ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการนำผลไปใช้กับกลุ่มที่มีความหลากหลาย การติดตามผลเกิดขึ้นในระยะสั้นหลังการผ่าตัด ซึ่งยังไม่ครอบคลุมการฟื้นฟูระยะยาวหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดภายหลัง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ ดำเนินการและสนับสนุนด้านข้อมูล ตลอดจนขอขอบคุณ ผู้ป่วยและญาติทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ รวมถึง คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม ที่ให้ความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023, 14 July). *Osteoarthritis*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/osteoarthritis
2. Kankayant, C., Charoennukul, A., & Wayo, W. (2020). Delaying knee osteoarthritis prior to ddvancing age. *Nursing Research and Innovation Journal*, *26*(1), 5–17. (in Thai)
3. Moyer, R., Ikert, K., Long, K., & Marsh, J. (2017). The value of preoperative exercise and education for patients undergoing total hip and knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis. *JBJS Reviews*, *5*(12), e2. https://doi.org/10.2106/JBJS.RVW.17.00015
4. Giardina, F., Piccoli, A., Ferraro, F., Misaggi, B., & Zagra, L. (2020). Prehabilitation before total joint replacement: A systematic review of clinical evidence. *Annals of Joint, 5*, 1–9. https://doi.org/10.21037/aoj-20-20
5. Su, W., Zhou, Y., Qiu, H., & Wu, H. (2022). The effects of preoperative rehabilitation on pain and functional outcome after total knee arthroplasty: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, *17*(1), 175.

6. Inti, P. (2023). The Effects of an Operative Preparation Program on the Rehabilitation and Quality of Life of Patients Undergoing Total Knee Arthroplasty at Fang Hospital, Chiang Mai. *Science and Technology to Community*, *2*(1), 1–21. (in Thai)
7. Nakhon Pathom Hospital. (2024). *Annual statistics report 2020-2024*. Nakhon Pathom: Nakhon Pathom Hospital. (in Thai)
8. Leventhal H,Johnson JE. (1983) Laboratory and field experimentation development of a theory of self-regulation. In P. T. Wooldridge, M. H. Schmitt RC, Leonard JK. Skipper (Eds.). Behavioral Science and Nursing Theory. (pp. 189-262). St. Louis: The C. V. Mosby; 1983.
9. Buckley, J. (2024). Conducting Power Analyses to Determine Sample Sizes in Quantitative Research: A Primer for Technology Education Researchers Using Common Statistical Tests. Journal of Technology Education, 35(2), 81-109.
10. Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
11. Kumpeera. K., Suwannakeeree, W., Chairat. R., & Laoruengthana. A. (2020). The effects of a self-regulation promoting program on anxiety, practices, and knee range of motion among patients with total knee arthroplasty. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 14(2), 45-57. (in Thai)
12. McDonald, J. H. (2014). *Handbook of biological statistics* (3rd ed.). Sparky House Publishing.
13. Chatchawarnpan, T., Pudtivarnichapong, W., Vongsirimas, N., & Kaesornsamut, P. (2024). Effect of a program for reducing pre-operative anxiety in patients undergoing total knee replacement surgery based upon Peplau's Interpersonal Relations Theory. *Nursing Science Journal of Thailand*, *42*(4), 41-52. (in Thai)
14. Polkaew, P., & Rodpal, J. (2017). A result of preparation program of knee replacement surgery to an anxiety of the elderly patients with knee osteoarthritis. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 7(3), 251-261. (in Thai)
15. Iemphong, L., & Chaiyakit, P. (2018). The effects of preoperative program on anxiety and postoperative recovery of total knee arthroplasty patients. *Vajira Nursing Journal*, 20(2), 33-41. (in Thai)
16. Juntrayotragron, L., Akkadechanunt, T., & Chitpakdee, B. (2023). Quality improvement of preoperative nursing visit for patients receiving total knee replacement, Phrae Hospital. *Nursing Journal CMU*, *50*(3), 71–83. (in Thai)
17. Ahmad, M., Ur Rehman, H., & Shaikh, A. A. (2021). Enhanced recovery program: Does preoperative education reduce length of hospital stay in primary hip and knee arthroplasty? *Cureus, 13*(10), e18639. https://doi.org/10.7759/cureus.18639

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

The Development of a nursing care model for preventing hypotension in pregnant women undergoing cesarean section under spinal anesthesia At Phonthong Hospital, Roi Et Province.

(Received: August 23,2025 ; Revised: August 27,2025 ; Accepted: August 29,2025)

อรทัย ไชยสุข[1] จุฑามาศ จวนสาง[1] ฐาปริมนต์ วงศ์รัตนจิรากุล[2]
Auratai Chaiyasook[1] Jutamart Juansarng[1] Thaparimont Wongratanajirakul[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ.2567 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ.2567 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง จำนวน 31 ราย เครื่องมือใช้แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสัมภาษณ์ การประชุมระดมสมองและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา เปรียบเทียบความดันโลหิตก่อนและหลังให้การระงับความรู้สึก โดยใช้ สถิติ Pair t test

ผลการศึกษา : รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการปรับปรุงแบบบริการงานวิสัญญี มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง พบว่าอุบัติการณ์ความดันโลหิตต่ำลดลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและความพึงพอใจในแนวปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับดีมาก

คำสำคัญ : การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์

Abstract

This research aimed to develop a nursing model to prevent hypotension in pregnant women who underwent cesarean section under spinal anesthesia and to evaluate the results of using the developed model. This research was an action research conducted from January 2024 to August 2024. The sample group consisted of 31 pregnant women who underwent a cesarean section under spinal anesthesia. The instruments used were an interview form, a treatment information recording form, and a satisfaction questionnaire. Data were collected through interviews, brainstorming sessions, and group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis. Blood pressure was compared before and after anesthesia using the Pair t test.

Results: The developed model was an improvement of the anesthesia service model. It included nursing practice guidelines for the prevention of low blood pressure in pregnant women who underwent abdominal cesarean section under spinal anesthesia. The results showed that the incidence of low blood pressure was reduced, there were no complications from spinal anesthesia, and satisfaction with the nursing practice guidelines was at a very good level.

Keywords : Spinal anesthesia, Hypotension in pregnancy

[1] งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด
[2] งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดมีอัตราสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าบราซิลสูงเกือบร้อยละ 50 สหรัฐอเมริกาและออสเตรเลียร้อยละ 30-40[1] การศึกษาและการประมวลผลจากองค์กรอนามัยโลก (World Health Organization :WHO) พบว่าการผ่าตัดคลอดนั้นแนะนำที่ 10% - 15% ของจำนวนมารดาที่คลอด[2] อัตราที่สูงกว่านี้นับเป็นการผ่าตัดที่เกินความจำเป็น ซึ่งการผ่าคลอด (Caesarean Section) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อช่วยชีวิตมารดาและทารกในกรณีที่มารดาไม่สามารถคลอดธรรมชาติได้ ทั้งนี้การผ่าคลอดเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยง และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแม่และทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น การติดเชื้อ การสูญเสียเลือด ภาวะรกฝังลึกในการตั้งครรภ์ภายหลัง การลดความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงทำให้ภูมิคุ้มกันของทารกบางส่วนอ่อนแอลง การศึกษาในประเทศไทยพบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดในสถานพยาบาลของรัฐ ในปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์สูงประมาณร้อยละ 30-40 และยังมีแนวโน้มสูงขึ้นอีกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารก อีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น จากสถิติการผ่าตัดคลอดในปี พ.ศ.2561 พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดคิดเป็นร้อยละ 36.00 ปี พ.ศ.2562 ร้อยละ 37.38 ปี พ.ศ.2563 ร้อยละ 37.73 ปี พ.ศ.2564 ร้อยละ 38.63 และปี พ.ศ.2565 ร้อยละ 38.80 ตามลำดับ[3]

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Caesarean Section) มีวิธีการระงับความรู้สึก 2 วิธีคือ การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General anesthesia) และการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal anesthesia)[4] โดยการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังเป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด เพราะสามารถทำได้ง่าย รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาผลของยาระงับความรู้สึกต่อทารก ออกฤทธิ์ระงับความรู้สึกเร็ว อีกทั้งยังมีประสิทธิภาพในการระงับปวด ทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ดี ทำให้ต้องการยาแก้ปวด หลังผ่าตัดลดลงและขณะผ่าตัดมารดายังรู้สึกตัว ทำให้ได้ใกล้ชิดทารกขณะคลอดเป็นการสร้างสายสัมพันธ์อันดีระหว่างมารดาและทารก ช่วยให้มารดาฟื้นตัวเร็วขึ้น ขณะเดียวกันภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดของการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดคือภาวะความดันโลหิตต่ำ พบมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 53-80 เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา คือมดลูกที่ขยายใหญ่อาจกด Inferior Vena Cava (IVC) หรือเส้นเลือดใหญ่ส่วนล่าง (Aorta) ถ้ามารดาอยู่ในท่านอนหงาย Inferior Vena Cava จะถูกกดทับ ทำให้เลือดที่ไหลกลับไปหัวใจลดลง มีผลต่อ Stroke volume ลดลง มีความดันเลือดต่ำกว่าปกติเกิดขึ้น เรียกว่า “Supine Hypotensive Syndrome” หรือ Aorta Caval Occlusion Syndrome”[4] นอกจากนี้แล้วการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนและหัวใจ โดยขัดขวางการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ทำให้หลอดเลือดขยายและเลือดมาสะสมบริเวณขา ส่งผลให้เลือดไหลกลับหัวใจน้อยลง ร่วมกับแรงต้านทานของหลอดเลือดปลายทางลดลง ทำให้ความดันเลือดต่ำ ระดับการชาที่สูงกว่า T4 เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะความดันเลือดต่ำ ซึ่งอธิบายทางสรีรวิทยาได้คือ ยิ่งระดับการชาสูงขึ้นเท่าใด การปิดกั้นการทำงานของประสาทอัตโนมัติ Sympathetic จะถูกยับยั้งสูงกว่าระดับการชา 2-6 ระดับทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดมาก ร่วมกับระดับ T1-T4 เป็นตำแหน่งของ Cardio accelerate nerve fiber และ Chronotropic Effects ส่งผลทำให้เกิดภาวะความดันเลือดต่ำมากและรุนแรง ภาวะความดันโลหิตต่ำหมายถึงภาวะที่ค่าความดันโลหิต Systolic ลดลงต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือลดลงจากเดิม ร้อยละ 20 ของค่าความดันโลหิตปกติก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง[5] ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกายไม่เพียงพอ เซลล์ต่างๆ ได้ รับออกซิเจนลดลง ทำให้ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยน ไป โดยในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย สับสน หงุดหงิด และมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป หากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เนื้อเยื่อของอวัยวะที่สำคัญของ

ร่างกาย เช่น สมอง หัวใจ ไต และอวัยวะภายในระบบทางเดินอาหารขาดออกซิเจนจนไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย[6]

โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 จำนวน 150 เตียง เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายรองรับผู้รับบริการจากโรงพยาบาลเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลเมยวดี โรงพยาบาลโพธิ์ชัย และโรงพยาบาลหนองพอก จากสถิติหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญี โรงพยาบาลโพนทองมีผู้มารับการผ่าตัดคลอด ตั้งแต่เดือนกันยายน 2565 ถึงเดือนตุลาคม 2566 จำนวน 545 ราย ผ่าตัดคลอดให้ยาระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาเข้าทางช่องน้ำไขสันหลังจำนวน 530 ราย (ร้อยละ 97.24) พบมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะผ่าตัดจำนวน 407 ราย (ร้อยละ 76.79) ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของภาวะแทรกซ้อน ขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังทั้งหมด เป็นผู้ป่วย American association of Anesthesiologist (ASA) หมายถึง การจำแนกผู้ป่วยออกเป็นระดับต่างๆตามสภาพผู้ป่วยปัญหาและโรคที่เป็นอยู่ด้วย ระดับ 2 ในฐานะวิสัญญีพยาบาลจึงควรมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลระยะก่อนระยะให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังระงับความรู้สึก เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำขณะผ่าตัดและลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆเช่น หัวใจเต้นช้า วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน หรือภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นในขณะนั้น และให้ผู้รับบริการปลอดภัยและได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ.2567 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ.2567 ดำเนินการ 3 ระยะ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาความเสี่ยง ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง สถานการณ์ ปัญหา ความเสี่ยง ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ปี 2566 จำนวน 545 ราย ผ่าตัดคลอดให้ยาระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาเข้าทางช่องน้ำไขสันหลังจำนวน 530 ราย (ร้อยละ 97.24) พบมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะผ่าตัดจำนวน 407 ราย (ร้อยละ 76.79) ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของภาวะแทรกซ้อน ขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังทั้งหมด ดำเนินการช่วงเดือน มกราคม พ.ศ. 2567

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ เป็นการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง นำกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบเข้ามาประยุกต์ใช้ ได้แก่ (1) ข้อมูลนำเข้า (input) เป็นข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวางแผนออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (2) กระบวนการทำงาน (Process) และ (3) ผลผลิต (output) วัดจากตัวชี้วัดที่กำหนดตามแบบจัดเก็บตัวชี้วัด การทดสอบประสิทธิผลของการใช้รูปแบบด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยใช้ 4 ขั้นตอนการ

วิจัย ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflection) กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง จำนวน 31 ราย ผู้ร่วมวิจัยเป็นวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 8 ราย หลังจากนั้นนำรูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้นปรึกษาและผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จนได้ฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ดำเนินการช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ประชุมระดมสมองโดยนำข้อคำถามปลายเปิดตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบเข้ามาประยุกต์ใช้ ได้แก่ (1) ข้อมูลนำเข้า (input) เป็นข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวางแผนออกแบบและพัฒนารูปแบบการการพยาบาลจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (2) กระบวนการทำงาน (Process) และ (3) ผลผลิต (output) วัดจากตัวชี้วัดที่กำหนดตามแบบจัดเก็บตัวชี้วัดนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นปรึกษาและผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จนได้ฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) การนำรูปแบบที่ได้ไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ในระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก ขณะให้การระงับความรู้สึก และหลังให้การระงับความรู้สึก เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ แบบประเมินทักษะในการดูแลในการใช้รูปแบบการพยาบาล และแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพยาบาลเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) ติดตาม สังเกตจากกระบวนการและทดลองใช้รูปแบบการให้บริการวิสัญญีและประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 Reflection หลังจากนำรูปแบบไปใช้

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล สรุปผลการใช้การพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

เครื่องมือวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล แบบประเมินทักษะในการดูแลในการใช้รูปแบบการพยาบาล และแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา เปรียบเทียบความดันโลหิตก่อนและหลังให้การระงับความรู้สึก โดยใช้สถิติ Pair t - test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ HE 2567-04-26-034 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21 – 30 ปี ร้อยละ 58.10 ($\overline{x}$ = 26.87, SD 5.73) มีน้ำหนักส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 71 – 80 กิโลกรัม และ 81 – 90 กิโลกรัม ร้อยละ 29.03 ($\overline{x}$ = 81.36, SD 12.96) มีส่วนสูงส่วนใหญ่ ≥ 161 เซนติเมตร ร้อยละ 48.39 ($\overline{x}$ = 159.58, SD 5.14) มี BMI ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 26 – 30 และ 31 – 35 ร้อยละ 29.03 ($\overline{x}$ = 31.16, SD 7.96) หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.10 ASA physical status ส่วนใหญ่ ASA class II E ร้อยละ 64.51 ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ไม่เคยผ่านการคลอดและไม่เคยแท้ง ร้อยละ 48.39 ร้อยละ 54.84 และ ร้อยละ 77.42 ตามลำดับ

ส่วนใหญ่ อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ร้อยละ 45.16 ความเข้นข้นของเลือดก่อนผ่าตัด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 38 – 40 vol% ร้อยละ 41.94 ระยะเวลาการงดน้ำงดอาหาร ส่วนใหญ่ งดน้ำงดอาหาร ≤ 8 ชั่วโมง ร้อยละ 41.94 และประวัติการได้รับการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการได้รับการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ร้อยละ 58.06

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง พบว่า การได้รับสารน้ำก่อนให้การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ส่วนใหญ่ไม่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำก่อนให้การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ร้อยละ 80.64 ปริมาณสารน้ำที่ได้รับใน Intra Operation ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 601 – 900 ml ร้อยละ 45.16 ปริมาณชา ที่ได้รับส่วนใหญ่ 2 ml ร้อยละ 87.10 การหนุนสะโพกส่วนใหญ่ได้รับการหนุนสะโพกร้อยละ 100.00 ท่าการบล็อกหลัง ส่วนใหญ่จัดท่านอนตะแคง ร้อยละ 87.10 ระดับการชา ส่วนใหญ่ชาระดับ T4 ร้อยละ 90.32 ระยะเวลาการผ่าตัด ส่วนใหญ่ระยะเวลาการผ่าตัดอยู่ในช่วง 31 – 40 นาที ร้อยละ 45.16 Urine out put ส่วนใหญ่ ปริมาณ urine ออกอยู่ในช่วง 50 - 100 ml ร้อยละ 64.51 ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด ส่วนใหญ่เสียเลือดอยู่ในช่วง 200 – 300 ml ร้อยละ 45.16 การเกิด Hypotension ส่วนใหญ่ไม่เกิด Hypotension ร้อยละ 67.74

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ

ผลการวิเคราะห์ การเปรียบเทียบความดัน Systolic ก่อนและหลัง spinal block พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความดันโลหิต Systolic ก่อนและหลัง spinal block

ความดันโลหิต	$\overline{x}$	SD	t	p
Systolic ก่อน SB	142.61	13.16	6.797	.000 *
Systolic หลัง SB	126.68	15.66		

* p < .05

ผลการวิเคราะห์ การเปรียบเทียบความดัน Diastolic ก่อนและหลัง spinal block พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความดันโลหิต Diastolic ก่อนและหลัง spinal block

ความดันโลหิต	$\overline{x}$	SD	t	p
Diastolic ก่อนSB	84.97	9.663	5.247	.000 *
Diastolic หลัง SB	74.19	11.315		

* p < .05

ผลการวิเคราะห์ การเปรียบเทียบความดัน Mean Arterial Pressure (MAP) ก่อนและหลัง spinal block พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบ Mean Arterial Pressure (MAP) ก่อนและหลัง spinal block

ความดันโลหิต	$\overline{x}$	SD	t	p
MAP ก่อนผ่าตัด	101.03	11.822	5.805	.000 *
MAP หลังผ่าตัด	89.81	11.473		

* p < .05

ผลการวิเคราะห์ การเปรียบเทียบการให้ยาตีบหลอดเลือดก่อนและหลัง spinal block พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการให้ยาตีบหลอดเลือดก่อนและหลัง spinal block

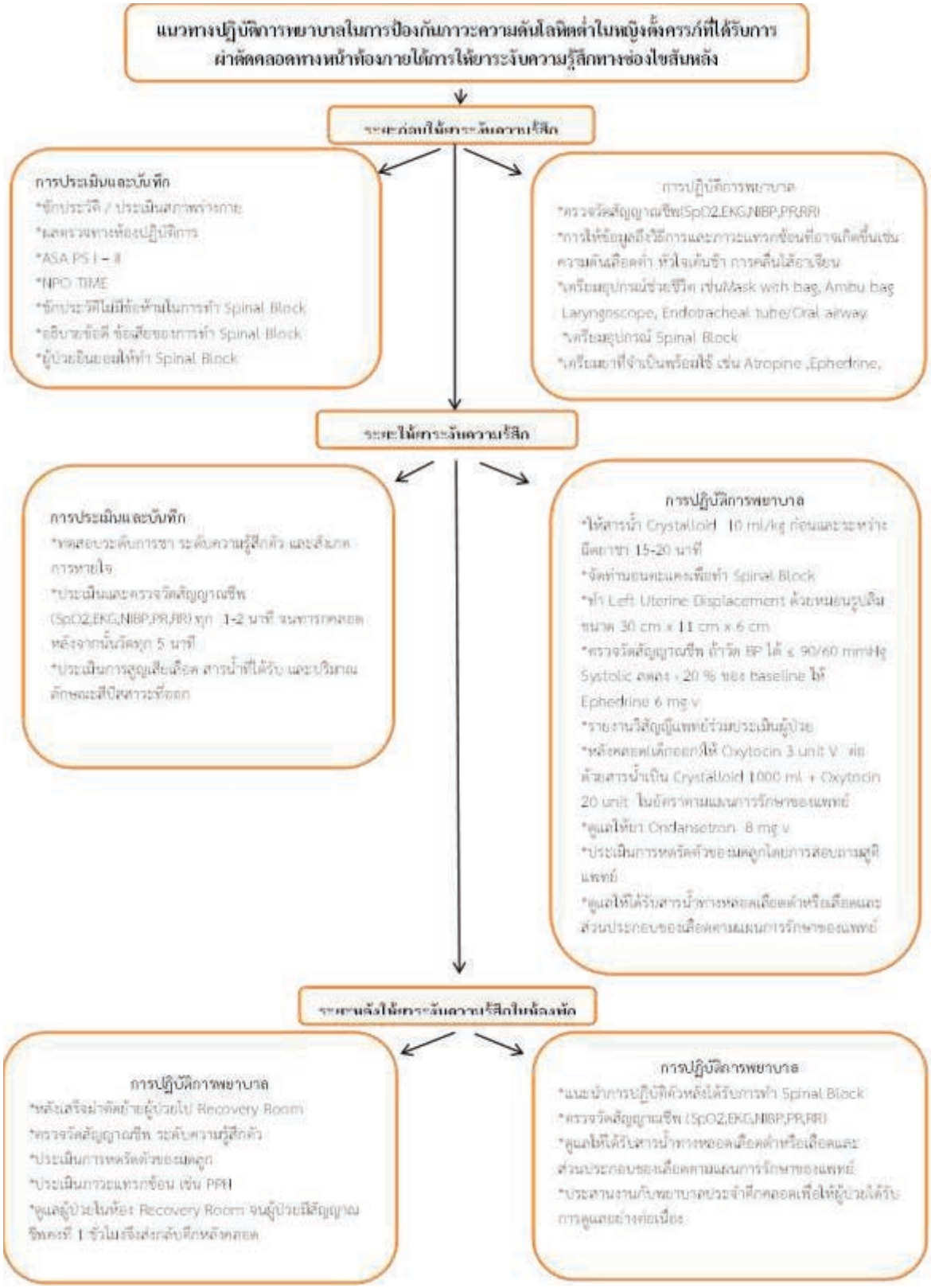
การให้ยาตีบหลอดเลือด	$\overline{x}$	SD	t	p
การให้ยาตีบหลอดเลือดทันทีหลังSB	.58	3.233	-.571	.572
การให้ยาตีบหลอดเลือดหลังSB 10นาที	1.16	4.495		

ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ได้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ดังรายละเอียดในภาพประกอบ 1

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบรูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังแบบเดิมกับพัฒนาใหม่

รูปแบบบริการ	แบบเดิม	แบบพัฒนาใหม่	ผลลัพธ์จากการพัฒนา
วิธีการให้สารน้ำ	วิธีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็วก่อนฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง(Preload) ด้วย Crystalloid	วิธีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็วขณะฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Coload) ด้วย Crystalloid	หญิงตั้งครรภ์ได้รับปริมาณสารน้ำที่เพียงพอลดความดันโลหิตขณะผ่าตัด
ปริมาณการให้สารน้ำ	ปริมาณสารน้ำที่ได้รับไม่แน่นอน	ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ 10 ml /kg	หญิงตั้งครรภ์ได้รับปริมาณสารน้ำที่เพียงพอ
ระยะเวลาการให้สารน้ำ	ระยะเวลาการให้สารน้ำไม่แน่นอน	ระยะเวลาการให้สารน้ำภายใน 20 นาที	หญิงตั้งครรภ์ได้รับสารน้ำตามเวลา
การหนุนสะโพก	การหนุนสะโพกด้วยหมอนขนาดเท่าขวดน้ำเกลือ ควบคุมองศาไม่ได้	การหนุนสะโพกขวาด้วยหมอนรูปลิ่มที่ประดิษฐ์ขึ้นเพื่อควบคุมองศาได้คงที่	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการหนุนสะโพกด้วยหมอนที่รองรับสะโพกที่เหมาะสม

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพยาบาล ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล ในการใช้รูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง สามารถปฏิบัติได้จริง อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{x}$ =4.62, SD=0.51) สะดวกในการนำไปใช้ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{x}$=4.75, SD=0.46) ใช้ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน/วิธีปฏิบัติชัดเจน อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{x}$=4.87, SD=0.35) ใช้ได้ผลดีในการลดความดันโลหิตต่ำ อยู่ในระดับมาก ($\overline{x}$=4.37, SD=0.51) ความพึงพอใจรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{x}$=4.62, SD=0.51)



ภาพประกอบ 1 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผลลัพธ์ของรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังการเปรียบเทียบความดัน Systolic ก่อนและหลัง spinal block พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความดัน Diastolic ก่อนและหลัง spinal block พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 และการเปรียบเทียบความดัน Mean Arterial Pressure (MAP) ก่อนและหลัง spinal block พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ความดันเลือดลดลง หลังการฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง เกิดจากการขยายของหลอดเลือดแดงและดำ ทำให้เลือดคั่งอยู่ใน ร่างกายส่วนที่ถูก block เลือดไหลกลับสู่หัวใจลดลง cardiac output ต่ำลง ความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับระดับที่เส้นประสาทซิมพาเธติคถูกยับยั้ง โดยทั่วไปการยับยั้งประสาทซิมพาเธติคจะสูงกว่าระดับการชา ประมาณ 2 ระดับ และความดันเลือดจะตกได้มากถ้าดมยาสลบร่วมด้วย แก้ไขโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำปริมาณเพียงพอก่อนทำ spinal block และให้เพิ่มอีก ถ้าความดันเลือดต่ำหลังทำ spinal block อาจให้สารน้ำ crystalloid 10-20 มล./กก. หรือให้ colloid แทนโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำปริมาณมากในเวลาจำกัด จะช่วยให้ลดอาการความดันโลหิตต่ำหลังให้การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ข้อสรุป จากการพัฒนาแนวทางปฏิบัติโดยใช้อุปกรณ์จัดท่าสามารถลดภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับการผ่าคลอดบุตรทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังร่วมกับระงับปวด รวมทั้งยังผลให้แนวทางปฏิบัติที่นำมาใช้มีประสิทธิภาพมากขึ้น[7,8]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องนี้สำหรับการนิเทศแก่วิสัญญีพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่

2. ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ไปเผยแพร่กับโรงพยาบาลในขนาด M2 เหมือนกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเปรียบเทียบปริมาณสารน้ำที่ควรได้รับเพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

เอกสารอ้างอิง

1.สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย ,2566. กรมอนามัยหนุนคลอดธรรมชาติ ย้ำการผ่าตัดคลอดควรเป็นไปตามข้อบ่งชี้หลังพบอัตราการผ่าตัดคลอดของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น สื่อมัลติมีเดีย กรมอนามัย (วันที่อ้างอิงถึง 30 พฤศจิกายน 2566).ที่มา: https://mutimedia.anamai.moph.go.th.//21082566

2,โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพฉบับที่ 139 ; 2564 แนวโน้มการผ่าตัดคลอดในไทยเพิ่มสูง:ถึงเวลาต้องคุยอย่างจริงจังแล้วหรือไม่ สื่อมัลติมีเดีย HITAP (วันที่อ้างอิงถึง 30 พฤศจิกายน 2566).ที่มา: https://www.hitap.net/documents/184063

3.รายงาน Service Plan สาขาแม่และเด็ก กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข,2566 สื่อมัลติมีเดีย ที่มา : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php

4.กำแหง วัชรักษะ. Anesthesia and perioperative care คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:พี.เอ. ลีพวิ่ง จำกัด,2560. หน้า 301-311

5.กฤษณา รักษามณี. Ready for Crisis in Anesthesia พร้อมเสมอเมื่อเจอวิกฤตทางวิสัญญี พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:พริ้นท์เอเบิ้ล ,2565.หน้า 89-108
6.ภาสกร สวัสดิรักษ์.วิสัญญีตามสมัย เล่ม 1 Update in Anesthesia I พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:พี.เอ. ลีพวิ่ง จำกัด,2566. หน้า 165-182
7.น้ำทิพย์ ไตรยสุนันท์. วิสัญญีพยาบาลทันยุค 2 ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: ลักกี้ สตาร์ มีเดียจำกัด,2560. หน้า 51-62
8.น้ำทิพย์ ไตรยสุนันท์. ตำราวิสัญญีพื้นฐานและหน่วยงานปฏิบัติ คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:พี.เอ. ลีพวิ่ง จำกัด,2560. หน้า 129-155

การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการด้านภาษาบทบาทของพยาบาลในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

Case study: Nursing Intervention for a Child with Language Development Delay: Pediatric Developmental Stimulation Clinic.

(Received: August 24,2025 ; Revised: August 27,2025 ; Accepted: August 29,2025)

ศศิธร ธานี
Sasithorn Thanee

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการด้านภาษาบทบาทของพยาบาลในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โดยศึกษาในผู้ป่วยเด็กผู้หญิงอายุ 1 ปี 4 เดือน U/D Congenital Hypothyroid มารักษาวันที่ 29 เมษายน 2567 มาตามนัดเจาะเลือด FT4 TSH ยังพูดคำที่มีความหมายไม่ค่อยได้ แพทย์นัดเข้าคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ และส่งตรวจการได้ยิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ด้วยโปรแกรม TEDA4I ทั้ง 4 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยมี พัฒนาการทางภาษาที่สมวัย เมื่อเทียบกับช่วงอายุจริง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีของการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมและทันท่วงที แม้ว่าผู้ป่วยจะมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพคือ Congenital hypothyroid ร่วมด้วยก็ตาม และหลังจากเดือนเมษายน 2568 ไม่มีภาวะชักซ้ำ

คำสำคัญ: เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการด้านภาษา การพยาบาล คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing approach for children with language development problems and the role of nurses in the child development stimulation clinic. The study was conducted on a 1 year and 4 month old female patient, U/D Congenital Hypothyroid, who came for treatment on April 29, 2024. She came for an appointment to have her FT4 and TSH blood drawn, but she still could not speak meaningful words. The doctor made an appointment to attend the development stimulation clinic and sent her for a hearing test. The data was analyzed using content analysis.

The study results found that after receiving continuous developmental stimulation with the TEDA4I program for all 4 sessions, the patient had age-appropriate language development compared to his actual age, reflecting the good results of appropriate and timely developmental stimulation, even though the patient had a health risk factor of congenital hypothyroidism. And after April 2025, there were no recurrences of seizures.

Keywords: Children with language development problems, nursing, child development stimulation clinic

บทนำ

พัฒนาการด้านภาษาเป็นองค์ประกอบสำคัญของพัฒนาการโดยรวมของเด็ก ซึ่งมีผลต่อการสื่อสาร การเรียนรู้ และการปรับตัวในสังคม เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการด้านภาษา อาจประสบกับความยากลำบากในการแสดงออกและรับรู้ข้อมูล ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการเรียนรู้ในระยะยาว ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาภาษาของเด็กมีหลายด้าน โดยเฉพาะภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์แต่กำเนิด (Congenital Hypothyroid) ที่หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก สามารถส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านภาษาและความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กได้[1,2] จากรายงานสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565-2566 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้าด้านการใช้ภาษา สูงถึงร้อยละ 74.8 โดยมีสภาพแวดล้อมบางอย่าง เช่น การใช้เวลาอยู่กับอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน ส่งผลให้

เวลาการเล่นของเด็กลดลงถึงร้อยละ 50 ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการโดยรวมและพัฒนาการด้านภาษา ทั้งยังชี้ให้เห็นถึงปัญหาสังคมที่ต้องการความร่วมมือจากภาครัฐและเอกชนในการสร้างพื้นที่เรียนรู้และกระตุ้นพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง[3]

บทบาทของพยาบาลในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กเป็นส่วนสำคัญในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการโดยรวมของเด็กที่มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาด้านภาษารวมถึงความสามารถในการได้ยิน การดูแลและกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม สร้างโอกาสให้เด็กได้รับการพัฒนาศักยภาพสูงสุด การศึกษากรณีการพยาบาลเด็กผู้หญิงอายุ 1 ปี 4 เดือน ที่มีภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์แต่กำเนิดและมีปัญหาด้านพัฒนาการภาษา จึงมีความสำคัญเพื่อให้เห็นแนวทางการพยาบาลที่สามารถกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการภาษาอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการบูรณาการการดูแลรักษาในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมและทันเวลา[4,5]

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษา การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการด้านภาษาบทบาทของพยาบาลในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กนี้เป็นกรณีศึกษา ขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการด้านภาษาบทบาทของพยาบาลในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

วิธีการศึกษา

การศึกษาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการด้านภาษาบทบาทของพยาบาลในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กนี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการด้านภาษาบทบาทของพยาบาลในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โดยศึกษาในผู้ป่วยเด็กผู้หญิงอายุ 1 ปี 4 เดือน U/D Congenital Hypothyroid มารักษาวันที่ 29 เมษายน 2567 มาตามนัดเจาะเลือด FT4 TSH ยังพูดคำที่มีความหมายไม่ค่อยได้ แพทย์นัดเข้าคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ และส่งตรวจการได้ยิน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลผู้ป่วยและประวัติการเจ็บป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน (ได้ข้อมูลจากการซักประวัติมารดาและแฟ้มสุขภาพ)

เด็กหญิงไทย อายุ 1 ปี 4 เดือน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ รูปร่างเล็ก ผิวขาว ผมสั้น การแต่งกายดูสะอาด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปากช่องนานาวันที่ 29/4/2567 (อายุ 1 ปี 4 เดือน)

ประวัติการเลี้ยงดู: บิดามารดาเป็นคนเลี้ยงดูเป็นหลัก อาศัยอยู่กับบิดา มารดาที่อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ในบ้านมีสมาชิกทั้งหมด 4 คน พ่ออายุ 44 ปี แม่อายุ 36 ปี พี่สาวอายุ 12 ขวบ เด็กอายุ 1 ขวบ 4 เดือน พ่ออาชีพเกษตรกร แม่อาชีพแม่บ้าน

ข้อมูลมารดา ขณะตั้งครรภ์อายุ 34 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปากช่องนานา ไม่มีโรคประจำตัว ปัจจุบันอายุ 36 ปี ไม่มีแพ้ยาหรืออาหาร ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ขณะตั้งครรภ์สุขภาพแข็งแรงไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ฝากครรภ์ที่คลินิก บุตรคนที่ 1 เป็นผู้หญิง คลอดปกติ สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ปัจจุบันบุตรคนโตอายุ 12 ปี

ประวัติการชัก :ชักจากไข้สูงตอนอายุ 1 ปี 5 เดือน และ 2 ปี 3 เดือน ปัจจุบันไม่มีชักซ้ำ

2. สรุปอาการและปัญหาสำคัญก่อนรับไว้ดูแล

ประวัติการคลอด คลอดอายุครรภ์ 37+4 สัปดาห์ NL คลอดที่โรงพยาบาลปากช่องนานา น้ำหนักแรกเกิด 1,870 กรัม (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่< 3) เส้นรอบศีรษะ เซนติเมตร 33 (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10) ตัวยาว 47 เซนติเมตร (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 3-10) แรกคลอดนอนโรงพยาบาล 20-23 ธันวาคม 2565 Apgar 9,10

ตารางที่1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 1 ความเสี่ยงต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ล่าช้า **ข้อมูลสนับสนุน** O:1. U/D congenital hypothyroidism 2. อายุครรภ์ 37+4 wk น้ำหนักแรกเกิด 1,870 กรัม (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่< 3) เส้นรอบศีรษะ33 เซนติเมตร (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10) ตัวยาว 47 เซนติเมตร (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 3-10) อยู่ในเกณฑ์ SGA (Small for Gestational Age) วันที่ 3 มกราคม 2568 อายุ 14 วัน นัดเจาะ FT4 1.39 ng/dl TSH 6.636 mlu/mL วันที่ 23 มกราคม 2566 อายุ 1 เดือน FT4 1.14 ng/dl TSH 8.601 mlu/mL ให้ยา Levothyroxine tab 0.1mg 0.5 tabx1 ac 20 tab และEurofer-iron Syr. 10g/ml 1ccx1ac เช้า **วัตถุประสงค์** เพื่อให้เด็กเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามวัย ผลเลือด FT4 TSH ปกติ ญาติให้ยาได้ถูกต้อง **เกณฑ์การประเมิน** 1.การเจริญเติบโต: น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบศีรษะ อยู่ในเปอร์เซ็นไทล์ปกติตามอายุ 2.การพัฒนาการตามวัยทั้ง 5 ด้าน 3.ระดับ TSH และ FT4: อยู่ในเกณฑ์ปกติ 4.อาการและอาการแสดง: ไม่มีอาการของ hypothyroidism	1.ติดตามการเจริญเติบโต 2.ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบศีรษะ ทุกครั้งที่มาตรวจ บันทึกในกราฟเจริญเติบโต และเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน 3.ให้ความรู้เรื่องยาสอนการให้ยา levothyroxine อย่างถูกต้อง (เวลา, วิธีการ, ข้อควรระวัง) เน้นความสำคัญของการทานยาต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง 4.ส่งเสริมการพัฒนาการ ให้คำแนะนำการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัย แนะนำกิจกรรมเสริมสร้างพัฒนาการในบ้าน **การประเมินผล** 1.เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย 2.ค่า TSH และ T4 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าปกติ FT4 0.8-1.7 ng/dl TSH 0.3-3.6 mlu/ml 3.ผู้ปกครองสามารถดูแลและให้ยาได้อย่างถูกต้อง
วินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 2 ผู้ปกครองขาดทักษะเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีโรคประจำตัว congenital hypothyroidism **ข้อมูลสนับสนุน** S: มารดาบอกว่า “ ลูกตัวเล็กแล้ว ยังเป็นไทรอยด์ต่ำ” O:มารดามีสีหน้าวิตกกังวล **วัตถุประสงค์** เพื่อลดความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาของแพทย์ **เกณฑ์การประเมิน** 1.ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจ:และสามารถอธิบายเกี่ยวกับโรคได้ 2.ผู้ปกครองมีทักษะการดูแล สามารถ ให้ยาได้ถูกต้อง สังเกตอาการผิดปกติได้ 3.การติดตาม: มาตรวจตามนัดหมาย ตรวจเลือดตามกำหนด	1.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ปกครองเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2.อธิบายเกี่ยวกับโรค congenital hypothyroidism และแนวทางการรักษาของแพทย์ให้ผู้ปกครองทราบ 3.แนะนำการรับประทานยาอย่างถูกต้องตามการรักษาของแพทย์ 4.แนะนำผู้ปกครองมาติดตามการรักษาตามนัดต่อเนื่อง 5.แนะนำสังเกตอาการผิดปกติของบุตรเช่นพร่องไทรอยด์เช่น ผิวแห้ง ผมบาง ท้องผูก ตัวบวม หน้าบวม ลิ้นโต ซึม ไม่กระฉับกระเฉง ร้องไห้เสียงแหบ **6.**เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้ซักถาม **การประเมินผล** ผู้ปกครองมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาของแพทย์ เข้าใจและสามารถการรักษาของแพทย์ เข้าใจและสามารถอธิบายโรคได้ สามารถให้ยาและสังเกตุอาการผิดปกติของบุตรได้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อ 3 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	1.การป้องกันการติดเชื้อ

ตารางที่1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน O:เด็กแรกเกิดมีระบบภูมิคุ้มกันที่ยังไม่สมบูรณ์ น้ำหนักแรกเกิดต่ำ (SGA) ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น -Hypothyroidism อาจส่งผลต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน **วัตถุประสงค์** เพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อและผู้ปกครองสามารถสังเกตุและป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อได้ **เกณฑ์การประเมิน** สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สีผิว: ชมพู ไม่ซีด ไม่เหลือง ไม่มีอาการของการติดเชื้อ: ไม่มีไข้ ไม่หายใจเร็ว	2.การสังเกตอาการ ตรวจวัดอุณหภูมิสม่ำเสมอ 3.สังเกตพฤติกรรม การกิน การนอนหลับ สังเกตสีผิว การหายใจ 4.การดูแลทั่วไป รักษาความสะอาดของสิ่งแวดล้อม ให้การพักผ่อนที่เพียงพอ ส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม 5.แนะนำผู้ปกครองพาบุตรไปรับวัคซีนให้ครบตามนัดทุกครั้ง **การประเมินผล (Evaluation)** 1.เด็กไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ 2.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.ผู้ปกครองสามารถป้องกันและสังเกตอาการได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 พัฒนาการล่าช้าด้านภาษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะพร่องไทรอยด์ **ข้อมูลสนับสนุน** **S:** มารดาบอก “พูดยังเป็นคำที่มีความหมายไม่ค่อยได้” **O:** Dx Congenital hypothyroid ผลแลบ 29/4/2567 FT4 1.47 ng/dl TSH 2.223 mlu/mL ให้ยาLevothyroxine tab 0.1mg 0.5 tab ผสมน้ำ 5cc รับประทานครั้งละ 1.5 cc x1 ac 30 tab ผลการประเมินด้วยคู่มือ DAIM 29/4/2567 ด้าน GM 13-15 เดือน เดินลากของเล่นหรือสิ่งของได้ ด้าน FM 13-15 เดือน หยิบก้อนไม้ใส่ถ้วยได้ 2 ก้อน ด้าน RL 9 เดือน ทำตามคำสั่งง่ายๆ เมื่อใช้ท่าทางประกอบ ด้าน EL 7-8 เดือน เลียนเสียงพูดคุยได้ ด้าน PS 13-15 เดือน เลียนแบบท่าทางการทำงานบ้านได้ **วัตถุประสงค์** เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการเป็นไปตามช่วงวัย **เกณฑ์การประเมินผล** 1.เกณฑ์การประเมินและส่งสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงด้วยคู่มือ DAIM ช่วงอายุ 16-17 เดือน ด้าน GM วิ่งหรือเดินเร็วๆ โดยสายตาอาจจ้องมองที่พื้น ด้าน FM ขีดเขียนเป็นเส้นบนกระดาษได้ ด้าน RL ทำตามคำสั่ง 2-3 คำโดยไม่ต้องมีท่าทางประกอบ ด้าน EL ตอบชื่อวัตถุได้ถูกต้อง ด้าน PS ถือถ้วยน้ำดื่มเองหกเล็กน้อย เกณฑ์การประเมินเพื่อช่วยเหลือด้วยคู่มือ TEDA4I อายุ 21 เดือน ด้าน GM หยุดเดินและหลีกสิ่งกีดขวางได้ ด้าน FM วางรูปวงกลมใส่ในช่องกระดานรูปแบบทรงเรขาคณิตที่มี 3 แบบได้คือ สี่เหลี่ยม สามเหลี่ยม วงกลม ด้าน RL แสดงการกระทำ 2 อย่างตามคำสั่ง(ต่อวัตถุ 1 ชนิด) ด้าน EL ใช้คำพูดแสดงความต้องการและปฏิเสธ พูดคำเดี่ยวได้ 10 คำ ด้าน PS ดื่มน้ำจากแก้วและวางคืนที่เดิมได้โดยไม่หก ปกป้องสิ่งของเมื่อถูกแย่ง	1.สร้างสัมพันธภาพกับเด็กและผู้ปกครองเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2.ประเมินด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I และอธิบายผลการประเมินพัฒนาการรายด้านให้มารดารับทราบนัดเดือนละครั้ง **ครั้งที่ 1 วันที่ 7/6/2567 อายุ 17 เดือน** ด้าน GM ผู้ประเมินเล่นเกมเพื่อให้เด็กวิ่ง ด้าน FM ผู้ประเมินยื่นขวดให้เด็ก พร้อมบอกให้เด็กเอาลูกปัดออกมา (ไม่ใช้คำว่า “เท”) ด้าน RL ผู้ประเมินถามจากผู้ปกครองว่าเด็กรู้จักของเล่นอะไรบ้าง แล้วเลือกมา 2ชนิด ผู้ประเมินวางของเล่น 2 ชนิด (บอลและรถ) ไว้ตรงหน้าเด็กแล้วถามว่า “บอลอยู่ไหน” รอให้เด็กชี้หรือเลือกแล้วถามว่า “รถอยู่ไหน” ด้าน EL ผู้ประเมินถามผู้ปกครองว่าเมื่อเด็กต้องการ/ปฏิเสธเด็กทำอย่างไร และถามผู้ปกครองว่าเด็กพูดคำที่มีความหมายได้กี่คำอะไรบ้าง ด้าน PS ผู้ประเมินวางแก้วที่ใส่น้ำ ¼ แก้วตรงหน้าเด็กและสังเกตขณะเด็กดื่มน้ำหรือถามจากผู้ปกครองว่าดื่มได้เองโดยไม่หก -ผู้ประเมินสังเกตขณะเด็กเล่นหรือถามผู้ปกครองว่ามีการปกป้องของเมื่อถูกแย่งหรือไม่ **ครั้งที่ 2 วันที่ 5/7/2567 อายุ 18 เดือน** ด้าน GM- ผู้ประเมินจัดเด็กยืนบนพื้นราบพร้อมวางลูกบอลบนพื้น ผู้ประเมินเตะลูกบอลให้เด็กดู และบอกให้เด็กทำตาม ด้าน FM -ผู้ประเมินวางหนังสือบนโต๊ะพร้อมกับเปิดหนังสือให้เด็กดูและบอกให้เด็กเปิดหนังสือ -ผู้ประเมินวางท่อที่มีลูกบอลไหมพรมอยู่ตรงกลางและแท่งไม้ไว้ตรงหน้าเด็ก ผู้ประเมินชี้ให้เด็กดูลูกบอลไหมพรม พร้อมบอกเด็กให้เอาลูกบอลไหมพรมออกมา ด้าน RL -ผู้ประเมินวางรูปภาพสัตว์ 4 รูปที่เด็กคุ้นเคยไว้ตรงหน้าเด็ก ผู้ประเมินสั่งว่า “หยิบรูป.....ให้ผู้ประเมิน” สั่งเด็กให้หยิบรูปแต่ละรูปและวางคืนที่เดิมจนครบ 4 รูป (นับเป็น 1 ชุด) และสลับตำแหน่งในชุดที่ 2 และ 3 -ผู้ประเมินเล่านิทานให้เด็กฟังนาน 2 นาที ด้าน EL -ผู้ประเมินถามผู้ปกครองว่าเมื่อเด็กต้องการ/ปฏิเสธเด็กทำอย่างไร และถามผู้ปกครองว่าเด็กพูดคำที่มีความหมายได้กี่คำอะไรบ้าง

ตารางที่1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ด้าน PS -ผู้ประเมินวางแก้วที่ใส่น้ำ ¼ แก้วตรงหน้าเด็กและสังเกตขณะเด้กดื่มน้ำหรือถามจากผู้ปกครองว่าดื่มได้เองโดยไม่หก -ผู้ประเมินสังเกตขณะเด็กเล่นหรือถามผู้ปกครองว่ามีการปกป้องของเมื่อถูกแย่งหรือไม่ **ครั้งที่ 3 วันที่ 2/8/2567 อายุ 19 เดือน** ด้าน GM -ผู้ประเมินจัดเด็กยืนบนพื้นราบพร้อมวางลูกบอลบนพื้น ผู้ประเมินเตะลูกบอลให้เด็กดู และบอกให้เด็กทำตาม ด้าน FM -ผู้ประเมินวางหนังสือบนโต๊ะพร้อมกับเปิดหนังสือให้เด็กดูและบอกให้เด็กเปิดหนังสือ -ผู้ประเมินวางท่อที่มีลูกบอลไหมพรมอยู่ตรงกลางและแท่งไม้ไว้ตรงหน้าเด็ก ผู้ประเมินชี้ให้เด็กดูลูกบอลไหมพรม พร้อมบอกเด็กให้เอาลูกบอลไหมพรมออกมา ด้าน RL- ผู้ประเมินวางวัตถุ 4 ชนิดตรงหน้าเด็กแล้วถามว่า “อันไหนที่เราใช้เตะ” “อันไหนที่เราใช้ใส่ข้าว” “อันไหนที่เราใช้ตักข้าว” “อันไหนที่เราใช้ดื่มน้ำ” โดยนำวัตถุที่หยิบแล้วมาวางรวมกับวัตถุที่เหลือ -ผู้ประเมินถามผู้ปกครองว่าเด็กรู้จักอวัยวะส่วนใดบ้างและผู้ประเมินถามเด็กว่า “.....อยู่ไหน” ถามซ้ำได้ส่วนละ 2 ครั้ง หากชี้ส่วนใดไม่ถูกต้อง ด้าน EL-ผู้ประเมินถามผู้ปกครองว่าเมื่อเด็กต้องการ/ปฏิเสธเด็กทำอย่างไร และถามผู้ปกครองว่าเด็กพูดคำที่มีความหมายได้กี่คำอะไรบ้าง ด้าน PS - ผู้ประเมินวางแก้วที่ใส่น้ำ ¼ แก้วตรงหน้าเด็กและสังเกตขณะเด้กดื่มน้ำหรือถามจากผู้ปกครองว่าดื่มได้เองโดยไม่หก -ผู้ประเมินสังเกตขณะเด็กเล่นหรือถามผู้ปกครองว่ามีการปกป้องของเมื่อถูกแย่งหรือไม่ **ครั้งที่ 4 วันที่ 6/9/2567 อายุ 20 เดือน** ด้าน GM -ผู้ประเมินจัดเด็กยืนบนพื้นราบพร้อมวางลูกบอลบนพื้น ผู้ประเมินเตะลูกบอลให้เด็กดู และบอกให้เด็กทำตาม ด้าน FM -ผู้ประเมินต่อก้อนไม้ 8 ก้อนให้เด็กดูแล้วรื้อแบบออก ผู้ประเมินส่งก้อนไม้ 8 ก้อน ให้เด็กทำตาม -ผู้ประเมินวาดรูปเป็นวงๆต่อเนื่องบนกระดาษให้เด็กดูพร้อมกับพูดว่า “ลากเส้นเป็นวง” ผู้ประเมินส่งสีเทียนหรือดินสอให้เด็กแล้วบอกให้เด็กทำตาม ด้าน RL- ผู้ประเมินวางวัตถุ 4 ชนิดตรงหน้าเด็กแล้วถามว่า “อันไหนที่เราใช้เตะ” “อันไหนที่เราใช้ใส่ข้าว” “อันไหนที่เราใช้ตักข้าว” “อันไหนที่เราใช้ดื่มน้ำ” โดยนำวัตถุที่หยิบแล้วมาวางรวมกับวัตถุที่เหลือ -ผู้ประเมินถามผู้ปกครองว่าเด็กรู้จักอวัยวะส่วนใดบ้างและผู้ประเมินถามเด็กว่า “.....อยู่ไหน” ถามซ้ำได้ส่วนละ 2 ครั้ง หากชี้ส่วนใดไม่ถูกต้อง ด้าน EL -ผู้ประเมินถามผู้ปกครองว่าเด็กใช้คำพูดแสดงความต้องการและปฏิเสธได้หรือไม่ -ผู้ประเมินถามผู้ปกครองว่า เด็กพูดคำที่มีความหมายอะไรได้บ้าง และสังเกตเด็กในสถานการณ์ต่างๆ เพื่อดูว่าเด็กพูดคำอะไรได้บ้าง

ตารางที่1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ด้าน PS-ผู้ประเมินสังเกตการเล่นของเด็กร่วมกับเด็กคนอื่น 2-3 คน หรือสอบถามจากผู้ปกครอง -ผู้ประเมินสอบถามผู้ปกครองว่าเด็กใช้ช้อนตักอาหารกินเองได้หรือไม่ 2.ให้คำแนะนำและเสริมแรงผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการรายด้านอย่างต่อเนื่องที่บ้าน 3.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว: แนะนำให้บุคคลในครอบครัวทุกคนมีส่วนร่วมในการ **ประเมินผล** ผลการประเมินเพื่อช่วยเหลือด้วยคู่มือTEDA4I ครั้งที่4 วันที่ 6/9/2567 อายุ 1 ปี 8 เดือน (20 เดือน) สมวัยทั้ง 5 ด้าน ด้าน GM 24 เดือน เหวี่ยงขาเตะลูกบอลได้ ด้าน FM 30 เดือน ต่อก้อนไม้สี่เหลี่ยมลูกบาศก์เป็นหอสูงได้ 8 ก้อน ด้าน RL 30 เดือน ชี้/เลือกวัตถุได้ถูกต้องอย่างน้อย2ใน 4 ชนิดชนิดละ 2 ครั้ง ชี้อวัยวะได้ 10 ส่วน ด้าน EL 21 เดือนใช้คำพูดแสดงความต้องการและปฏิเสธ พูดคำเดี่ยวได้ 10 คำ ด้าน PS 24 เดือนใช้ช้อนตักอาหารกินเองได้โดยหกเล็กน้อย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5.การเปลี่ยนแปลงภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของต่อมไทรอยด์บกพร่อง **ข้อมูลสนับสนุน** **O:** Dx Congenital hypothyroid ผลเลือด29/4/2567 FT4 1.47 ng/dl TSH 2.223 mlu/mL ให้ยาLevothyroxine tab 0.1mg 0.5 tab ผสมน้ำ 5cc รับประทานครั้งละ 1.5 cc x1 ac 30 tab **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผลเลือด FT4 TSH อยู่ในเกณฑ์ปกติ และเด็กไม่มีอาการของภาวะพร่องไทรอยด์ **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผลเลือด FT4 TSH อยู่ในเกณฑ์ปกติค่าปกติ FT4 0.8-1.7 Mg/dl TSH 0.3-3.6 mlu/ML 2.ไม่มีอาการผิดปกติของภาวะพร่องไทรอยด์เช่น ผิวแห้ง ผมบาง ท้องผูก ตัวบวม หน้าบวม ลิ้นโต ซึม ไม่กระฉับกระเฉง ร้องไห้เสียงแหบ	1.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ: รวมถึงอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย และความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจจับความผิดปกติที่อาจบ่งชี้ถึงการทำงานของต่อมไทรอยด์ที่ลดลงและส่งผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด 2.สังเกตและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย: เช่น ปริมาณนมที่ดื่ม ปัสสาวะ อุจจาระ และการอาเจียน เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำหรือภาวะบวมน้ำที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงประเมินความเสี่ยงต่อภาวะ ท้องผูกซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในภาวะ Hypothyroidism 3.ติดตามผลระดับฮอร์โมนไทรอยด์ (FT4, TSH) ตามแผนการรักษาของแพทย์ และรายงานแพทย์หากพบค่าผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญ เพื่อให้มั่นใจว่าการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนมีประสิทธิภาพและปรับขนาดยาได้เหมาะสม 4.ให้ยาฮอร์โมนไทรอยด์ (Levothyroxine) ตามแผนการรักษาของแพทย์: สอนและให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับวิธีการบริหารยาที่ถูกต้อง และความสำคัญของการให้ยาอย่างต่อเนื่องตรงเวลา และไม่ควรให้พร้อมกับนมถั่วเหลืองหรืออาหารที่มีธาตุเหล็กสูงในคราวเดียวกัน เนื่องจากอาจรบกวนการดูดซึมยา 5.สังเกตอาการแสดงของภาวะพร่องไทรอยด์: ได้แก่ ผิวแห้ง ผมบาง ท้องผูก ตัวบวม หน้าบวม ลิ้นโต ซึม ไม่กระฉับกระเฉง ร้องไห้เสียงแหบ และรายงานแพทย์หากพบอาการเหล่านี้อย่างรุนแรงหรือมีอาการใหม่ๆ เกิดขึ้น 6.ให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลเด็ก: รวมถึงการให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย การสังเกตอาการผิดปกติที่บ้าน และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลและสังเกตอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ **การประเมินผล**

ตารางที่1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	1.ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ โดยเฉพาะอัตราการเต้นของหัวใจและอุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติสำหรับเด็กวัย 1 ปี 2.ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ (FT4, TSH) อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ ตามเป้าหมายการรักษาของแพทย์ 3.ไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องไทรอยด์ที่รุนแรง หรือมีอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ 4.ผู้ปกครองมีความเข้าใจและสามารถบริหารยาฮอร์โมนไทรอยด์ ได้อย่างถูกต้อง และมาตามนัดเพื่อติดตามการรักษา
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการจัดการภาวะชักจากไข้สูง **ข้อมูลสนับสนุน** **O:** มีประวัติชักจากไข้สูง 2 ครั้ง 3-7/6/67 Admit และ 19-21/4/68**วัตถุประสงค์:** ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้สูง สามารถจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม และลดความวิตกกังวล **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ไม่มีภาวะชักซ้ำ 2.ผู้ปกครองไม่มีความวิตกกังวลและสามารถดูแลเด็กเมื่อมีภาวะไข้สูงได้ถูกต้องเหมาะสม	1.ให้ข้อมูลและอธิบายเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้สูง ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เน้นว่ามักเป็นภาวะที่ไม่รุนแรงและมักหายไปเองเมื่อเด็กโตขึ้น เพื่อลดความตื่นตระหนกและความวิตกกังวลของผู้ปกครอง 2.อธิบายถึงสาเหตุ อาการ และสิ่งที่ควรทำเมื่อเด็กชัก รวมถึงการปฐมพยาบาลเบื้องต้นอย่างละเอียด สาธิตท่าทางและการจัดท่าที่ถูกต้อง 3.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการชักซ้ำ เช่น การเฝ้าระวังไข้และการให้ยาลดไข้เมื่อเริ่มมีไข้สูง 4.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณอันตรายที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที เช่น ชักนานเกิน 5 นาที ชักซ้ำหลายครั้ง ชักแล้วซึมไม่ฟื้น หรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย 5.เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองซักถามข้อสงสัยและแสดงความกังวล และให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ **การประเมินผล** 1.ผู้ปกครองสามารถอธิบายอาการ สาเหตุ และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของภาวะชักจากไข้สูงได้อย่างถูกต้อง 2.ผู้ปกครองแสดงท่าทีที่มั่นใจและลดความวิตกกังวลลง ในการดูแลบุตร 3.ผู้ปกครองมาตามนัดเพื่อติดตามการรักษา และสามารถจัดการกับสถานการณ์ไข้และชักได้อย่างมีประสิทธิภาพที่บ้าน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวข้องกับความกังวลต่อผลกระทบจากโรค congenital hypothyroid ต่อพัฒนาการของบุตร **ข้อมูลสนับสนุน:** S:มารดาบอก”กังวลเรื่องไทรอยด์ต่ำของลูก” O: น้ำหนักแรกคลอด 1,870 กรัม ผลเลือด29/4/2567 FT4 1.47 ng/dl TSH 2.223 mlu/mL ให้ยา Levothyroxine tab 0.1mg 0.5 tab ผสมน้ำ 5cc รับประทานครั้งละ 1.5 cc x1 ac 30 tab **เกณฑ์การประเมิน:** 1. มารดาไม่มีสีหน้าวิตกกังวล สามารถนอนหลับได้ 2.สามารถอธิบายเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้	1.ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค congenital hypothyroid อย่างชัดเจน 2.อธิบายความก้าวหน้าของการรักษาและพัฒนาการของเด็ก 3.สอนเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึกลึก พักผ่อนให้เพียงพอ 4.ส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก 5. แนะนำมารดาพาเด็กมาพบแพทย์ตามนัด **การประเมินผล:** 1.มารดาไม่มีสีหน้าวิตกกังวล 2.นอนหลับได้ดีขึ้น อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อคืน 3.สามารถอธิบายเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ถูกต้อง 4.แสดงความมั่นใจในการดูแลเด็กเพิ่มขึ้น
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ความต้องการการดูแลแบบพึ่งพิงของเด็กเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรค congenital hypothyroid และประวัติการชักจากไข้สูง **ข้อมูลสนับสนุน:**	1.ประเมินทักษะการดูแลปัจจุบันของมารดา 2.การให้ความรู้และสอนทักษะวิธีการให้ยาไทรอยด์อย่างถูกต้อง 3.แนะนำการดูแลเด็กเมื่อมีไข้สูง 4.แนะนำกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัย

ตารางที่1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
O:เด็กอายุ 1 ปี 4 เดือน ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ประวัติโรคประจำตัว congenital hypothyroid เคยมีประวัติชักจากไข้สูง 2 ครั้ง การกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ถึง 4 ครั้ง **เกณฑ์การประเมิน** 1.ระดับพัฒนาการตามวัยประเมินด้วย TEDA4I 2.ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาไทรอยด์ 3.ความถี่ของการมีไข้สูงหรือการเจ็บป่วย 4.น้ำหนักและความสูงเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน	5.ติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการ 6.ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหา และประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ **การประเมินผล** 1.เด็กไม่มีอาการป่วยหรือมีไข้สูงลดลง 2.ได้รับยาไทรอยด์อย่างสม่ำเสมอและมาตามนัดต่อเนื่อง 3.พัฒนาการดีขึ้นตามที่ประเมินด้วย TEDA4I 4.น้ำหนักและความสูงเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์

สรุปกรณีศึกษา

Case คลอดอายุครรภ์ 37+4 wk นน.แรกคลอด 1,870 กรัม NL c LBW นัดติดตามอาการเรื่องตัวเหลือง 1 ครั้งตอนอายุ 6 วัน ผลปกติ และนัดเจาะเลือด FT4 TSH ตั้งแต่อายุ 14 วัน นัดเจาะเลือดทุก 1-2 เดือนตั้งแต่อายุ 14 วัน มาตามนัดทุกครั้งรับประทานยาต่อเนื่อง และติดตามพัฒนาการพบว่าอยู่ในช่วงวัยทั้ง 5 ด้าน เมื่ออายุ 1 ปี 4 เดือนมาเจาะเลือด FT4 TSH ตามนัดและพบพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาพูดเป็นคำที่มีความหมายยังไม่ค่อยได้ แพทย์จึงส่งตรวจการได้ยินผลปกติและส่งคลินิกกระตุ้นพัฒนาการได้รับการประเมินด้วยคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง DAIM พบล่าช้าด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา โดยนำทฤษฎีการพยาบาลของโดโรธี โอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการดูแลและให้การพยาบาล พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ที่จะประเมินความสามารถของมารดาบิดาโดยประเมินให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลเด็ก หากบิดามารดาหรือสมาชิกในครอบครัวมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแล พยาบาลจึงต้องใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-education system) ตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็น เช่นการให้ข้อมูลความรู้ สอน สาธิต แนวทางการปฏิบัติ การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการด้านต่างๆ สนับสนุน ให้กำลังใจในการพัฒนาความสามารถของบุคคลในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง จากนั้นได้รับการประเมินพัฒนาการด้วยคู่มือการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ TEDA4I นัดติดตามอาการเดือนละครั้งทั้งหมด 4 ครั้งพร้อมทั้งให้คำแนะนำผู้ปกครองกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้าน เมื่อสมวัยแล้วก็ให้ผู้ปกครองส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัยต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยได้รับการประเมินพัฒนาการเบื้องต้นด้วยคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง Developmental Assessment for Intervention Manual (DAIM) 1 ครั้ง เพราะแรกเกิดเด็กน้ำหนักน้อย 1,870 กรัมพบพัฒนาการล่าช้าด้านการใช้ภาษาและเข้าใจภาษา จากนั้นได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ TEDA4 I (Thai Early Development Assessment for Intervention) จำนวน 4 ครั้ง ซึ่งเป็นการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมทักษะทางภาษาและทักษะที่เกี่ยวข้องแบบให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินพัฒนาการ เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่ก่อนจำหน่ายกลับบ้านด้วยคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM) และนัดพบแพทย์พัฒนาการ พบว่าเด็กมีพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและด้านการใช้ภาษาล่าช้า ได้รับการฝึกกระตุ้น พัฒนาการตามแนวทางของ

กระทรวงสาธารณสุขด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ(TEDA4I) โดยนัดฝึกกระตุ้นพัฒนาการเดือนละ 1ครั้ง เมื่อครบ 3 เดือน ประเมินพัฒนาการซ้ำพบว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้า ปรึกษาแพทย์เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพัฒนาการล่าช้า และนัดฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กต่อเนื่องทุก 1 เดือน[5-8]

ภายหลังการเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ด้วยโปรแกรม TEDA4I ทั้ง 4 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยมี พัฒนาการทางภาษาที่สมวัย เมื่อเทียบกับช่วงอายุจริง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีของการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมและทันท่วงที แม้ว่าผู้ป่วยจะมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพคือ Congenital hypothyroid ร่วมด้วยก็ตาม และหลังจาก เดือนเมษายน 2568 ไม่มีภาวะชักซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและกระตุ้นพัฒนาการในเด็กเล็กที่มีภาวะพัฒนาการล่าช้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กที่มีโรคร่วมหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ การดำเนินการประเมินด้วยเครื่องมือที่เหมาะสมอย่าง DAIM และการกระตุ้นพัฒนาการอย่างเป็นระบบด้วย TEDA4I มีส่วนสำคัญในการช่วยให้เด็กสามารถกลับมามีพัฒนาการที่สมวัยได้ การทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และพยาบาลในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ถือเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้เด็กเหล่านี้สามารถเติบโตและพัฒนาศักยภาพได้อย่างเต็มที่

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). คู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง Developmental Assessment for Intervention Manual (DAIM).นนทบุรี.
2. กรมอนามัย. (2022). คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM). กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2023). รายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565-2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
4. วรรณริชฎา กิตติธงโสภณ. (2565).การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 1- 3 ปี โดยผู้ปกครองผ่านโมบายแอพพลิเคชั่น.มหาวิทยาลัยนเรศวร.
5. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. (2561). คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ: TEDA4I (Thai Early Developmental Assessment for Intervention). เชียงใหม่: สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์.
6. สุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ. (2021). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดนนทบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 51(1), 38-51.
7. อัญชลี สารรัตนะ. (2020). พัฒนาการทางภาษาและการส่งเสริมทักษะทางภาษาสำหรับเด็กปฐมวัย. วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์, 21(1), 1-14.
8. Curtis, P. R., Kaiser, A. P., Estabrook, R., & Roberts, M. Y. (2021). The longitudinal effects of early language intervention on children's problem behaviors. Child Development, 90(2), 576-592.

การพยาบาลผู้คลอดไหล่ยากร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา

Nursing care for a mother who has Shoulder Dystocia with Postpartum Hemorrhage : case study.

(Received: August 24,2025 ; Revised: August 27,2025 ; Accepted: August 29,2025)

นภสวรรณ ชำนิวิกัยมาศ[1]
Napasawan Chamniwikaimars[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดไหล่ยากร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยศึกษาในผู้คลอด อายุ 35 ปี ประวัติตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 4 วัน มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ระยะก่อนคลอด มีภาวะไม่สุขสบายจากเจ็บครรภ์คลอด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก ในระยะคลอด เกิดภาวะคลอดติดไหล่ 2 นาที ได้รับการตัดฝีเย็บให้กว้างกว่าปกติ และทำคลอดไหล่ด้วยการจัดท่าแบบแม็คโรเบิร์ตส์และกดบริเวณเหนือหัวหน่าว ทารกคลอดเพศชาย คะแนนแอปการ์ นาทีที่ 1,5,10 เท่ากับ 7,8,9 คะแนน น้ำหนัก 3,960 กรัม แขนซ้ายขยับได้แนวราบ รกคลอดครบ ลักษณะปกติ ระยะหลังคลอดผู้คลอดเกิดภาวะ ตกเลือดหลังคลอด เสียเลือดรวม 520 มิลลิลิตร ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก คลึงมดลูก หลังจากนั้นมดลูกหดรัดตัวดี ไม่พบเลือดออกจากช่องคลอด และแผลฝีเย็บเพิ่ม จึงส่งผู้คลอดและทารกแรกเกิดไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยสูติ นรีเวช จากการเยี่ยมติดตามพบว่าผู้คลอดอาการทั่วไปปกติ แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 3 วัน ส่วนทารกหลังคลอด 1 วัน แขนซ้ายเคลื่อนไหวได้น้อยลง ดูดนมแล้วมีอาเจียน กุมารแพทย์จึงย้ายไปดูแลที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม วินิจฉัยว่ามีการบาดเจ็บเส้นประสาทแขน ปรึกษากายภาพบำบัดช่วยฟื้นฟูเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ ต่อมามีภาวะตัวเหลือง ได้รับการส่องไฟบำบัดอยู่ 2 วัน ตัวเหลืองและค่าบิลิรูบินลดลง แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 4 วัน

คำสำคัญ : คลอดไหล่ยาก, ภาวะตกเลือดหลังคลอด

Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care for a mother who had Shoulder Dystocia with Postpartum Hemorrhage. The study was conducted on a 35-year-old mother with a history of a second pregnancy, 39 weeks and 4 days of gestation, who presented with labor pains 4 hours before hospital admission. During the prenatal period, she was uncomfortable from labor pains and at risk of receiving drugs to induce uterine contractions. During labor, shoulder dystocia occurred for 2 minutes. The right episiotomy was widened more than normal, and the shoulder was delivered using the McRoberts maneuver and suprapubic pressure. The neonate was born male with Apgar scores at 1, 5, and 10 minutes of 7, 8, and 9. The neonate weighed 3,960 grams. The left arm was movable horizontally; it showed a full normal placenta, and total blood loss was 520 ml. The mother had a postpartum hemorrhage, and then the mother received a stimulant uterine contraction drug and a uterine massage. After that, the uterus contracted well. There was no additional vaginal bleeding or Episiotomy. Therefore, the mother and neonate were sent to the obstetrics and gynecology ward for further care. A follow-up visit revealed that the mother's general condition was normal. The doctor therefore discharged her home. The total length of stay was 3 days. The neonate's left arm moved less one day after birth, and vomited after sucking milk. The pediatrician therefore transferred the neonate to the pediatric ward and diagnosed a brachial nerve injury and consulted a physical therapist to rehabilitate the nerves and muscles. Later, the neonate developed jaundice and received phototherapy for 2 days. Jaundice symptoms and bilirubin levels decreased, so the doctor discharged the neonate home. The total length of stay was 4 days.

Keywords: Shoulder Dystocia, Postpartum Hemorrhage

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

บทนำ

การคลอดไหล่ยากเป็นการที่ผู้ทำคลอดไม่สามารถทำคลอดไหล่หน้าหรือไหล่หลังหรือไหล่ทั้ง 2 ข้าง ด้วยการดึงศีรษะทารกลงล่างตามปกติหลังทำคลอดศีรษะทารกแล้ว และจำเป็นต้องใช้กระบวนการช่วยคลอดไหล่เพิ่มขึ้น[1] เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่แพทย์หรือผู้ทำคลอดต้องให้ช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจากภาวะนี้สามารถทำให้เกิดอันตรายรุนแรงต่อทั้งมารดาและทารก และเป็นภาวะที่ไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดในผู้คลอดรายใด[2] อุบัติการณ์การเกิดภาวะคลอดไหล่ยากในยุโรปพบร้อยละ 0.5 -1[3] ประเทศอเมริกาพบอุบัติการณ์ ร้อยละ 0.2-3 ของการคลอดทางช่องคลอดทั้งหมด[4] ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของการคลอดไหล่ยากประมาณร้อยละ 0.6-1.4 ของการคลอดทางช่องคลอดทั้งหมด[5] สาเหตุการคลอดไหล่ยากด้านทารก มักเกิดในทารกน้ำหนักมาก โดยพบว่า ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 4,000 กรัม เกิดอุบัติการณ์คลอดไหล่ยากร้อยละ 1 จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ถึง 9 ถ้าทารกน้ำหนัก 4,000 ถึง 4,500 กรัม และเพิ่มขึ้นร้อยละ 14 ถึง 23 ในทารกที่น้ำหนักเกิน 4,500 กรัม[4] สาเหตุด้านผู้คลอด ได้แก่ ตั้งครรภ์เกินกำหนด เป็นเบาหวาน และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากในขณะตั้งครรภ์ ความก้าวหน้าของการคลอดผิดปกติ และมีประวัติคลอดไหล่ยาก[6]

ผลกระทบของการคลอดไหล่ยาก ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อทารกได้ประมาณร้อยละ 25 โดยการบาดเจ็บที่พบบ่อย ได้แก่ เส้นประสาทแขนบาดเจ็บ (Neonatal Brachial Plexus Injury (NBPI) กระดูกไหปลาร้าหัก และกระดูกต้นแขนหัก[2] นอกจากนี้อาจทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน สมองขาดออกซิเจนและขาดเลือด (Hypoxic–Ischemic encephalopathy, HIE) และทารกแรกเกิดพิการ หรือเสียชีวิตได้ ส่วนผลกระทบต่อผู้คลอด ได้แก่ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ทำให้เลือดออกหลังคลอด บาดแผลฉีกขาดบริเวณฝีเย็บระดับ 3 หรือ 4 บาดแผลฉีกขาดบริเวณปากมดลูกและช่องคลอด ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด ติดเชื้อมดลูกแตก และการบาดเจ็บของท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ[7] ค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของผลกระทบ และวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลระยะยาวต่อสัมพันธภาพในครอบครัวได้ จากการสะสมความเครียด ความวิตกกังวล ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล และภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว[1,8] รวมทั้งอาจนำมาสู่การฟ้องร้อง ทำให้เกิดความเสียหายต่อภาพลักษณ์ขององค์กร[2]

งานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยมีสถิติผู้คลอดในปี พ.ศ. 2565 – 2567 จำนวน 1,002, 1,022 และ 1,015 ราย ตามลำดับ ไม่พบอุบัติการณ์คลอดไหล่ยาก[9] ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าว สูติแพทย์มีการกำหนดแนวทางป้องกันการเกิดอุบัติการณ์คลอดไหล่ยากตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์โดยเมื่อตรวจครรภ์พบระดับความสูงของยอดมดลูกมากกว่าหรือเท่ากับ 38 เซ็นติเมตร หรือหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ครบกำหนด 40 สัปดาห์จะมีการตรวจอัลตราซาวด์ทุกรายก่อนคลอด กรณีที่ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 4,000 กรัม แพทย์จะทำการผ่าตัดคลอดทุกราย แต่การประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์อาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากน้ำหนักจริง ทำให้การวางแผนการคลอดไม่เหมาะสม อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมการคลอดไหล่ยาก อาจพบได้ในทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 4,000 กรัม เนื่องจากมีปัจจัยส่งเสริมทางด้านมารดาร่วมด้วย ซึ่งในปี พ.ศ. 2567 พบอุบัติการณ์คลอดไหล่ยาก 1 ราย สาเหตุจากการประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์คลาดเคลื่อน ซึ่งจากอุบัติการณ์ที่พบน้อย ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดขาดทักษะ ประสบการณ์ในการทำคลอดหรือช่วยแพทย์ทำคลอดไหล่ยาก ซึ่งอาจ ส่งผลให้เกิดผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงแก่ผู้คลอดและทารกแรกเกิดได้ ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จึงสนใจศึกษาผู้คลอดไหล่ยากร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นกรณีศึกษา เพื่อศึกษาปัญหาความต้องการ การวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐาน ที่กำหนด ได้อย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับปัญหา ส่งผลให้ผู้คลอดและทารกแรกเกิดมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่

เกิดการฟ้องร้อง ร้องเรียนต่อบุคลากรและองค์กรอันจะ ทำให้เสียชื่อเสียง และขาดความเชื่อมั่นต่อองค์กร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้คลอดไหล่ยากร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้คลอดไหล่ยากร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด ย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกผู้คลอดไหล่ยากร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นการคลอดที่มีปัญหาซับซ้อนรุนแรงทั้งตัวผู้คลอดและทารกแรกเกิด ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์สูงในการดูแลระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมข้อมูลของผู้คลอดและทารกแรกเกิดจากประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหา ประเมินปัญหา ความต้องการของผู้คลอดและทารกแรกเกิด กำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้คลอด อายุ 35 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพค้าขาย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 8 พฤศจิกายน 2567 ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน G2P1A0L1 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จำนวน 12 ครั้ง ไม่ครบตามเกณฑ์ อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 4 วัน โดยอัลตราซาวด์ วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) จำไม่ได้ วันกำหนดคลอด (EDC) 11 พฤศจิกายน 2567 ผลเลือด VDRLไม่พบเชื้อ HbsAg, Anti HIV ผลเป็นลบ, Hematocrit 36.6 เปอร์เซ็นต์

การวินิจฉัยแรกรับ Labor pain

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/77 มิลลิเมตรปรอท
- ศีรษะ: รูปร่างปกติ ไม่มีก้อนนูนผิดปกติ ผมดำ ไม่มีผมร่วงผิดปกติไม่มีบาดแผลหรือผื่น
- ใบหน้า: สมมาตร รูปร่างปกติ ไม่บวม
- ตาหูคอจมูก: เปลือกตาไม่ซีด ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ
- คอและไหล่: ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่ง ต่อมไทรอยด์และต่อมน้ำเหลืองไม่โต
- กระดูกและข้อ: กระดูกไม่ผิดรูป เคลื่อนไหวได้ปกติขาสองข้างไม่บวม
- ทรวงอกและปอด: หายใจสม่ำเสมอ ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด (O_2 Sat) 100 เปอร์เซ็นต์
- หัวใจ: เต้นสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงผิดปกติ
- ท้อง: ยอดมดลูก 3/4 เหนือระดับสะดือ ทารกท่า LOA อัตราการเต้นหัวใจทารก (FHS) 130 - 140 ครั้งต่อนาที ระยะห่างการหดรัดตัว (Interval) 4 นาที หดรัดตัวนาน (Duration) 35 วินาที แรงการหดรัดตัว (Severity) 1^+ ระดับความเจ็บปวด 5/10 คะแนน

- ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ: รู้ตัวดี ม่านตาตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง 2 มิลลิเมตร
- ตรวจภายใน: ปากมดลูกเปิด (Cervical dilation) ประมาณ 3 เซนติเมตร ปากมดลูกบาง (Effacement) 90 เปอร์เซ็นต์ ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ (Membrane Intact; MI) ระดับการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ (Station) -1 มีมูกเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนคลอด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่** 1 ผู้คลอดและทารกในครรภ์เสี่ยงต่อเกิดอันตรายจากผลข้างเคียงของยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้คลอดได้รับ 5% D/N/2 1,000 มิลลิลิตร + Syntocinon 10 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ เริ่มที่อัตราการไหล 6 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงและปรับอัตราการไหลตามการหดรัดตัวของมดลูก **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก ด้านผู้คลอด ได้แก่ มดลูกหดรัดตัวแบบไม่คลาย มดลูกแตก น้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือด ด้านทารกในครรภ์ คือ ภาวะคับขัน (Fetal distress)	1. อธิบายเหตุผล ความจำเป็น แผนการรักษา ความเสี่ยงจากการได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก แนวทางการดูแล วิธีปฏิบัติตัวแก่ผู้คลอด และห้ามผู้คลอดปรับน้ำเกลือเอง 2. เตรียมให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา คือ 5% D/N/2 1,000 มิลลิลิตร + Syntocinon 10 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ ภายหลังเติมยาลงในน้ำเกลือให้เขย่าน้ำเกลือจนกระจายทั่ว เขียนและติดป้ายระบุชนิดสารน้ำ ชนิดยาที่ผสม ปริมาณยาที่ใช้ ระบุวันที่ เวลาที่ให้ยา ชื่อผู้ให้ยาให้ชัดเจน เพื่อการยืนยันความถูกต้องของตัวผู้คลอด และตรวจสอบความถูกต้องการได้รับยาตามแผนการรักษา 3. ให้ 5% D/N/2 1,000 มิลลิลิตร + Syntocinon 10 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา เริ่มให้ที่อัตราการไหล 6 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สังเกตการเกิดอาการข้างเคียง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว หัวใจเต้นผิดปกติ 4. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกในระยะ 15 นาทีแรกหลังให้ยา เพื่อประเมินความไวของมดลูกต่อยา หากการหดรัดตัวของมดลูกปกติ ประเมินต่อไปทุก 30 นาที และทุกครั้งหลังปรับอัตราการไหล 2-3 นาที การปรับอัตราการไหลของยา เพิ่มครั้งละ 6 มิลลิลิตร/ชั่วโมง จนมดลูกหดรัดตัวดี คือ หดรัดตัวนาน 40 - 60 วินาที ระยะห่าง 2 - 3 นาที และมีความแรงระดับดี 5. ดูแลให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย เพื่อป้องกันการกดทับเส้นเลือด inferior venacava ทำให้มดลูก รก ทารกได้รับเลือดและออกซิเจนอย่างเพียงพอ 6. กระตุ้นให้ปัสสาวะทุก 2 – 3 ชั่วโมง เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางกระบวนการคลอด 7. ตรวจและติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ (Monitor NST) และฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก ๆ 30 นาที เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวแรงและถี่ขึ้น ทำให้เลือดที่ไปยังรกลดลง 8. สอนผู้คลอดให้สังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ ว่ามีการดิ้นมากขึ้นหรือน้อยลงภายหลังการหดรัดตัวของมดลูก ซึ่งปกติจะดิ้น 3-4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง 9. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มดลูกหดรัดตัวห่างน้อยกว่า 2 นาที หดรัดตัวนานเกิน 60 วินาที มีวงแหวนแบนเดิล เสียงหัวใจทารกผิดปกติ ให้หยุดยาทันที แล้วเพิ่มจำนวนของหยดน้ำเกลืออีกขวดหนึ่งเป็น 30-40 หยดต่อนาที ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจน ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ทุก 5 นาที และรายงานสูติแพทย์ทันที 10. เมื่อเจาะถุงน้ำคร่ำ ประเมินสีน้ำคร่ำว่ามีขี้เทา (Meconium) ปนหรือไม่ เพื่อประเมินการได้รับออกซิเจนของทารก **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้คลอดได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่มีอาการแสดงของมดลูกหดรัดตัวอย่างต่อเนื่องและยาวนานกว่าปกติ และวงแหวนแบนเดิล ระยะห่างการหดรัดตัวของมดลูก 3 นาที และหดรัดตัวนาน 40 วินาที อัตราการเต้นหัวใจทารก อยู่ในช่วง 140-146 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอดี เจาะถุงน้ำคร่ำ ลักษณะน้ำคร่ำใสปกติ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้คลอดไม่ สุขสบาย เนื่องจากเจ็บครรภ์คลอดจากการหดรัดตัวของมดลูก **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้คลอดแสดงสีหน้าถึงความเจ็บปวด กำมือแน่น ขณะมดลูกหดตัว 2. ระดับความเจ็บปวดปานกลาง (Pain score) 5/10 คะแนน 3. ผลประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ระยะ ห่างการหดรัดตัว (Interval) 4 นาที หดรัดตัวนาน (Duration) 35 วินาที แรงการหดรัดตัวของมดลูก (Severity) 1^+ ปากมดลูกบาง (Effacement) 90 เปอร์เซ็นต์ ระดับการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ (Station) -1 ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ (Membrane Intact; MI) **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้คลอดได้รับความสุขสบาย สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี ดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ รวมถึงการส่งเสริมสนับสนุนให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ เพื่อทำให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย และอบอุ่นใจ 2. ประเมินความรุนแรงของการเจ็บครรภ์ โดยสังเกตอาการและลักษณะการเจ็บครรภ์ ร่วมกับใช้แบบประเมิน Numerical Rating Scale (NRS) เพื่อบรรเทาการเจ็บครรภ์ ตามระดับความรุนแรงอย่างเหมาะสม 3. จัดท่านอนผู้คลอดนอนในท่าตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดี และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 4. นวดบริเวณก้นกบ หลัง ต้นขา ขณะมดลูกมีการหดรัดตัว เพื่อยับยั้งการส่งสัญญาณของประสาทความรู้สึกปวดไปยังสมอง ทำให้การรับรู้ความปวดลดลง 5. แนะนำวิธีการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดและการควบคุมความเจ็บปวดด้วยตนเอง ในขณะที่มดลูกหดรัดตัว เช่น การหายใจแบบล้างปอด (Cleansing breath) และการหายใจแบบลึกๆ ช้าๆ (Slow-deep chest breathing) 6. ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายทั่วไป โดยการทำความสะอาดร่างกาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ อุณหภูมิห้องพอเหมาะ และมีการถ่ายเทอากาศที่ดี 7. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดและทารกในครรภ์ เช่น ผลการตรวจภายใน ผลการฟังเสียงหัวใจของทารก แผนการรักษาพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวล ทำให้กระตุ้นการหลั่ง Endorphin ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทสำหรับระงับความปวด 8. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที เพื่อประเมินอาการแสดงของความปวด เช่น อัตราการเต้นของชีพจร และการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น อุณหภูมิกายต่ำลง **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม โดยใช้เทคนิคการหายใจและการลูบหน้าท้อง ทุกครั้งที่มดลูก หดรัดตัว
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเรื่องความปลอดภัยจากการคลอดทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้คลอดมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล ถอนหายใจบ่อยครั้ง สอบถามถึงผลการฟังอัตราการเต้นของทารกในครรภ์บ่อยครั้ง 2. ผู้คลอดบอกว่า กลัวตนเองและทารกจะเป็นอันตรายขณะคลอด **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดความวิตกกังวลเรื่องการคลอดและความปลอดภัยของทารกในครรภ์	1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอด ด้วยท่าทีเป็นมิตร 2. ให้ข้อมูลการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด และการประเมินสภาพทารกในครรภ์แก่ผู้คลอดและญาติทราบเป็นระยะๆ เพื่อลดความวิตกกังวล 3. อธิบายหรือทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด รวมทั้งแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจและเกิดความปลอดภัยในการคลอด 4. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติซักถามข้อข้องใจต่างๆ และตอบคำถามอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ด้วยความเต็มใจ 5. เปิดโอกาสให้สามีหรือญาติพูดคุยกับผู้คลอดผ่านทางเครื่องอินเตอร์คอม (Intercom) เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้คลอด 6. ชี้แจงให้ทราบว่าทางโรงพยาบาลมีแพทย์ พยาบาลทั้งทางสูติกรรมและกุมารเวช ที่จะให้การดูแลผู้คลอด และทารกในครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอดเป็นอย่างดี เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในความปลอดภัย **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับกระบวนการคลอด แผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นอย่างดี
ระยะคลอด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ผู้คลอดมีภาวะคลอดไหล่ยากเนื่องจากทารกตัวโต **ข้อมูลสนับสนุน**	1. ขอความช่วยเหลือจากทีม ตามที่กำหนดบทบาทไว้ เพื่อช่วยประเมินสถานการณ์ให้การช่วยเหลือและจัดการกับภาวะวิกฤต 2. สวนปัสสาวะทิ้ง เพื่อทำให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางกระบวนการคลอด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ศีรษะทารกคลอดออกมาแล้ว แต่ติดอยู่กับปากช่องคลอดไม่สามารถคลอดได้ 2 นาที 2. น้ำหนักทารกแรกเกิด 3,960 กรัม **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อช่วยเหลือทารกให้คลอดอย่างปลอดภัยและรวดเร็ว 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดไหล่ยาก เช่น การฉีกขาดช่องทางคลอดตกเลือดหลังคลอด และทารกขาดออกซิเจน	3. ฉีดยาชาให้เพียงพอแล้วตัดฝีเย็บด้านขวาให้กว้างมากขึ้น เพื่อให้ช่องทางคลอดกว้างมากขึ้น 4. ใช้ลูกยางแดงดูดมูกหรือสารคัดหลั่งในปากและจมูกทารกออกให้หมด 5. ดึงศีรษะทารกลงล่าง พร้อมกับให้มารดาเบ่ง เพื่อให้ไหล่ของทารกที่ติดกับกระดูกหัวหน่าวของผู้คลอด คลอดออกมาได้ 6. ช่วยแพทย์ทำคลอดไหล่ยาก โดยจัดท่า McRoberts maneuver ยกขา ผู้คลอดทั้ง 2 ข้าง ออกจาก stirrup แล้วงอช่วงสะโพกขึ้นมาจนชิดหน้าท้อง ร่วมกับทำ Suprapubic pressure โดยกำมือแล้วกดลงบริเวณเหนือ หัวเหน่าตรงๆ พร้อมกับแพทย์ดึงศีรษะทารกลงล่าง เพื่อให้ไหล่หน้าคลอด 7. ตรวจการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ และเย็บซ่อมแซมฝีเย็บด้วยไหมละลาย นำผ้าก๊อสหุ้มสำลี (Top Gauze) หรือ Tampon ใส่เข้าไปในช่องคลอด เพื่อเป็นแรงกดในการหยุดเลือดจากแผล หลังเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ สังเกตเลือดที่ออก ก้อนเลือดที่คั่งอยู่ใต้แผล เพื่อประเมินภาวะตกเลือด
	8. ประเมิน APGAR score ที่นาที 1, 5, 10 และตรวจร่างกายทารก เพื่อประเมินการบาดเจ็บ 9. บันทึกการคลอดโดยละเอียด ได้แก่ 9.1 ระยะเวลาของการคลอดในแต่ละระยะ 9.2 ชนิดการตัดฝีเย็บ 9.3 บุคลากรที่มีส่วนร่วมในการช่วยคลอดไหล่ยาก 9.4 ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด พร้อมเวลาที่เกิดแต่ละเหตุการณ์ 9.5 ขั้นตอนการช่วยเหลือภาวะคลอดไหล่ยากแต่ละวิธีอย่างละเอียด 9.6 ระยะเวลา และยาที่ผู้คลอดและทารกแรกเกิดได้รับ 9.7 การแจ้งข้อมูลภาวะคลอดไหล่ยากและการช่วยเหลือให้กับผู้คลอดและญาติ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้คลอดไม่มีการฉีกขาดช่องทางคลอดเพิ่ม เสียเลือดจากการคลอด 520 มิลลิลิตร ทารกคลอดทางช่องคลอดได้ หลังศีรษะคลอด 2 นาที APGAR score นาทีที่ 1, 5, 10 เท่ากับ 7, 8, 9 คะแนน ร้องเบา ปลายมือ ปลายเท้าเขียว อัตราการหายใจ 50 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 140 - 150 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 92 - 97 เปอร์เซ็นต์ แขนซ้ายเคลื่อนไหวได้เฉพาะในแนวราบ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะคลอดไหล่ยาก **ข้อมูลสนับสนุน** 1. คลอดติดไหล่นาน 2 นาที 2. ทารกร้องเบา ปลายมือ ปลายเท้าเขียว **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดมีภาวะพร่องออกซิเจน 2. เพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายทารกแรกเกิดได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	1. ดูดเสมหะและน้ำคร่ำออกจากปากและจมูกของทารก เพื่อทำให้ทางเดินหายใจโล่ง 2. เช็ดตัวให้แห้งและห่อตัวด้วยผ้าอุ่น 3. ประเมิน APGAR score นาทีที่ 1, 5, 10 เพื่อประเมินสภาพทั่วไปของทารก 4. ประเมินความรู้สึกตัว ลักษณะสีผิว ปลายมือ–ปลายเท้า สีของริมฝีปาก เพื่อประเมินว่าเซลล์สมอง และอวัยวะส่วนปลายได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือไม่ 5. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Monitor SpO_2) ตลอดเวลา เพื่อติดตามและประเมินการเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน 6. จัดท่านอนศีรษะสูง 15–30 องศา หน้าตรงหรือตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง โดยใช้ผ้าหนุนไหล่หนาประมาณ 1–2 เซนติเมตร เพื่อให้ทางเดินหายใจตรง และช่วยให้ปอดขยายตัวดีขึ้น 7. สังเกตและเฝ้าระวังอาการทารกขาดออกซิเจน เช่น ดิ้น กระสับกระส่าย หายใจหอบ หายใจลำบาก อกบุ๋ม ปีกจมูกบาน เขียว ตัวลาย หากพบอาการเหล่านี้รีบให้การช่วยเหลือ และรายงานแพทย์ทันที 8. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ ลดการรบกวนทารกจากเสียง แสงสว่าง วางแผน การพยาบาลให้เสร็จสิ้น ในช่วงเวลาเดียวกัน เพื่อให้ทารกพักผ่อนอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เต็มที่ ลดอัตราการใช้ออกซิเจนของร่างกาย 9. ควบคุมอุณหภูมิกายให้อยู่ในระดับปกติ คือ 36.8-37.2 องศาเซลเซียส เพื่อลดการเผาผลาญของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการใช้ออกซิเจนของร่างกาย 10. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง
	ประเมินผลการพยาบาล ทารกไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้าแดงดี ไม่มีเหนื่อยหอบ ไม่มีภาวะหายใจลำบาก APGAR score นาทีที่ 1, 5, 10 เท่ากับ 7, 8, 9 คะแนน APGAR นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 120–160 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 40–60 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96–99 เปอร์เซ็นต์
ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** มารดาหลังคลอดเกิดภาวะตกเลือดเนื่องจากสูญเสียเลือดระหว่างการคลอดทารกคลอดรก และแผลฝีเย็บ ร่วมกับมดลูกหดรัดตัวไม่ดี **ข้อมูลสนับสนุน** 1. มารดาสูญเสียเลือดระหว่างการคลอดทารกและคลอดรก 520 มิลลิลิตร 2. คลำพบมดลูกนิ่ม หดรัดตัวไม่ดี 3. อัตราการเต้นชีพจรเร็ว 100 ครั้งต่อนาที **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อควบคุมและหยุดเลือดที่ออก 2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการหดรัดตัวของมดลูก 3. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย ระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที ทดสอบ ระยะเวลาการไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอยส่วนปลายทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด ตรวจวัดและประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจน 2. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น หน้ามืด ใจสั่น ตัวเย็น เหงื่อออกมาก ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์ ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม ต่อชั่วโมง ระยะเวลาการไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอยส่วนปลาย (Capillary Refill Time; CRT) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 วินาที 3. นวดคลึงมดลูกทางหน้าท้องทุก 5 นาที และสอนสาธิตให้มารดาคลึงมดลูกด้วยตนเอง 4. ตรวจสอบแผล ตรวจหาการฉีกขาดของช่องทางคลอดและซ่อมแซมแผล 5. กระตุ้นให้ผู้คลอดถ่ายปัสสาวะ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ไม่ขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก บันทึกปริมาณปัสสาวะ เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อก 6. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและเลือดที่ออกทางช่องคลอด ทุก 15 - 30 นาที 7. ฉีด Syntocinon 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อบริเวณต้นแขน ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้มดลูกหดรัดตัว 8. ฉีด Methergine 0.2 มิลลิกรัม เข้าหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้มดลูกหดรัดตัวและป้องกันการตกเลือด เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ มีเสียงหริ่งในหู (Tinnitus) เจ็บหน้าอก หายใจเร็วตื้น 9. ดูแลให้ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร + Syntocinon 40 ยูนิต เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูกภายหลังการคลอด เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน การหดเกร็งของมดลูกมากเกินไป ชัก อาการภาวะน้ำเกิน เช่น เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย ไอ มีเสมหะเป็นฟองสีชมพู นอนราบไม่ได้ บวมบริเวณหนังตา เท้า 10. ดูแลให้ Cytotec 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนัก ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูก เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ อาการหนาวสั่นและมีไข้ 11. ดูแลให้ Transamin 500 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง เพื่อยับยั้งการสลายลิ่มเลือด ซึ่งจะช่วยป้องกันเลือดออก เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ
	12. เตรียมโลหิตแบบ Type and Screen PRC 2 ยูนิต เพื่อสามารถให้เลือดได้ทันทีเมื่อมีแผนการรักษาของแพทย์

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	13. ส่งตรวจและติดตาม Hematocrit ทุก 6 ชั่วโมง ถ้า Hematocrit ต่ำกว่า 25 เปอร์เซ็นต์ หรือลดลงจากเดิม 3 เปอร์เซ็นต์ รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้การรักษาด้วยการให้เลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด 14. ให้ข้อมูลการตกเลือดหลังคลอด แผนการรักษาของแพทย์ แก่ผู้คลอดและสามีเป็นระยะ ๆ **การประเมินผลการพยาบาล** มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นชีพจร 92-98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 125/67 - 133/71 มิลลิเมตรปรอท ความดันเลือดแดงเฉลี่ย 86-92 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ระยะเวลาการไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอยส่วนปลายน้อยกว่า 2 วินาที ค่าความเข้มข้นของเลือด 42 เปอร์เซ็นต์ มดลูกหดรัดตัวดีแข็งลอยระดับสะดือ ไม่มีเลือดออกจากแผลฝีเย็บ ไม่พบเลือดหรือก้อนเลือดขนาดใหญ่ออกจากช่องคลอดเพิ่ม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 มารดาหลังคลอดปวดมดลูกและแผลฝีเย็บ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. มารดาหลังคลอดบอกว่าปวดมดลูกและแผลฝีเย็บ ไม่กล้าขยับร่างกาย 2. ขณะมดลูกหดรัดตัวมีสีหน้าไม่สุขสบาย พักผ่อนไม่ได้ 3. คะแนนความปวด 6/10 คะแนน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดอาการปวดมดลูกและปวดแผลฝีเย็บ	1.ประเมินความเจ็บปวดของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง โดยประเมินจากสิ่งต่อไปนี้ 1.1 สังเกตอาการแสดงความเจ็บปวด เช่น สีหน้าแสดงความเจ็บปวด พูดบ่นถึงความเจ็บปวด หรือร้องขอความช่วยเหลือ 1.2 ซักถามถึงอาการปวดเป็นระยะหลังคลอด 1.3 ประเมินความรุนแรงของอาการปวด ด้วยมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Pain Score) ทุก 1-2 ชั่วโมง 2. แนะนำการจัดท่านอนที่สบาย เพื่อลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป เช่น นอนตะแคงด้านตรงข้ามกับที่มีแผลฝีเย็บ ให้ขมิบก้นก่อนนั่ง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บโดยตรงที่แผลฝีเย็บ จัดให้นั่งบนหมอนรองก้น (หมอนโดนัท) ช่วยลดการกดทับแผลฝีเย็บขณะนั่ง แนะนำการเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ เพื่อลดการ กระทบกระเทือนแผลฝีเย็บ 3. อธิบายกลไกของการเจ็บปวดภายหลังคลอด เพราะมดลูกหดรัดตัวเพื่อเข้าสู่สภาพปกติ 4. สอนเทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวด เช่น การทำสมาธิ การหายใจเข้า-ออกลึกๆ ช้าๆ การเปลี่ยนท่านั่ง ท่านอนให้รู้สึกสบายขึ้น 5. แนะนำและจัดให้นอนคว่ำใช้หมอนรองบริเวณหน้าท้อง จะช่วยให้น้ำคาวปลาไหลสะดวก ลดอาการปวดมดลูก และให้บริหารกล้ามเนื้อ เชิงกราน โดยการขมิบช่องคลอด เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนเลือดดีขึ้น 6. ดูแลประคบเย็นบริเวณแผลฝีเย็บ เพราะความเย็นจะทำให้เส้นเลือดบริเวณที่ประคบเกิดการหดรัดตัว และยังช่วยลดการนำกระแสประสาท และลดการถูกกระตุ้นของปลายประสาท จะช่วยลดอาการบวม ลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บลงได้ 7. ดูแลให้ยาแก้ปวด Paracetamol (500 มิลลิกรัม) 1 เม็ดเวลาปวด ทุก 4 - 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา และประเมินความปวดหลังได้รับยา 1 ชั่วโมงพร้อมทั้งติดตามผลข้างเคียง เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด 8. พูดคุยให้กำลังใจ แสดงความเข้าใจ เพื่อช่วยให้มารดาหลังคลอดรู้สึกว่าไม่ได้เผชิญกับความเจ็บปวดเพียงลำพัง และสามารถจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ **ประเมินผลการพยาบาล** มารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส ไม่บ่นปวดแผลฝีเย็บ ปวดมดลูกพอทน คะแนนความปวด 3 /10 คะแนน สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ และพักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ทารกแรกเกิด เกิดการบาดเจ็บเส้นประสาทแขนเนื่องจากการคลอดไหล่ยาก **ข้อมูลสนับสนุน**	1. สังเกตและประเมินการเคลื่อนไหวของแขนซ้าย และการสูญเสียความรู้สึก 2. แนะนำมารดาให้จัดท่านอนที่เหมาะสม โดยให้แขนท่อนบนแนบลำตัว แขนท่อนล่างวางพาดบนหน้าท้อง หรือใช้ผ้าอ้อมพันตัวทารกให้แขนกางและหมุนออกนอก เพื่อ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ทารกคลอดไหล่ยาก แรกเกิดตรวจพบแขนซ้ายยกไม่ได้ ขยับได้เฉพาะในแนวราบ 2. แพทย์วินิจฉัย Brachial plexus injury **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บเส้นประสาทแขน ได้แก่ กล้ามเนื้อลีบ อัมพาตของแขน ข้อไหล่หลุด หัวกระดูกเรเดียลเคลื่อน 2. เพื่อฟื้นฟูการทำงานของเส้นประสาทและกล้ามเนื้อให้กลับสู่ปกติ	เป็นการพักและลดการบวมอักเสบบริเวณเส้นประสาทแขน (Brachial plexus injury) ป้องกันการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น และความพิการ 3. หลีกเลี่ยงการดึงแขนข้างที่มีปัญหา และการช่วยหงายมือ ต้องทำอย่างนุ่มนวล เพราะอาจเกิดหัวกระดูกเรเดียลเคลื่อนหรือหลุด (Radial head subluxation) ไม่ควรอุ้มทารกบ่อยๆ เพราะอาจทำให้ข้อไหล่หลุดได้ 4. กระตุ้นให้มารดาช่วยบริหารกล้ามเนื้อแขนและข้อต่อต่างๆให้ทารก ตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัด ได้แก่ ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือ นิ้วมือ) ดังนี้ กางข้อไหล่ หมุนข้อไหล่ออก งอเหยียดข้อศอก กระดกข้อมือขึ้น หงายมือ เหยียดนิ้ว เพื่อป้องกันข้อติดและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 5. สอนท่าอุ้มที่ถูกวิธีแก่มารดา โดยจัดท่าทารกอยู่ในท่าแขนท่อนบนแนบลำตัว แขนท่อนล่างวางพาดบนท้อง 6. ติดตามผลการถ่ายภาพรังสี Clavicle both and Sholder and Humerus **ประเมินผลการพยาบาล** ผลการถ่ายภาพรังสี Clavicle both and Sholder and Humerus ไม่พบการหักหรือเคลื่อนหลุด จากการติดตามภายหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ทารกสามารถยกและเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ของแขนซ้ายปกติ กล้ามเนื้อแขนซ้ายแข็งแกร็ง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ทารกแรกเกิดมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำเนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิยังทำงานไม่สมบูรณ์ **ข้อมูลสนับสนุน** ทารกแรกเกิดตัวเย็น อุณหภูมิกาย 36 องศาเซลเซียส **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ความอบอุ่นแก่ทารกแรกเกิด และควบคุมอุณภูมิกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. ปรับอุณหภูมิห้องคลอดให้อยู่ที่ 26 - 27 องศาเซลเซียส ห้ามเปิดพัดลม 2. จัดให้ทารกอยู่บนเครื่องให้ความอบอุ่น (Radiant warmer) และห่อตัวทารกให้ความอบอุ่นด้วยผ้าที่ผ่านการอุ่นใต้เครื่องให้ความอบอุ่น 3. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เช่น การตรวจร่างกาย ฉีดยา หยอดตา ป้ายสะดือ การตกแต่งสายสะดือ ภายใต้ Radiant warmer 4. นำทารกให้มารดาอุ้มเนื้อแนบเนื้อพร้อมกับใช้ผ้าห่มตัวทารก 5. ดูแลไม่ให้ทารกแรกเกิดนอนแช่ปัสสาวะหรืออุจจาระ เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนจากการระเหย และการพาความร้อน 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะวัดอุณหภูมิกายทุก 30 นาที x 2 ครั้ง และ 1 ชั่วโมง x 1 ครั้ง 7. สังเกตและบันทึกอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าทารกมีอาการอุณหภูมิของร่างกายต่ำ เช่น รีเฟล็กซ์น้อยลง ผิวกายเย็น ปลายมือ ปลายเท้าเขียว ตัวลาย หายใจเร็ว หัวใจเต้นช้า หายใจลำบาก ซึม หยุดหายใจ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที 8. ระวังมิให้ทารกสูญเสียความร้อน ที่เกิดจากการรักษาพยาบาลโดยก่อนจับทารกต้องเช็ดมือ ให้แห้ง ทุกครั้ง และปฏิบัติการพยาบาลควรใช้เวลาน้อยที่สุด **ประเมินผลการพยาบาล** ก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวช อุณหภูมิกาย 368 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 156 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 56 ครั้งต่อนาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายยังทำงานไม่สมบูรณ์ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ทารกคลอดอายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 4 วัน 2. ทารกแรกเกิดตัวเย็น อุณหภูมิกาย 36 องศาเซลเซียส ประเมิน APGAR score นาทีที่ 1,5,10 เท่ากับ 7, 8, 9 คะแนน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดติดเชื้อในร่างกาย	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง 2. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายต่ำหรือสูง ร้องกวน อาการซึด เขียว ตัวลาย ความดันโลหิตต่ำ ตัวบวม หัวใจเต้นผิดปกติ ตาและสะดือแฉะมีสารคัดหลั่งเป็นหนอง 3. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปลอดเชื้อ โดยล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อน และหลังสัมผัสหรือให้การพยาบาลทารก 4. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป โดยเช็ดตัวทุกวันและเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้ง เมื่อทารกปัสสาวะ หรืออุจจาระ และซับให้แห้งทุกครั้ง 5. ดูดเสมหะโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ สังเกตและบันทึกลักษณะสี ปริมาณ และกลิ่นของเสมหะ 6. ดูแลพลิกตะแคงตัวทารก เพื่อให้มีการระบายเสมหะออกจากปอด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. ป้ายตาด้วยยา Terramycin eye ointment เพื่อป้องกันเยื่อบุตาอักเสบ ติดเชื้อในลูกตาและกระจกตา 8. ทำความสะอาดสะดือและผิวหนังบริเวณรอบๆ สะดือ เพื่อป้องกันการ ติดเชื้อที่สะดือ 9. แยกของใช้เฉพาะรายบุคคลไม่ใช้ปนกัน เพื่อป้องกันการนำเชื้อจากทารกไปยังทารกรายอื่น **ประเมินผลการพยาบาล** ก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวช ทารกเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี ไม่ซึม ตอบสนองต่อการกระตุ้นดี ร้องเสียงดัง ผิวกายอุ่นขึ้น อุณหภูมิกาย 368 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 156 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 56 ครั้งต่อนาที ตาและสะดือไม่แฉะ
ระยะย้ายออกจากห้องคลอด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11** มารดาหลังคลอด มีโอกาสเกิดการตกเลือดและพลัดตก หกล้มขณะเคลื่อนย้าย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. มารดาหลังคลอดมีอาการอ่อนเพลีย หน้ามืด ขณะลุกนั่งหรือยืน 2. มารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมง มีปัญหาการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี ต้องกระตุ้นการหดรัดของมดลูกเป็นระยะๆ รวมถึงได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดและพลัดตกหกล้มขณะการเคลื่อนย้าย	1. ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอด ตรวจสภาพมดลูก คลึงให้หดตัวเต็มที่ แล้วไล่ก้อนเลือดออกให้หมดอีกครั้ง ตรวจดูแผลฝีเย็บว่ามีเลือดออกหรือก้อนเลือดใต้ผิวหนังหรือไม่ ให้ปัสสาวะกรณีกระเพาะปัสสาวะโป่งตึง ส่งต่อข้อมูลมารดาหลังคลอด และทารกแรกเกิดแก่พยาบาลหอผู้ป่วยสูติ – นรีเวช 2. จัดเตรียมบุคลากรในการนำส่ง เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเฝ้าระวังขณะเคลื่อนย้าย ได้แก่ เครื่องติดตามสัญญาณชีพ เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 3. ตรวจสอบตำแหน่งการให้สารน้ำว่ามีการรั่วซึม บวมแดงหรือไม่ การยึดตรึงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแน่นและแนบสนิทกับผิวหนัง สายให้น้ำเกลือไม่หัก พับ งอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาและต่อเนื่อง 4. แนะนำให้เคลื่อนไหวร่างกายหรือเปลี่ยนท่าช้าๆ เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในท่ายืน หน้ามืด เวียนศีรษะ เป็นลม ขณะลุกนั่งหรือยืน อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มได้ 5. ขณะเคลื่อนย้ายประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก สอบถามอาการเปลี่ยนแปลงมารดาหลังคลอดเป็นระยะๆ 6. ดูแลให้ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร + Syntocinon 20 ยูนิต เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ขณะเคลื่อนย้ายสัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นชีพจร 82-86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 – 124/82 มิลลิเมตรปรอท มดลูกหดรัดตัวดี ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 ทารกแรกเกิดมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำขณะเคลื่อนย้าย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ย้ายทารกไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวช 2. ทารกแรกเกิดร่างกายยังไม่สามารถปรับอุณหภูมิให้คงที่ได้ 3. การเปลี่ยนสภาพแวดล้อมจากบนเครื่องให้ความอบอุ่น ไปสู่สภาพแวดล้อมที่เย็นกว่า ทำให้ทารกสูญเสียความร้อน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำขณะเคลื่อนย้าย	1. ประเมินอุณหภูมิกายทารกก่อนเคลื่อนย้ายออกจากห้องคลอดเพื่อให้แน่ใจว่าอุณหภูมิกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. เช็ดตัวทารกให้แห้งสนิท ไม่เปียกชื้นปัสสาวะ อุจจาระ 3. จัดเตรียมความพร้อมของผ้าห่อตัว ผ้าห่ม อุปกรณ์ให้ความอบอุ่นทารกขณะการเคลื่อนย้าย 4. ห่อตัวทารกด้วยผ้าอ้อมใหญ่ แล้วนำลงคลิป Modified transport โดยมีผ้าอุ่นความร้อนรองใต้คลิปและนำกล่องมาครอบทารกอีกที เพื่อควบคุมอุณหภูมิการและป้องกันการสูญเสียความร้อน 5. วางแผนเส้นทางการเคลื่อนย้ายล่วงหน้า เพื่อให้การเคลื่อนย้ายเป็นไปอย่างราบรื่นและรวดเร็ว. 6. สังเกตและเฝ้าระวังอาการที่บ่งชี้ว่าอุณหภูมิกายต่ำขณะเคลื่อนย้าย เช่น ซึม ผิวซีดเย็น หายใจเร็ว หยุดหายใจ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ประเมินผลการพยาบาล ขณะการเคลื่อนย้ายทารกสามารถเคลื่อนไหวแขน ขาได้อย่างอิสระภายในผ้าห่อตัว ผิวกายอุ่น ไม่ซีด หายใจปกติ
ระยะติดตามเยี่ยม **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13** มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูก ช่องคลอด และแผลฝีเย็บ **ข้อมูลสนับสนุน** มารดาคลอดทารกผ่านทางช่องคลอด และได้รับการตัดฝีเย็บเพิ่ม ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณโพรงมดลูกโดยเฉพาะตำแหน่งที่รกลอกตัว ช่องคลอด และฝีเย็บถูกทำลายระหว่างการคลอด ซึ่งเป็นช่องทางให้เชื้อโรคสามารถเข้าสู่ร่างกายได้โดยตรง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูก ช่องคลอด และแผลฝีเย็บ	1. ติดตามสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด 2. ประเมินและเฝ้าระวังอาการของการติดเชื้อในโพรงมดลูก ได้แก่ ปวดท้องน้อยหรืออุ้งเชิงกราน มีไข้ หนาวสั่น น้ำคาวปลาคล้ายหนองหรือมีกลิ่นเหม็น ปัสสาวะแสบขัด มีเลือดออกผิดปกติ 3. ประเมินและเฝ้าระวังอาการของติดเชื้อแผลฝีเย็บ ได้แก่ ปวดแผล บวม แดง ร้อน สารคัดหลั่งเป็นหนองมีไข้ แผลแยก 4. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก และแผลฝีเย็บ ดังนี้ 4.1 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี โดยการทำความสะอาดจากข้างหน้าไปข้างหลัง ไม่เช็ดย้อนไปมา เพื่อป้องกันเชื้อโรคจากทวารหนักเข้าสู่ช่องคลอด 4.2 ทำความสะอาดแผลฝีเย็บ เช็ดให้แห้งทุกครั้ง 4.3 เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3 - 4 ชั่วโมง หรือเมื่อผ้าอนามัยเปียกชุ่ม เพื่อลดการสะสมเชื้อโรค 5. แนะนำให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผัก ผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะจะช่วยซ่อมแซมแผลให้หายเร็วขึ้น 6. แนะนำมารดาสังเกตลักษณะน้ำคาวปลา หาก 3 วันหลังคลอดไปแล้ว ยังมีสีแดงสด หรือน้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น กดเจ็บในท้อง ปวดท้อง คันในช่องคลอด และมีไข้ ให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทราบ **ประเมินผลการพยาบาล** มารดาหลังคลอดไม่เกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูก ช่องคลอด และแผลฝีเย็บ ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ไม่ปวดท้อง น้ำคาวปลาสีแดงปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็น ปัสสาวะเองได้ ไม่มีแสบขัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 14 ทารกเกิดภาวะตัวเหลืองเนื่องจากตับยังทำหน้าที่ขับบิลิรูบินได้ไม่เต็มที่ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ทารกหลังคลอด 2 วัน มีภาวะตัวเหลือง 2. ค่า Microbilirubin 11.5 เปอร์เซ็นต์ Hematocrit 49 เปอร์เซ็นต์ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดในอยู่ในระดับปกติ 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนความผิดปกติสมอง (Kernicterus)	1. ขณะเยี่ยมทารกดูแลให้ส่องไฟรักษา โดยถอดเสื้อผ้าทารกออก ปิดตาทารกให้สนิท และให้ทารกอยู่ห่างจากหลอดไฟ 45-50 เซ็นติเมตร 2. สังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากการส่องไฟรักษา เช่น ผื่นขึ้น ถ่ายเหลว หรือผิวหนังไหม้ มีผื่นแดง ขาดน้ำ ปัสสาวะออกน้อย หรือมีไข้ 3. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ซึมลง ไม่ร้อง เหลืองมากขึ้น หากพบอาการดังกล่าว ประสานพยาบาลหอผู้ป่วยกุมารเวช เพื่อรายงานแพทย์ 4. แนะนำ กระตุ้นให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แนะนำให้บีบนม ทุก 2-3 ชั่วโมง สอนวิธีการเก็บรักษาที่ถูกต้อง และนำมาส่งให้ทารกสม่ำเสมอ เพื่อให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเพียงพอ เพราะนมแม่จะช่วยกระตุ้นให้ทารกขับถ่ายบ่อยขึ้น ซึ่งบิลิรูบินจะถูกขับออกมาพร้อมกับอุจจาระและปัสสาวะ รวมทั้งยังลดการดูดซึมบิลิรูบินกลับเข้าสู่ร่างกาย 5. ติดตาม Microbilirubin และ Hematocrit **ประเมินผลการพยาบาล** หลังส่องไฟ 2 วัน ทารกตัวเหลืองน้อยลง ค่า Microbilirubin ลดลงเหลือ 8.0 เปอร์เซ็นต์ Hematocrit ลดลงเหลือ 46 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีไข้ ไม่มีอาการซึม ชักเกร็ง ผิวหนังชุ่มชื้นดี ไม่มีผื่นแดง หรือผิวหนังไหม้ ปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายมีความสมดุล ปัสสาวะออก 5-8 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 15 มารดาหลังคลอดวิตกกังวลเรื่องการดูแลตนเองและทารกเมื่อกลับไปบ้าน **ข้อมูลสนับสนุน**	1. ให้ความรู้ คำแนะนำด้านมารดา 1.1 หลีกเลี่ยงการยกของหนักเนื่องจากกล้ามเนื้อ เอ็นต่างๆ ยังไม่แข็งแรง จะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ทำให้มดลูกหย่อนได้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. มารดาขาดความรู้ ความชำนาญในการเลี้ยงดูบุตรเนื่องจากบุตรคนแรกญาติเลี้ยงให้ 2. มารดาไม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร 3. มารดามีสีหน้าวิตกกังวล และสอบถามว่าแขนของทารกจะมีโอกาสเคลื่อนไหวเป็นปกติหรือไม่ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ความรู้ ความมั่นใจแก่มารดาให้สามารถเลี้ยงดูบุตรได้อย่างถูกต้อง	1.2 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ปรุงสุกและสะอาด อาหารที่ควรงดรับประทาน ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาหารรสเค็ม ไขมันสูง อาหารหมักดอง น้ำชา กาแฟ และน้ำอัดลม 1.3 ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่หักโหม เพื่อให้กล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ ในอุ้งเชิงกรานกลับคืนสู่สภาพเดิม 1.4 รักษาความสะอาดร่างกาย อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก และควรเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อชุ่ม 1.5 งดการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 5 สัปดาห์หลังคลอด อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูก และแผลฝีเย็บแยก 1.6 การมาตรวจหลังคลอดตามนัด เพื่อตรวจสภาพภายในมดลูกและอวัยวะในอุ้งเชิงกราน มีการกลับคืนสู่สภาพปกติหรือไม่ 1.7 การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาล ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่นน้ำคาวปลาเป็นสีแดงตลอดไม่จางลง หรือมีกลิ่นเหม็น ปวดท้อง กดเจ็บในท้อง ปัสสาวะแสบขัด แผลฝีเย็บบวม แดง ร้อน มีสารคัดหลั่งเป็นหนอง และเต้านมอักเสบ 2. ให้ความรู้ คำแนะนำด้านทารก 2.1 อธิบายให้มารดาและญาติทราบเกี่ยวกับอาการบาดเจ็บเส้นประสาทแขน และโอกาสฟื้นตัวและหายภายใน 4 -5 เดือน 2.2 การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บเส้นประสาทแขน ได้แก่ กล้ามเนื้อลีบ อัมพาตของแขน ข้อไหล่หลุด หัวกระดูกเรเดียลเคลื่อน การฟื้นฟูการทำงานของเส้นประสาทและกล้ามเนื้อให้กลับสู่ปกติ ประสานนักกายภาพบำบัดฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่างๆของแขนซ้ายแก่มารดาก่อนการจำหน่าย 2.3 อธิบายการเลี้ยงดูบุตรอย่างถูกวิธี ดังนี้ ล้างมือก่อนให้นมทุกครั้ง การให้ความอบอุ่น สาธิตวิธีการอุ้มบุตร กระตุ้นทารกดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง ให้นมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน เมื่อต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ควรบีบน้ำนมเก็บไว้ให้บุตร 2.4. การสังเกตอาการที่แสดงว่าทารกติดเชื้อ เช่น มีไข้ ซึม ดูดนมไม่ดี ท้องอืด อาเจียน หายใจลำบาก หายใจมีเสียงดัง 2.5 การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติที่ต้องนำทารกมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลก่อนวันนัด เช่น หายใจเร็ว หายใจลำบาก อกบุ๋ม เขียว หายใจมีเสียงดัง หยุดหายใจ กระสับกระส่าย ตัวลาย มีไข้สูง ลักษณะการขับถ่ายผิดปกติ ซึม ชักเกร็ง 2.6 การให้วัคซีนในทารก เมื่อแรกเกิดจะได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (HBV1) วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) ทารกอายุ 2 เดือน ได้รับวัคซีนป้องกันคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน (DTP1) วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV1) วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (HBV2) อายุ 4 เดือน ได้รับ DTP2, OPV2 อายุ 6 เดือน ได้รับ DTP3, OPV3, HBV3 2.7 ทบทวนและสอนให้มารดาอุ้มบุตรด้วยท่าที่ถูกต้อง และการจับให้เรอหลังทารกดูดนมนาน 5 - 10 นาที หรือจัดนอนตะแคงซ้าย และศีรษะสูง เพื่อให้นมไหล ลงกระเพาะได้เร็วขึ้น ป้องกันการสำรอกนม 2.8 แนะนำและสอนการดูดเสมหะอย่างถูกวิธี 2.9 แนะนำและฝึกทักษะมารดาอาบน้ำทารก และการทำความสะอาดร่างกายบริเวณตา ช่องปาก จมูก สะดือ เป็นต้น การทำความสะอาดให้ทารกหลังขับถ่าย 3. เปิดโอกาสให้มารดาและญาติได้ซักถามปัญหาต่างๆ หรือระบายความ รู้สึก ตอบคำถามอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย **ประเมินผลการพยาบาล** บิดาและมารดาสามารถตอบคำถามเรื่องการดูแลทารกเมื่อกลับไปบ้าน และมารดาสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการให้นมทารก การอาบน้ำทารก การดูดเสมหะ ได้อย่างถูกต้อง มีสีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส และบอกว่ามีความมั่นใจว่าจะสามารถดูแลได้และมีความพร้อมรับบุตรกลับบ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากการประเมินผู้คลอดรายนี้ในระยะแรกรับไม่พบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดคลอดไหล่ยาก เช่น ภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ มากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) มีประวัติคลอดติดไหล่ อายุมากกว่า 35 ปี อุ้งเชิงกรานแคบ เป็นเบาหวาน ทารกตัวโตหรือน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม[6] แพทย์จึงพิจารณาให้คลอดเองทางช่องคลอด แต่พบว่าในระยะคลอด ทารกคลอดติดไหล่ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ สาเหตุคาดว่าเกิดจากทารกตัวโต โดยมีการเพิ่มขึ้นของความหนาของชั้นไขมันบริเวณร่างกายส่วนบน และอัตราส่วนของ เส้นรอบวงศีรษะต่อเส้นรอบท้องทารกเล็กการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ทารกมีรูปร่างอ้วน และมีเส้นผ่าศูนย์กลางของไหล่ที่กว้างกว่าทารกปกติ ถึงแม้ว่าน้ำหนักทารกแรกคลอดจะน้อยกว่า 4,000 กรัม อุบัติการณ์ภาวะคลอดไหล่ยากอาจเกิดขึ้นได้ โดยทารกน้ำหนักยิ่งมากยิ่งมีโอกาสคลอดติดไหล่มากขึ้น[10]โดยทารกแรกคลอดรายนี้น้ำหนัก 3,960 กรัม ซึ่งการศึกษาของเยโอและคณะในประเทศสิงคโปร์พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 3,600 กรัม จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดคลอดไหล่ยาก 16.1 เท่า เมื่อเทียบกับทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 3,600 กรัม[11] และการศึกษามุกดา คงแสง และนิลุบล รุจิรประเสริฐ พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนัก 3,800 - 3,999 กรัม ความเสี่ยงต่อการเกิดคลอดไหล่ยาก 20.66 เท่า เมื่อเทียบกับทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 3,800 กรัม[6] ซึ่งเมื่อเกิดภาวะคลอดไหล่ยากทำให้มีความยุ่งยากในการประสานงาน ขอความช่วยเหลือจากสูติแพทย์ กุมารแพทย์ และพยาบาลห้องคลอด รวมทั้งการแนะนำแก่ผู้คลอดในปฏิบัติตัวช่วงทำคลอดไหล่ การเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการจัดการภาวะคลอดไหล่ยาก เช่น ยาชาเฉพาะที่ เครื่องมือช่วยคลอด และอุปกรณ์ช่วยชีวิตสำหรับทารก ช่วยแพทย์ทำคลอดไหล่ด้วยการใช้ท่า McRoberts และใช้แรงกดเหนือหัวหน่าว หลังทารกคลอด ผู้คลอดรายนี้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยร้อยละ 11[12] เกิดได้หลายสาเหตุ เช่น มดลูกหดรัดตัวไม่ดี การฉีกขาดของช่องทางคลอด รกค้าง เลือดไม่แข็งตัว เป็นต้น[13] สำหรับรายนี้คาดว่าเกิดจากทารกตัวโตทำให้กล้ามเนื้อของมดลูกเกิดการขยายตัวและอ่อนล้า จึงทำให้มดลูกไม่สามารถหดตัวได้ดีหลังคลอด ส่วนด้านทารกเกิดเส้นประสาทแขนบาดเจ็บ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยร้อยละ 4 – 40 เกิดจากการที่ไหล่ของทารกติดอยู่ในช่องคลอดหรืออุ้งเชิงกรานของผู้คลอด ทำให้ต้องมีการดึงศีรษะและคอของทารกเพื่อช่วยให้ไหล่คลอดออกมา ซึ่งการดึงที่ออกแรงหรือยืดส่วนบริเวณศีรษะและคอมากเกินไป จะทำให้เส้นประสาท Brachial plexus ซึ่งเป็นกลุ่มของเส้น ประสาทที่ควบคุมการทำงานของแขนและมือฉีกขาดหรือได้รับบาดเจ็บได้[14] จากภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านผู้คลอดและทารกแรกเกิด สะท้อนให้เห็นปัญหาในการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอด ซึ่งพยาบาลห้องคลอดควรมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญ การประเมินคัดกรองผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดไหล่ยาก การช่วยแพทย์ทำหัตถการคลอดไหล่ยาก ประเมินการฉีกขาดของช่องคลอด มดลูกแตก มดลูกไม่หดรัดตัว ตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ การประเมินอันตรายที่อาจเกิดกับทารก เช่น การบาดเจ็บที่เส้นประสาทแขน (Brachial plexus injury) กระดูกไหปลาร้าหัก กระดูกแขนหัก รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือหากเกิดภาวะดังกล่าวขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้คลอดและทารกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และปลอดภัยทุกระยะของกระบวนการคลอด

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลห้องคลอดต้องให้ความสำคัญกับการคัดกรองและประเมินขนาดและน้ำหนักของทารกเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด และมีการส่งต่อผู้คลอดให้พบสูติแพทย์ เพื่อการทำอัลตราซาวด์ในการคาดคะเนน้ำหนักทารกที่แม่นยำมากขึ้น และวางแผนคลอดในการลดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด รวมทั้งลดโอกาสการเกิดภาวะคลอดไหล่ยาก

2. การประเมินคัดกรองปัจจุบันยังคงพบอุบัติการณ์ของการคลอดไหล่ยากเกิดขึ้น ซึ่งการ

ประเมินคัดกรองดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดไหล่ยาก จึงควรทำวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการคลอดไหล่ยาก และนำปัจจัยเสี่ยงนั้นมาจัดทำแบบคัดกรองความเสี่ยงการคลอดยากไหล่ ให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจพบปัจจัยเสี่ยงบางอย่างสามารถป้องกันหรือแก้ไขได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ซึ่งจะทำให้ความเสี่ยงต่อการคลอดไหล่ยากในระยะคลอดลดลง

เอกสารอ้างอิง

1. ประนอม บุพศิริ.(2554). การคลอดติดไหล่. ศรีนครินทร์เวชสาร, 2554; 26(1): 64 -70.
2. พรรณวรา ปริตกุล.(2558). การบาดเจ็บของแขนงประสาทแขนในทารกแรกเกิดในภาวะคลอดติดไหล่. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558; 22(2): 82-89.
3. Bothou A.(2021). Overview of techniques to manage shoulder dystocia during vaginal birth. Eur J Midwifery 2021; 5: 48.
4. Davis DD., Roshan A., Matthew A, and Varacallo MA.(2023). Shoulder Dystocia [internet]. 2023 [cited 2024 December 14]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470427/
5. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2563). แนวทางเวชปฏิบัติเรื่อง การคลอดไหล่ยาก [อินเทอร์เน็ต].2563 [สืบค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงจาก:https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-023.pdf
6. มุกดา คงแสง, และนิลุบล รุจิรประเสริฐ.(2566). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่ของผู้คลอดในโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ 2566; 7(2): 29-43.
7. Fuglsang J.(2024). Shoulder dystocia—Still a feared complication. How can we improve. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2024; 103(10): 1908 -1909.
8. ภัทราภรณ์ เทศประสิทธิ์, มณฑกาญจน์ ตรึกหากิจ, และมนัสนันท์ เพชรวงษ์.(2563). ลักษณะเสี่ยงและผลลัพธ์การคลอดติดไหลในโรงพยาบาลทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงจาก: https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th
9. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.(2567). รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2565, 2566, 2567 [อินทราเน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 8 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
10. Cheng YKY, Lao TT, Sahota DS, Leung VKT, and Leung TY.(2013). Use of birth weight threshold for macrosomia to identify fetuses at risk of shoulder dystocia among Chinese populations. Int J Gynecol Obstet 2013; 120: 249–253.
11. Yeo GS., Lim YW., Yeong CT., and Tan TC.(1995). An analysis of risk factors for the prediction of shoulder dystocia in 16,471 consecutive births. Ann Acad Med Singapore 1995; 24: 836–840.
12. Riggs K., Roberts A., Ibarra C., and Stafford IA.(2022). Has the incidence of hemorrhage after shoulder dystocia changed in the last three decades?. [internet]. 2022 [cited 2024 December 12]. Available from:https://www.ajog.org/article/S0002-9378(21)01555-6/fulltext
13. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2563). แนวทางเวชปฏิบัติเรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงจาก: https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-020.pdf
14. Lavender K.(2024). Brachial plexus birth injury. [internet]. 2024 [cited 2024 December 18]. Available from: https://www.cerebralpalsyguide.com/birth-injury/brachial-plexus-injury/

การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกและหลอดเลือดดำพอร์ทัลอุดตัน : กรณีศึกษา

Nursing care for patients with Upper Gastrointestinal Bleeding and Hypovolemic Shock and Portal Vein Thrombosis: case study.

(Received: August 24,2025 ; Revised: August 27,2025 ; Accepted: August 29,2025)

ช่อทิพย์ ตันฮวด[1]
Chowtip Tanhud[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกและหลอดเลือดดำพอร์ทัลอุดตัน โดยศึกษาในผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 44 ปี มาด้วยอาเจียนเป็นเลือดสดๆ ถ่ายดำ ประวัติเป็นวัณโรคปอดรักษาไม่ครบ และโรคตับแข็ง ดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนและมีภาวะช็อก แพทย์ให้การรักษาจนพ้นภาวะช็อก จึงส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด

ผลการศึกษาพบว่า ในระหว่างดูแลรักษา ผู้ป่วยมีปัญหา ได้แก่ ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารซ้ำ ภาวะหัวใจเต้นช้า ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำพอร์ทัล ภาวะโปแตสเซียมต่ำ แผลผ่าตัดติดเชื้อ ให้การรักษาด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือด เลือดและพลาสมา และทำผ่าตัดเย็บแผลในกระเพาะอาหาร ยาเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาลดความดันในหลอดเลือดพอร์ทัล โปแตสเซียม ยาปฏิชีวนะ การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอิเล็กโทรไลต์ ออกซิเจนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการผ่าตัด การดูแลให้ยาตามแผนการรักษา การป้องกันการเกิดอาการขาดสุรา การป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ ยาที่ใช้รักษา การทำหัตถการ และการผ่าตัดกระเพาะอาหาร หลังได้รับการรักษาพยาบาลปัญหาส่วนใหญ่ได้รับการแก้ไขหมดไป ยังคงเหลือปัญหาที่ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่นการดื่มสุรา และสูบบุหรี่

คำสำคัญ : เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น, ภาวะช็อก, หลอดเลือดดำพอร์ทัลอุดตัน

Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care for patients with Upper Gastrointestinal Bleeding, Hypovolemic Shock, and Portal Vein Thrombosis. The study was conducted on a 44-year-old female patient who presented with vomiting fresh blood, melena stool, a history of incompletely treated Pulmonary Tuberculosis and Liver Cirrhosis, regularly drinking alcohol and smoking, went to a community hospital for treatment, and went into shock. The doctor's treatment for her was to recover from shock and refer her to the provincial hospital for further treatment.

The study results found that during treatment, the patient had problems such as recurrent shock from gastrointestinal bleeding, bradycardia, portal vein thrombosis, hypokalemia, and surgical wound infection. Treatment was given with intravenous fluids, packed red cell, plasma, and exploratory laparotomy with Gastrotomy with suture to stop bleeding, a drug to increase heart rate, anticoagulants to decrease portal vein pressure, potassium, and antibiotics. Important nursing involves maintaining a balance of fluids and electrolytes, providing adequate oxygen, preparing patients for surgery, administering medications according to treatment, and preventing and managing complications of diseases, medications, procedures, and surgery. After receiving treatment, most problems are resolved. The only problem that requires continuous monitoring is inappropriate self-care behaviors, such as drinking alcohol and smoking.

Keywords: Upper Gastrointestinal Bleeding and Hypovolemic Shock, Portal Vein Thrombosis

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

บทนำ

ภาวะเลือดออกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastrointestinal Bleeding: UGIB) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่พบได้บ่อยและคุกคามชีวิต[1] โดยมีเลือดออกในตำแหน่งสูงกว่า ligament of treitz คือ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม พบอุบัติการณ์ทั่วโลก 50 ถึง 200 คนต่อ 100,000 ประชากรต่อปี อัตราการเสียชีวิตสูงร้อยละ 3-14[2] และส่วนใหญ่เสียชีวิตในช่วงแรกที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล สำหรับประเทศไทย ไม่พบสถิติผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นโดยตรง แต่ระบุเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร โดยในปี พ.ศ. 2559 - 2561 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคระบบทางเดินอาหารสูงถึง 438.54, 441.49 และ 414.76 รายต่อประชากร100,000ราย จัดเป็นโรคอันดับที่ 5, 4 และ 3 ตามลำดับ ในการจัดลำดับอัตราผู้ป่วยในตามกลุ่มสาเหตุการป่วย 10 กลุ่มแรกของผู้ป่วยทั้งประเทศ โดยมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ในอันดับที่ 7 ตลอดทั้ง 3 ปี เท่ากับร้อยละ 31.4, 29.7 และ 24.49 ตามลำดับ[3]

สาเหตุหลักของการเกิดภาวะเลือดออกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น คือ แผลในกระเพาะอาหาร (Peptic ulcer) รองลงมา ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร (Esophageal varices: EV) ความผิดปกติของเยื่อบุทางเดินอาหาร หลอดอาหารอักเสบ แผลในหลอดอาหารและมะเร็ง และติ่งเนื้อในกระเพาะอาหาร[4] โดยมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยในระยะสั้น ได้แก่ มีภาวะคุกคามชีวิต ต้องให้การช่วยชีวิตอย่างเร่งด่วน จากภาวะช็อก ภาวะหายใจล้มเหลวและไตวายเฉียบพลัน ส่วนผลกระทบระยะยาว ได้แก่ โรคแผลในกระเพาะอาหาร เส้นเลือดหลอดอาหารโป่งพองและความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง ประสิทธิภาพการทำงานของผู้ป่วยลดลง มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ข้อจำกัดด้านอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดจากความเครียดเป็นภาระของผู้ดูแล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลต้องจัดการด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งประสานการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย[5]

จากข้อมูลของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ปี พ.ศ. 2565- 2567 พบผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 290, 308 ราย และ 254 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 13.83, 19.28, และ 5.81 ตามลำดับ[6] สาเหตุการเสียชีวิต คือ ภาวะช็อกจากการเสียเลือดอย่างรวดเร็ว โดยมักพบในระยะแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นผู้ป่วยมีโรคทางอายุรกรรมร่วมด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง ตับแข็ง และเบาหวาน เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความยุ่งยาก ซับซ้อนในการวางแผนและให้การพยาบาลอย่างทันท่วงที เพื่อหยุดเลือดที่ออก เพิ่มปริมาตรเลือด สารน้ำในระบบไหลเวียนเลือดให้เพียงพอต่อความความต้องการของร่างกาย ป้องกันเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดซ้ำ รวมถึงการดูแลป้องกันโรคร่วมไม่ให้อาการมีกำเริบหรือควบคุมภาวะโรคไม่ได้ พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งมีความชำนาญหรือทักษะ ในการประเมินหรือคาดการณ์ความเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น การประเมินและติดตามอาการ ค้นหาปัญหาและความต้องการ เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม รวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐาน รวมถึงการให้ความรู้ และคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ไม่เกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ อันจะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง รวมทั้งเป็นการพัฒนาการดูแลรักษาให้มีมาตรฐานสูงขึ้น และมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกและหลอดเลือดดำพอร์ทัลอุดตัน

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก และหลอดเลือดดำพอร์ทัล อุดตัน จำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน และรุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์สูงในการดูแลช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3.ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยกรณีศึกษาโดยการสอบถามผู้ป่วยและญาติ การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ ระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษอื่นๆ และการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ กำหนดประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และนำมากำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 44 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ อาชีพค้าขาย การศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 รับวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 การวินิจฉัยโรค Upper Gastrointestinal Bleeding with Liver Cirrhosis การผ่าตัด Exploratory laparotomy with Gastrotomy with suture to stop bleeding วันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 จำหน่ายวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 26 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาเจียนเป็นเลือดสดๆ ถ่ายอุจจาระดำ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาเจียนเป็นเลือดสดๆ ประมาณ 3 แก้ว ถ่ายอุจจาระดำ ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และมีภาวะช็อก ได้รับการรักษาจนพ้นภาวะช็อก จึงส่งมารักษาต่อโรงพยาบาลประจำจังหวัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 3 ปีก่อนเป็นวัณโรคปอด รักษาไม่ครบโปรแกรม 2 ปีก่อนเป็นโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์

ประวัติการแพ้ยา/ใช้สารเสพติดและอื่นๆ ดื่มสุรา 1 กั๊ก/วัน สูบบุหรี่ 10 มวน/วัน

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ซีดท่าทางอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้ดี สัญญาณชีพ BT= 37.2°C,PR = 130 beat/min, RR = 20 beat/min, BP = 110/70 mmHg, O_2 sat = 98% ปวดท้องเล็กน้อย pain score =1 คะแนน NG. tube มี content เป็น coffee ground ถ่ายอุจจาระดำ 1 ครั้ง

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากสูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารจากแผลในกระเพาะอาหาร **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยตัวเย็น ซีด หน้ามืด เวียนศีรษะ 2. สัญญาณชีพ PR = 52 beat/min, RR = 20 beat/min, BP = 60/30 mmHg 3. content จาก NG Tube เป็นเลือดสีแดงสด 280 ml 4. Hematocrit = 23.6% **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อทดแทนปริมาณสารน้ำและเลือดในระบบไหลเวียนเลือดให้เพียงพอ 2. เพื่อหยุดเลือดที่ออกจากแผลในกระเพาะอาหาร 3. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะช็อก	1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที ทดสอบ Capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด 2. ตรวจวัดและประเมิน O_2 Sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจน 3. ดูแลให้ O_2 Mask with bag 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในระบบไหลเวียนเลือด 4. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือ ปลายเท้าเขียว หายใจลำบาก ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อคอช่วยในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือความรู้สึกตัวลดลง ความแรงของชีพจรส่วนปลายลดลง ผิวหนังเย็นและชื้น O_2 Sat < 90% Capillary refill time ≥ 3 วินาที 5. ใส่คาสายสวนปัสสาวะ บันทึกปริมาณปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต 6. บันทึกลักษณะ ปริมาณ content จาก NG Tube เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารได้ 7. ดูแลให้ Acetar 1,000 ml Ⓥ load in 30 min ต่อด้วย Acetar 1,000 ml Ⓥ drip rate 120 ml/hr x 3 ขวด ตามแผนการรักษา เพื่อชดเชยปริมาณสารน้ำที่สูญเสียไป 8. ดูแลให้ PRC 1 unit Ⓥ free flow ต่อด้วย PRC 1 unit Ⓥ drip in 2 hr และ FFP 600 mlⓋ drip rate 80 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อชดเชยปริมาณเลือดและปัจจัยการแข็งตัวของเลือดที่สูญเสียไป เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการให้เลือด เช่น ผื่นแน่นหน้าอก หายใจลำบาก 9. ดูแลให้ Levophed 4:250 Ⓥ drip เริ่มที่ 5 ml/hr บริหารยาโดยใช้ infusion pump เพื่อให้สามารถ ควบคุมการใช้ยาได้ดี ปรับ titrate ยาช้าๆ maximum ที่ 10 ml/hr เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นช้าหรือเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้ อาเจียน และปัสสาวะคั่ง เนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับยาถูกทำลายจากการรั่วของยา (Extravasation) เป็นต้น 10. ดูแลให้ Pantoprazole 80 mg Ⓥ bolus then IV drip 8 mg/hr เพื่อลดปริมาณกรดในกระเพาะอาหาร เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ท้องเสีย อาเจียน คลื่นไส้ ปวดท้องและปวดศีรษะ 11. ดูแลให้ Octreotide 50 mcg Ⓥ bolus then IV drip 50 mcg/hr เพื่อลดการไหลเวียนของเลือดในระบบทางเดินอาหาร เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ท้องเสีย ปวดท้อง คลื่นไส้ ท้องผูก ท้องอืด ปวดศีรษะ น้ำตาลในเลือดสูง หายใจลำบาก หัวใจเต้นช้าหรือเร็ว 12. ดูแลให้งดอาหารและน้ำ เพื่อลดการรบกวนและการระคายเคืองทางเดินอาหารที่ทำให้เลือดออกในระบบทางเดินอาหารเพิ่มขึ้น 13. ส่งตรวจและติดตาม Hematocrit ทุก 6 hr ถ้า Hematocrit < 25% หรือลดลงจากเดิม 3% รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้การรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ซีด อ่อนเพลีย สัญญาณชีพ PR = 84 -100 beat/min, RR = 20 beat/min, BP= 80/60 - 90/60 mmHg, MAP = 67-70 mmHg, O_2 Sat = 97- 98%, Hematocrit = 25%, Capillary refill time < 2 วินาที, NG.Tube มี content เป็นเลือดสด Urine ทาง foley's catheter ออก 75 ml/kg/hr แพทย์ Set OR for EGD and Exploratory laparotomy Gastrotomy with suture stop bleeding emergency

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจากภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. สัญญาณชีพ PR ช้า = 52 beat/min, RR = 20 beat/min, BP ต่ำ = 60/30 mmHg 2. คลำชีพจรที่ Radius artery ได้เบา 3. ผู้ป่วยตัวเย็น ซีด หน้ามืด เวียนศีรษะ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาทีให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที ทดสอบ Capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด 2. ตรวจวัดและประเมิน O_2 Sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินว่าเนื้อเยื่อร่างกายส่วนปลายได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือไม่ 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง เพื่อลดการทำงานของหัวใจ และเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น 4. ดูแลให้ O_2 Mask with bag 10 lit/min เพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเพียงพอ 5. ประเมินอาการและอาการแสดงของปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาทีลดลง ได้แก่ ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ สับสน กระสับกระส่าย ชีพจรเต้นเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็น ซีด ปัสสาวะออกน้อย 6. ตรวจ EKG 12 lead ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง และเฝ้าระวังติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง 7. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย โดยเฉพาะปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต 8. ดูแลให้ Atropine 1 amp Ⓥ stat เพื่อเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ม่านตาขยาย ไม่ตอบสนองต่อแสง ตามัว ผิวหนังร้อนและแห้ง กลืนลำบาก ปัสสาวะคั่ง หายใจเร็วขึ้น หัวใจเต้นเร็ว อุณหภูมิกายต่ำ ความดันโลหิตสูง 9. เตรียมรถ Emergency with Defibrillator ให้พร้อมใช้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ซีด อ่อนเพลีย BP= 80/60 - 90/60 mmHg, PR = 84 -100 beat/min (สม่ำเสมอ ความแรงปกติ 3^+ เท่ากันทั้ง 2 ข้าง), RR = 20 beat/min, MAP= 67 - 70 mmHg, O_2 Sat = 97- 98% ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น Capillary refill time < 2 วินาที urine ทาง foley's catheter ออก 75 ml/kg/hr EKG monitor show normal sinus rhythm
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะ ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำพอร์ทัลเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดผ่านตับได้ช้าจากตับเสื่อมสภาพ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผล Ultrasound whole abdomen พบ Liver Cirrhosis, Portal Vein Thrombosis 2. ผู้ป่วยเป็นโรค Liver Cirrhosis ทำให้การไหลเวียนของเลือดผ่านตับได้ช้า มีผลให้ส่วนประกอบของเลือดมีโอกาสเกาะตัวกันมากขึ้น นำไปสู่การเกิดลิ่มเลือดได้ง่าย **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำพอร์ทัล ได้แก่ ความดันหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง ทำให้หลอดเลือดดำในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารโป่งพองและแตก ภาวะติดเชื้อภายในช่องท้อง ภาวะลำไส้ขาดเลือด และภาวะทางเดินน้ำดีอุดตัน	1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที ทดสอบ Capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด 2. ตรวจวัดและประเมิน O_2 Sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินว่าเนื้อเยื่อร่างกายส่วนปลายได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือไม่ 3. ใส่คาสายสวนปัสสาวะ บันทึกปริมาณปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต 4. บันทึกลักษณะ จำนวน content จาก NG Tube 5. ติดตามผลการทำ EGD และ Colonoscope 6. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดดำในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารโป่งพองแตก ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นสีดำ (Melena) ภาวะช็อก เช่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก หน้ามืด มือและเท้าเย็น BP ต่ำกว่าปกติ > 20 mmHg และ pulse pressure แคบ ความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย สับสน ปัสสาวะออกน้อย 7. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อภายในช่องท้อง ได้แก่ มีไข้ ปวดท้อง กดที่ท้องแล้วปล่อยมือจะเจ็บมาก (Rebound tenderness) 8. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะลำไส้ขาดเลือด ได้แก่ ท้องอืด อาเจียนเป็น bile ปวดท้อง อุจจาระมีเลือดปน 9. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของทางเดินน้ำดีอุดตัน ได้แก่ ปวดท้องบริเวณชายโครงขวาหรือลิ้นปี่ ตาเหลือง ตัวเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด คลื่นไส้ อาเจียน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	10. จัดท่านอนศีรษะสูงประมาณ 30-45 องศา เพื่อช่วยลดแรงกดในช่องท้องและลดการไหลเวียนของเลือดไปยังตับ 11. ส่งและติดตามผลการตรวจ Hematocrit ทุก 6 ชั่วโมง เพื่อประเมินว่ามีการสูญเสียเลือดในร่างกายผิดปกติหรือไม่ ติดตามคา Coagulogram เป็นระยะตามแผนการรักษา เพื่อประเมินค่า INR ที่แพทย์สามารถเริ่มให้การ รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวได้ ติดตามคา WBC เพื่อประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อในช่องท้อง 12. ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด ตามแผนการรักษา หากผู้ป่วยมีค่า INR ใกล้เคียงปกติหรือปกติ และไม่มีเลือดออกในกระเพาะอาหาร **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ แพทย์ทำ EGD พบมี Gastric ulcer bleeding, no Esophageal/ Gastric varices สัญญาณชีพปกติ BT = 36.2 - 37.4°C, PR = 60 - 88 beat/min, RR = 20 beat/min, BP = 90/70 - 110/70 mmHg, O_2 Sat = 98% MAP =76 - 83 mmHg ผล CBC พบ Hemoglobin = 8 g/dl, Hematocrit = 23.6%, WBC = 8,680 cell/mm^3, Neutrophil = 44.2 %, Lymphocyte = 34.8% ในช่วงรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 1-5 วันแรก (ก่อนผ่าตัด) แพทย์ยังไม่สามารถให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในหลอดเลือดดำพอร์ทัลได้ เนื่องจากผล INR ยังสูงเกินค่าปกติ 1.64 เท่า อีกทั้งยังต้องให้ Vit K เพื่อช่วยหยุดเลือดที่ออกจากแผลในกระเพาะอาหาร แต่หลังผ่าตัด 13 วัน ค่า INR ลดลงเหลือ 1.15 เท่า แพทย์จึงให้ Enoxaparin 0.6 ml SC q 12 hr, Warfarin (3 mg) 1x1 ⊙ hs
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุราเนื่องจากหยุดดื่มสุราทันทีทันใด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ 1 กั๊ก/วัน 2.หยุดดื่มสุราทันทีเมื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 3. อารมณ์หงุดหงิด **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดอาการขาดสุรา	1. ประเมินอาการขาดสุรา โดยใช้แบบประเมินติดตามอาการถอนพิษสุรารายบุคคล CIWA-Ar ทุก 4 ชั่วโมง ต่อเนื่องครบ 3 วัน ซึ่งเป็นระยะที่พ้นจากการเกิดอาการขาดสุรา 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง 3. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสุรา ได้แก่ ตัวสั่น มือสั่น กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออกมาก มีไข้ ชีพจรเร็ว ร้อนวูบวาบที่ใบหน้า ม่านตาขยาย ความดันโลหิตสูงขึ้น หูแว่ว เห็นภาพหลอน ชักชนิด Grandmal seizures สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่และบุคคล 4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ มีแสงสว่างเพียงพอ และมีอากาศเย็นสบาย เพื่อลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้นทำให้เกิดอาการขาดสุรา 5. ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6- 8 ชั่วโมง 6. ปรึกษาจิตแพทย์ เพื่อให้การรักษาป้องกันการเกิดอาการขาดสุรา และเลิกดื่มสุรา 7. ดูแลให้ยาThiamine (Vitamin B1) 100 mg Ⓥ q 8 hr x 3 วัน ต่อด้วย Thiamine (100 mg) 1x3 ⊙ pc เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Wernicke-Kosarkoff Syndrome 8. ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยลดความเครียดและอาการวิตกกังวล ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการขาดสุรา 9. เตรียมยากลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam, Lorazepam เพื่อใช้ลดอาการสับสน อาการชัก ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการขาดสุรา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นิ้วมือสั่น ไม่มีเหงื่อออก ไม่มีหูแว่ว ไม่เห็นภาพหลอน คะแนนประเมิน CIWA-Ar = 4/60 คะแนน สัญญาณชีพ PR= 84 -100 beat/min, RR= 20 beat/min, BP= 80/60-90/60 mmHg
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การส่องกล้องตรวจ	1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อน แผนการรักษาของแพทย์

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ทางเดินอาหารส่วนบนและการผ่าตัดกระเพาะอาหาร เนื่องจากการเจ็บป่วยมีภาวะคุกคามชีวิต ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนและการผ่าตัดกระเพาะอาหาร **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าเคร่งเครียด 2. ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่สบายใจเกี่ยวกับอาการของโรคที่เผชิญอยู่ อาจทำให้ตนเองเสียชีวิต” 3. ผู้ป่วยและญาติสอบถามว่า ต้องเตรียมตัวอย่างไรบ้าง เพื่อให้ปลอดภัยจากการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนและการผ่าตัดกระเพาะอาหาร **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ	2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน ได้แก่ ความจำเป็นหรือเหตุผล ขั้นตอนพอสังเขป การบรรเทาความเจ็บปวดด้วยยาชาเฉพาะที่ขณะส่องกล้อง ใช้ระยะเวลาการตรวจประมาณ ½ -1 ชั่วโมง โดยขณะส่องกล้องจะมีแพทย์และพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังส่องกล้อง เช่น การงดน้ำและอาหาร ทำความสะอาดปากและฟันก่อนส่องกล้อง ขณะแพทย์ใส่อุปกรณ์เข้าไปในปาก ให้ผู้ป่วยช่วยกลืน หลังส่องกล้องหากมีอาการเจ็บคอให้บ้วนด้วยน้ำเกลือ 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร ได้แก่ เหตุผลและขั้นตอนการผ่าตัดพอสังเขป การระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นและการป้องกัน ระหว่างผ่าตัดจะมีบุคลากรทีมผ่าตัดดูแลอย่างใกล้ชิด คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ได้แก่ การงดน้ำและอาหาร ถอดฟันปลอมและเครื่องประดับออก ทำความสะอาดร่างกาย การฝึกหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การลุกเดินเร็ว และการจัดการความปวดหลังผ่าตัด 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ สามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัวก่อนหลังการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนและผ่าตัดกระเพาะอาหารได้อย่างถูกต้อง มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี
ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลงจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกตกค้าง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดและระงับความรู้สึกด้วยวิธี General Anesthesia และได้รับยา Propofol ยาระงับความปวด Fentanyl อาจทำให้กดการหายใจ 2. ผู้ป่วยง่วงซึม ปลุกตื่น GCS = 9T ($E_3M_6V_T$) Sedative score 1 คะแนน 3. ใส่ ET. tube ไว้ หายใจเอง Spontaneous tidal volume = 250 ml **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อร่างกายพร่องออกซิเจน	1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่และปกติ ติดตาม O_2 Sat ประเมินสีของเล็บปลายมือและปลายเท้ามีว่ามีลักษณะซีดเขียวหรือไม่ เพื่อดักจับอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 2. ติดตามค่า O_2 Sat ทุก 1 ชั่วโมง จัดท่านอนหงายศีรษะสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่และเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ 3. ดูแลให้ O_2 T-piece 10 lit/min เพื่อเพิ่มออกซิเจนในเลือด 4. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจลำบาก ปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำ ผิวหนังซีด เย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง O_2 Sat < 90%, Capillary refill time ≥ 3 วินาที หากพบรายงานแพทย์ทันที 5. ดูแล ET -Tube ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ 6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ มองเห็นหรือได้ยินเสียงเสมหะในท่อช่วยหายใจ ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบ หรือเสียงเปรี๊ยะแบบหยาบ (Coarse crackles sound) บริเวณเหนือหลอดลม และ O_2 Sat ลดลง 7. กระตุ้นการหายใจเข้าลึกและหายใจออกทางปากช้าๆ เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในระบบไหลเวียนเลือดและปอดขยายตัวได้ดี 8. ประเมินความพร้อมการถอดท่อช่วยหายใจ ได้แก่ รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ Spontaneous tidal volume ≥ 5 ml/kg, O_2 Sat ≥ 95 % ไอแรง ไม่มี upper airway obstruction **ประเมินผลการพยาบาล** หลังผ่าตัดได้ 1 วัน off ET tube และให้หายใจ Room air ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย O_2 sat = 98 - 100%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัด Exploratory laparotomy with Gastrotomy with suture stop bleeding	1. สังเกตพฤติกรรมการแสดงความเจ็บปวดของผู้ป่วย เช่น กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ หน้านิ่วคิ้วขมวด นอนนิ่งไม่ยอมเคลื่อนไหว กำมือแน่น เป็นต้น 2. ประเมิน Pain score (NRS) ทุก 1 ชั่วโมง และหลังให้ยาระงับอาการปวด 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่และปกติ 4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล พูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ผู้ป่วยกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ หน้านิ่วคิ้วขมวด 3. Pain score =7/10 คะแนน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด	5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน 6. แนะนำการเปลี่ยนอิริยาบถ ให้ใช้มือประคองแผลผ่าตัด เพื่อช่วยลดการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง 7. ดูแลไม่ให้อุปกรณ์และสายต่างๆ ดึงรั้ง กดทับบริเวณแผล 8. แนะนำการใช้เทคนิคผ่อนคลายเช่น การทำสมาธิ การหายใจเข้า-ออกลึกๆ ช้าๆ 8. ดูแลให้ยา Morphine 3 mg Ⓥ q 4 hr ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ตามแผนการรักษา พร้อมติดตามประเมิน Sedative score และสัญญาณชีพ หากพบ Sedation score ≥2 คะแนน และ RR < 10 beat/min รายงานแพทย์ทันที สังเกต เฝ้าระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก และกดการหายใจ ประเมินความปวดหลังให้ยา 15 นาที หากยังมีอาการปวดให้ Fentanyl 50 mg Ⓥ x 1 ครั้ง สังเกต เฝ้าระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ ง่วงซึม สับสน คลื่นไส้ กล้ามเนื้อเกร็ง หายใจลำบาก หยุดหายใจ 9. ดูแลให้ยาแก้ปวดในช่วงวันที่ 2 - 20 หลังผ่าตัด คือ Morphine 3 mg Ⓥ prn q 4 - 8 hr ตามแผนการรักษา 10. ประเมิน Pain score และตรวจวัดสัญญาณชีพหลังได้รับยา Morphine, Fentanyl 15 นาที เพื่อเฝ้าระวังติดตามผลข้างเคียงของยา **ประเมินผลการพยาบาล** หลังได้รับ Morphine 3 mg Ⓥ จำนวน 6 ครั้ง Fentanyl 50 mg Ⓥ จำนวน 1 ครั้ง ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด อาการปวดทุเลาลง Pain score 3/10 คะแนน หลับได้ หลังจากนั้นตั้งแต่หลังผ่าตัดวันที่ 2 - 4 ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลเป็นพักๆ pain score อยู่ในช่วง 5 - 6/10 คะแนน ได้รับ Morphine 3 mg Ⓥ prn q 4 - 8 hr ตามแผนการรักษา จำนวน 4 ครั้ง ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลลดลง pain score อยู่ในช่วง 0 - 2/10 คะแนน สัญญาณชีพปกติ PR = 70 - 86 beat/min, RR = 18 -20 beat/min, BP = 100/60 - 120/70 mmHg
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากสูญเสียเลือดและสารน้ำในระหว่างผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยผ่าตัด Exploratory laparotomy with Gastrotomy with suture stop bleeding สูญเสียเลือด 3,000 ml 2. ผลการตรวจ Electrolyte พบ K= 3.3 mmol/l **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อเพิ่มระดับโปแตสเซียมในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. เพื่อป้องกันอันตรายจากระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียมต่ำ ได้แก่ ความรู้สึกตัวลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง หายใจลำบาก ท้องอืด หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST-segment depression, T-wave flattening, T-wave inversion หรือมี U-wave 2. ติดตามและวิเคราะห์ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 3. ตรวจวัดและติดตามสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาท ทุก 4 ชั่วโมง หากพบความผิดปกติ หายใจเร็ว ง่วงซึม รีเฟล็กซ์ลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง รายงานแพทย์ 4. ดูแลให้ Acetar 1,000 ml + KCL 20 mEq Ⓥ drip rate 100 ml/hr เพื่อเพิ่มระดับโปแตสเซียมในเลือด 5. ติดตามผลการตรวจ Electrolyte เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กำลังกล้ามเนื้อปกติเกรด 5 ไม่มีเกร็งกระตุก ท้องไม่อืด สัญญาณชีพปกติ PR = 70 - 86 beat/min, RR = 18 -20 beat/min (Regular), BP = 100/60 - 120/70 mmHg EKG monitor พบ normal sinus rhythm ผลการตรวจ Electrolyte พบ K ปกติ = 3.7 mmol/l
ระยะฟื้นฟู **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9** ผู้ป่วยมีภาวะช็อกซ้ำเนื่องจากสูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารจากผลข้างเคียงของยาต้านการแข็งตัวของเลือด **ข้อมูลสนับสนุน**	1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที ทดสอบ Capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด 2. ตรวจวัดและประเมิน O_2 Sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินว่าเนื้อเยื่อร่างกายส่วนปลายได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือไม่ 3. ดูแลให้ O_2 Cannula 3 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในระบบไหลเวียนเลือด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
แพทย์ให้ Enoxaparin 0.6 ml SC q 12 hr, Warfarin (3 mg) 1x1 ⊙ hs หลังได้รับยา 1 วัน ผู้ป่วยมีอาการใจสั่น ถ่ายเป็นน้ำสีดำปนแดง ประมาณ 200 ml, NG Tube content เป็นเลือดสดประมาณ 100 ml สัญญาณชีพ PR = 52 beat/min, BP = 80/50 mmHg	4. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือ ปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื้น ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อคอช่วยในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง ความแรงของชีพจรส่วนปลายลดลง อุณหภูมิของผิวหนังเย็นและชื้น O_2 Sat < 90% Capillary refill time ≥ 3 วินาที 5. บันทึกปริมาณปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต 6. บันทึกลักษณะ ปริมาณ content จาก NG tube เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร 7. ดูแลให้ PRC 2 unit Ⓥ drip, LDPPC 2 unit เพื่อชดเชยปริมาณเลือดที่สูญเสียไป สังเกต ติดตามผลข้างเคียงจากการให้เลือด เช่น ผื่น แน่นหน้าอก หายใจลำบาก เป็นต้น 8. ดูแลให้ Vit K 10 mg Ⓥ stat เพื่อช่วยในกระบวนการแข็งตัวของเลือด เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ อาการแพ้รุนแรง (Anaphylaxis reaction) 9. ดูแลให้ Levophed 4: 250 IV rate 5 ml/hr บริหารยาด้วย Infusion pump ปรับ titrate ยา maximum ที่ 10 ml/hr เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นช้าหรือเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้ อาเจียน และปัสสาวะคั่ง เนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับยาถูกทำลายจากการรั่วของยา (Extravasation) 10. ดูแลให้ Acetar 1,000 ml Ⓥ drip rate 120 ml/hr x 3 ขวด ตามแผนการรักษา เพื่อชดเชยปริมาณสารน้ำที่สูญเสียไป 11. หยุดให้ยา Enoxaparin และ Warfarin 12 ดูแลให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำ เพื่อลดการรบกวนและระคายเคืองทางเดินอาหาร ทำให้เลือดออกในระบบทางเดินอาหารเพิ่มขึ้น 13. ส่งตรวจและติดตาม Hematocrit ทุก 6 hr ถ้า Hematocrit < 25% หรือลดลงจากเดิม 3% รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** หลังได้รับการรักษา 3 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ซีด อ่อนเพลียเล็กน้อย สัญญาณชีพปกติ BT = 36.2 - 37°C, PR = 60 - 76 beat/min, RR = 20 beat/min, BP = 100/60-110/70 mmHg, MAP =73 - 83 mmHg, O_2 Sat = 98 -100%, Hematocrit= 35%, Capillary refill time < 2 วินาที, NG.Tube มี content สีเหลือง ไม่มีอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด urine ออกทาง foley's catheter 2,000 ml/24hr (เฉลี่ย 80 ml/hr)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อเนื่องจากภูมิต้านทานร่างกายต่ำ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำ สารในบุหรี่ทำให้ฮีโมโกลบินอยู่ในรูปของคาร์บอกซีฮีโมโกลบิน (Carboxyhemoglobin) ซึ่งจะไม่สามารถขนส่งออกซิเจนให้แก่เซลล์ได้ ทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ความสามารถในการกำจัดเชื้อโรคของเซลล์ลดลง และรบกวนกระบวนการหายของแผล 2. ผู้ป่วยเป็นโรคตับแข็ง ทำให้ปริมาณเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ต่อสู้กับการติดเชื้อลดลง เช่น Monocyte และ Macrophage	1. ถอดสาย Jackson drain ออก และทำแผลแบบเปียก โดยยึดหลักปลอดเชื้อ เช้า เย็น และกรณีที่แผลมีสารคัดหลั่งซึมมาก สังเกตลักษณะแผล สารคัดหลั่งจากแผล หากพบแผลอักเสบ บวม แดง ร้อน มีกลิ่นเหม็น หรือแผลมีสารคัดหลั่งเป็นหนอง รายงานแพทย์ทราบ 2. เปลี่ยนเป็นทำแผลแบบสุญญากาศ (Vacuum-Assisted Closure; VAC) เมื่อแผลแดงดี และไม่มีเนื้อตาย 3. ล้างมือก่อน หลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 4. แนะนำผู้ป่วยระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ให้แกะเกาแผล ไม่ใช้มือหรือสิ่งของสมผัสบาดแผล 5. แนะนำผู้ป่วยให้ดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย เพื่อกำจัดและลดการสะสมเชื้อโรคบริเวณผิวหนัง 6. ดูแลจัดอาหารและให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ประเภทโปรตีนและวิตามินซีสูง เพื่อส่งเสริมการหายของแผล 7. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
3. ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจาง ทำให้มีเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงบริเวณบาดแผลลดลง 4. แผลผ่าตัดใส่ Jackson drain ทำให้ปฏิกิริยาต่อต้านการติดเชื้อของเนื้อเยื่อบริเวณนั้นเสียไป รวมถึงยังเป็นทางเข้าของเชื้อโรคโดยตรง 5. หลังผ่าตัดวันที่ 5 ผู้ป่วยมีไข้ BT = 38.5°C แผลผ่าตัดมี Discharge ซึม แพทย์ให้ total off staple พบก้อนแผลผ่าตัดมีเนื้อตาย แผลแยก ส่ง discharge culture พบ Escherichia coli **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ	7.1 Ceftriaxone 2 gm Ⓥ OD สังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ บวมแดงหรือเจ็บปวดในบริเวณที่ฉีดยา ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน อาการแพ้ยารุนแรง เช่น ผื่นลมพิษ หน้าบวม ปากบวม หลอดลมตีบ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก 7.2 Metronidazole 500 mg Ⓥ q 8 hr สังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดศีรษะ ชาตามแขน-ขา อาการแพ้ยารุนแรง เช่น ผื่นลมพิษ หน้าบวม ปากบวม หลอดลมตีบ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก 8. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย เพื่อประเมินภาวะไข้ 9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC (WBC, Neutrophil, Lymphocyte), discharge culture **ประเมินผลการพยาบาล** หลังทำแผลแบบเปียกได้ 3 วัน และทำแผลแบบสุญญากาศได้ 7 วัน แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มีเนื้อตาย ไม่มีสารคัดหลั่งซึม รอบแผลไม่บวม แดง หรือร้อน ไม่มีไข้ BT= 36.0 - 37.3°C แพทย์จึงเย็บปิดแผลผ่าตัด และหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ นัดมาถอดลวดเย็บแผล แผลแห้ง ติดดี
ระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11** ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำพอร์ทัลและโรคตับแข็ง เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองและมีข้อจำกัดในการรักษา **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุรา 1 ก๊ก/วัน สูบบุหรี่ 10 มวน/วัน 2. ผู้ป่วยและญาติถามถึงการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการมีเลือดออกในทางเดินอาหารซ้ำ 3. ผล Coagulogram ยังสูงเกินค่าปกติ PT= 15.1 วินาที, PTT = 29.8 วินาที, INR= 1.15 4. แพทย์งดให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ Enoxaparin และ Warfarin เนื่องจากให้ได้ 1 วัน ผู้ป่วยมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารและมีภาวะช็อก **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่อง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำภาวะ เลือดออกในระบบทางเดินอาหารและภาวะ แทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำพอร์ทัลและโรคตับแข็ง	1. ประเมินความพร้อมและระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ 2. ให้ความรู้และคำแนะนำการดูแลตนเอง โดยใช้หลักการวางแผนจำหน่าย D-METHOD ดังนี้ 2.1 D: Diagnosis ให้ความรู้เรื่องภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำพอร์ทัลและโรคตับแข็ง อธิบายถึงสาเหตุปัจจัยเสี่ยง อาการภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 2.2 M: Medicine ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องที่บ้าน แนะนำการรับประทานยาที่ถูกต้อง ได้แก่ 1) Omeprazole 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า - เย็น ใช้ลดกรดในกระเพาะอาหาร อาการข้างเคียง เช่น ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปวดท้อง ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย 2) Ferrous fumarate 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ใช้รักษาโรคโลหิตจาง อาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก อุจจาระเป็นสีดำหรือเขียวเข้มได้ 3) Folic acid รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีโลหิตจาง อาการข้างเคียง เช่น ปากเปื่อย ลิ้นอักเสบ ท้องเสีย น้ำหนักตัวลดลง ไม่ควรรับประทานพร้อมนมหรือยาลดกรด 4) Aldactone รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ช่วยขับของเหลวส่วนเกินออกจากร่างกาย อาการข้างเคียง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง อาการของระดับโพแทสเซียมในร่างกายสูง เช่น หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ ชีพจรเต้นอ่อนหรือรู้สึกชา ระดับโซเดียมในร่างกายต่ำ เช่น สับสน พูดไม่ชัด เสียการทรงตัว ชัก เป็นลม หายใจตื้น ขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง กระหายน้ำ ไม่มีปัสสาวะหรือปัสสาวะน้อย 5) Propranolol รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น ช่วยลดความดันในหลอดเลือด ป้องกันการไม่ให้หลอดเลือดแตก อาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ ปวดท้อง ท้องอืด เบื่ออาหาร ปากแห้ง ตับโต เม็ดเลือดขาวลดลง เลือดออกง่าย อ่อนเพลีย มึนงง ซึมเศร้า สับสน ประสาทหลอน นอนไม่หลับ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ตาพร่ามัว ผื่นแดง คัน ถ่ายปัสสาวะลำบาก หลอดลมตีบ หายใจขัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	2.3 E: Environment จัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 2.4 T: Treatment เฝ้าระวังอาการผิดปกติ ได้แก่ ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ที่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เมื่อเปลี่ยนท่าทางจากนอนเป็นนั่ง จากนั่งเป็นยืน อาเจียนเป็นเลือดสด หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดหรือสีดำ ท้องโตมากขึ้น ตาตัวเหลืองเพิ่มขึ้น มีไข้ สับสน มือสั่น กระตุกหรือ หงุดหงิด ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรีบพามาพบแพทย์ 2.5 H: Health: หยุดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา และสูบบุหรี่ แนะนำการผ่อนคลายจิตใจ เช่น การฟังเพลง อ่านหนังสือ ควรใช้เวลาช่วงเย็นออกกำลังกาย ประมาณ 20-45 นาที เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจในการดื่มสุรา ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ เนื่องจากทำให้เลือดออกง่ายหยุดยาก หลีกเลี่ยงจากแหล่งชุมชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 2.6 O: Outpatient referral การมาตรวจตามนัด 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย ที่คลินิกอายุรกรรม และจิตเวช เพื่อติดตามอาการ และบำบัดการเลิกดื่มสุราและสูบบุหรี่ 2.7 D: Diet รับประทานอาหารให้ตรงเวลา เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และครบ 5 หมู่ โดยรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายโปรตีนสูง เพื่อลดการทำงานของกระเพาะอาหาร ช่วยซ่อมแซมเซลล์ตับ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารรสจัด เผ็ด เปรี้ยว หวาน เค็ม เพราะ ทำให้ระคายเคืองเยื่อบุทางเดินอาหาร อาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ไส้กรอก แฮมหรือเบคอน จะมีผลทำให้เกิดภาวะบวมมากขึ้น ชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหารไขมันสูง เพราะมีแก๊สมาก กระตุ้นให้หลั่งกรด และย่อยยาก ทำให้กระเพาะอาหารขยายตัวมากขึ้น เกิดอาการท้องอืดและปวดท้องได้ 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย 4. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติภายหลังให้ความรู้และคำแนะนำ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง แต่ต้องให้ความรู้และคำแนะนำซ้ำ 2-3 ครั้ง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ในระยะแรกรับสันนิษฐานว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนอาจเกิดจาก 2 สาเหตุ ได้แก่ สาเหตุแรกเลือดออกจากแผลในกระเพาะอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ โดยทั้งแอลกอฮอล์และบุหรี่ จะกระตุ้นให้มีการหลั่งกรดและน้ำย่อย เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร ส่งผลให้เยื่อบุกระเพาะอาหารอักเสบและเกิดแผล[7] สาเหตุที่สองเลือดออกจากหลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดอาหารหรือในกระเพาะอาหารแตก เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคตับแข็ง ทำให้การไหลเวียนเลือดภายในตับช้า จึงเกิดเป็นลิ่มเลือด อุดตัน ทำให้ความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดดำบริเวณหลอดอาหารและกระเพาะอาหารโป่งพองและแตกตามมาได้ ซึ่งจากการตรวจวินิจฉัยโรคยืนยันด้วยผลการส่องกล้องดูทางเดินอาหาร พบว่าไม่ใช่หลอดเลือดดำโป่งพองแตก แต่ผู้ป่วยมีแผลที่กระเพาะอาหารบริเวณด้านบนซึ่งเชื่อมต่อกับหลอดอาหาร โดยหลังรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีเลือดออกซ้ำหลังจากรับประทานอาหาร ทั้งนี้เนื่องจากการงดอาหารจะช่วยลดการหลั่งกรดและปรับสภาวะกรดด่างในกระเพาะเพื่อช่วยคงสภาพลิ่มเลือดที่ช่วยหยุดเลือดและลดการอักเสบของกระเพาะอาหาร ที่ทำให้เลือดออก จึงมีข้อแนะนำว่าควรงดน้ำงดอาหารเป็น

เวลานานกว่าปกติในผู้ป่วยที่มีปัจจัยบ่งชี้ว่าอาจจะมีเลือดออกรุนแรง เช่น สวนล้างกระเพาะอาหารได้เลือดแดงสด ความเข้มข้นของเลือดต่ำ โรคตับแข็ง เป็นต้น[8] ซึ่งประมาณการสูญเสียเลือดในครั้งนี้ร้อยละ 30-40 พิจารณาจาก Blood pressure และ Pulse pressure จึงทำให้เกิดภาวะช็อก โดยไม่สามารถดักจับสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะช็อกได้ เนื่องจากโดยปกติจะใช้อัตราการเต้นหัวใจเร็ว แต่ผู้ป่วยรายนี้อัตราการเต้นหัวใจช้าน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที ซึ่งเรียกว่า Paradoxical bradycardia เกิดจากการสูญเสียเลือดปริมาณมากอย่างรวดเร็ว ทำให้ร่างกายปรับตัวไม่ทัน ระบบประสาทอัตโนมัติจึงทำงานผิดปกติ โดยไปกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส (Vagus nerve) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นช้าลง[9] ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกรุนแรง ต้องให้การช่วยเหลือด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เลือด ยาเพิ่มความดันโลหิต และทำผ่าตัดอย่างฉุกเฉิน เพื่อหยุดเลือดที่ออก นอกจากนี้ผลการตรวจ Ultrasound/CT Whole Abdomen ของผู้ป่วยรายนี้ พบว่ามีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำพอร์ทัล ทำให้ความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูงขึ้น เลือดบริเวณหลอดอาหารส่วนล่างและกระเพาะอาหารไม่สามารถไหลกลับได้ เกิดการคั่งของเลือด หลอดเลือดจึงมีการขยายตัวเกิดการโป่งพอง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการแตกได้[10] โดยแพทย์ให้การรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด แต่เกิดผลข้างเคียงของยา ทำให้มีเลือดออกในทางเดินอาหารและช็อกซ้ำอีก จึงต้องหยุดให้ยา และให้การรักษาด้วยยา Propranolol เพื่อลดความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลแทน จากสภาวะของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น ทำให้การดูแลผู้ป่วยรายนี้มีความยุ่งยาก ซับซ้อนมาก ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความรู้ความสามารถ และทักษะที่หลากหลายทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. นำกรณีศึกษานี้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก

2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก

3. สร้างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำ เช่น พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม มีโรคร่วมทางอายุรกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Chan R, Carpentier S.(2021). Gastric amyloidosis presenting as acute upper gastrointestinal bleeding: a case report. BMC Gastroenterol 2021; 21: 300.
2. Chen Y, Hsiao C, Lin L, Hsiao K, Hung M.(2018). The association between red blood cell transfusion and outcomes in patients with upper gastrointestinal bleeding. Clinical and Translational Gastroenterology 2018; 9: 138.
3. สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย.(2557). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงจาก: http://www.thaitage.org/Thai/document/Guideline%20UGI%20Bleeding%202014.pdf
4. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แนวทางการปฏิบัติเรื่อง การวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastrointestinal Hemorrhage) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงจาก:https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/CPG%20Upper%20Gastrointestinal%20Hemorrhage.pdf)
5. สุกานดา ตีพัดดี.(2563). กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกร่วมกับภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13(2): 135-144.

6. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.(2568). รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2565,2566, 2567 [อินทราเน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
7. จันทร์ศรี พรหมพิทักษ์ และดลวิวัฒน์ แสนโสม.(2562). ปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคแผลเป็ปติค ณ โรงพยาบาลจำปาสัก ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วารสารการพยาบาลและ การดูแลสุขภาพ 2562;37(4):12-21.
8. ฐานาถ พลานุเวช.(2564). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนในโรงพยาบาลราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5 2564; 40(3): 414-427.
9. Bell K., Elmograbi A., Antonio Smith A., and Kaur J.(2019). Paradoxical bradycardia and hemorrhagic shock. Baylor University Medical Center Proceedings 2019; 32(2): 240-241.
10. ประทุม สัทธิง.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกจากหลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดอาหาร: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2567;4(1): 152 -162.

การพยาบาลผู้คลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด : กรณีศึกษา

Nursing Care for a Woman in Labor with Preterm Labor Complicated by Overt Diabetes Mellitus with Severe Preeclampsia and Premature Rupture of Membranes : A case study.

(Received: August 24,2025 ; Revised: August 27,2025 ; Accepted: August 29,2025)

สุจินดา คนดี[1]
Sujinda Khondee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด โดยศึกษาในผู้คลอดหญิงไทย อายุ 26 ปี G1P0Ab0L0 อายุครรภ์ 34+3 สัปดาห์ จำประจำเดือนวันแรกครั้งสุดท้ายไม่ได้ คาดคะเนกำหนดวันคลอดจากการ Ultrasound วันที่ 10 มิถุนายน 2567 เมื่ออายุครรภ์10 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบ้านหมี่และคลินิก ทั้งหมด 10 ครั้ง ฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ 10 สัปดาห์

ผลการศึกษา พบว่า ผู้คลอดรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (Overt DM) ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (Preeclampsia with Severe Features) และมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (Preterm PROM) ที่อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ การดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ดำเนินไปอย่างเป็นระบบภายใต้ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังอาการ การดูแลอย่างใกล้ชิด และให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้คลอดและครอบครัว การได้รับยาลดความดันอย่างต่อเนื่องร่วมกับยาป้องกันการชัก (Magnesium sulfate) เป็นไปตามแนวทางของ ACOG (2020) ในผู้ป่วย preeclampsia with severe features ซึ่งช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: เบาหวานก่อนตั้งครรภ์, ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, การคลอดก่อนกำหนด, ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด, Birth Asphyxia, กรณีศึกษา

Abstract

This study was a case study. The objective was to study nursing care for premature births with gestational diabetes, severe gestational hypertension, and premature rupture of membranes. The study involved a 26-year-old Thai woman, G1P0Ab0L0, 34+3 weeks' gestation, who could not remember the first day of her last menstrual period. The estimated delivery date was determined by an ultrasound on June 10, 2024, at 10 weeks' gestation. She received 10 prenatal visits at Ban Mi Hospital and clinics. The first prenatal visit was at 10 weeks' gestation.

The study found that this pregnant woman was diagnosed with pregestational diabetes mellitus (Overt DM) with severe gestational hypertension (Preeclampsia with Severe Features) and preterm preterm rupture of membranes (Preterm PROM) at 34 weeks' gestation. The care of this patient was systematically conducted under a multidisciplinary team. Nurses played an important role in symptom monitoring, close care, and psychological support for the pregnant woman and her family. Continuous administration of antihypertensive medications along with anticonvulsant medication (Magnesium sulfate) followed the ACOG (2020) guidelines for patients with preeclampsia with severe features, which effectively prevented neurological complications.

Keywords: Pregestational diabetes mellitus, Hypertensive disorders of pregnancy, Preterm birth, Premature rupture of membranes, Birth asphyxia, Case study

[1] โรงพยาบาลบ้านหมี่

บทนำ

โรงพยาบาลบ้านหมี่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 258 เตียง มีอัตราการคลอดในปี 2564 – 2566 เท่ากับ 552, 650 และ 637 ราย พบอัตราผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.62, 6.62 และ 5.34 และพบภาวะความดันโลหิตสูงในผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานทั้งก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 3.03, 12.73 และ 13.56 ตามลำดับ ในช่วงปี 2564-2565 ไม่พบภาวะ Eclampsia ขณะที่ทารกแรกเกิดในกลุ่มผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบภาวะ Birth Asphyxia ร้อยละ 11.64, 2.94 และ 13.64 ตามลำดับ ภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด เป็นภาวะที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทั้งในมารดาและทารก เช่น ภาวะชัก (Eclampsia) ภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) ซึ่งส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตและคุณภาพชีวิตของทั้งคู่[1]

การดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงในห้องคลอดจึงต้องการการทบทวนและวิเคราะห์การพยาบาลอย่างครอบคลุม ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด (Antepartum Intrapartum Monitoring) ระยะคลอด (Labor and Delivery Management) ไปจนถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด (Immediate Postpartum Care) โดยเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การบริหารจัดการยาระงับอาการชักและควบคุมความดันโลหิต การตัดสินใจทำคลอดอย่างเหมาะสม การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด รวมถึงการประเมินภาวะของทารกแรกเกิด[2,3,4]

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงในห้องคลอด เพื่อเพิ่มศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ ลดอัตราภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารก อันจะนำไปสู่การยกระดับมาตรฐานการพยาบาลมารดาและทารกอย่างยั่งยืนในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์รุนแรง ทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลผู้คลอดที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
3. เพื่อเป็นแนวทางป้องกันภาวะ Birth Asphyxia ในทารกคลอดก่อนกำหนดจากมารดา ที่มีความดันโลหิตสูง ด้วยการดูแลและช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเหมาะสม

วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษาผู้คลอดในสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตทางสูติกรรม
2. ติดตามศึกษาข้อมูลอย่างต่อเนื่องขณะที่รักษาในโรงพยาบาล ในเรื่อง อาการสำคัญประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งต้องใช้การประเมินที่ถูกต้อง แม่นยำ และครอบคลุม เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาตั้งข้อวินิจฉัยวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล
3. ศึกษาค้นคว้า หลักฐานเชิงประจักษ์ เอกสารวิชาการเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในประเด็น ความหมาย พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุการเกิด อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาและการพยาบาล
4. เปรียบเทียบข้อมูลหญิงตั้งครรภ์กับแนวคิด ทฤษฎี วิชาการที่ศึกษา ปรึกษาแพทย์พยาบาลที่มีความชำนาญ ในการดูแลผู้คลอด วิเคราะห์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
5. เรียบเรียงผลงานจากกรณีศึกษาโดยวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลปฏิบัติตามแผนการพยาบาลและประเมินผล แก้ไขในประเด็นที่ยังไม่ ครอบคลุม
6. สรุปกรณีศึกษา
7. ตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล

8. จัดทำรูปเล่ม/นำเสนอ/เผยแพร่ผลงาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 26 ปี $G_1P_0Ab_0L_0$ อายุครรภ์ 34^{+3} สัปดาห์ จำประจำเดือนวันแรกครั้งสุดท้ายไม่ได้ คาดคะเนกำหนดวันคลอดจากการ Ultrasound วันที่ 10 มิถุนายน 2567 เมื่ออายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบ้านหมี่และคลินิก ทั้งหมด 10 ครั้ง ฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ผลการตรวจเลือด Hct 39.4%, VDRL non reactive Anti HIV negative, HbsAg negative Blood group B, Rh positive, DCIP negative, MCV 77.6 fL ขณะฝากครรภ์ผลโปรตีนในปัสสาวะปกติ ผลน้ำตาลในปัสสาวะ 1+ Systolic Blood Pressure 137 - 139 มิลลิเมตรปรอท Diastolic Blood Pressure 83 - 84 มิลลิเมตรปรอท การใช้ยาขณะตั้งครรภ์ Regular insulin (RI) 14-0-14 sc ac, Neutral Protamine Hagedornb(NPH) 10-0-10 sc ac Metformin (500) 1 x 2 po pc วันที่ 20 พฤศจิกายน 2566 อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ผล FBS 183 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, Postprandial glucose 256 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์ พิจารณาให้นอนโรงพยาบาล เพื่อปรับระดับน้ำตาลเริ่ม Regular insulin (RI) 14-0-14 sc ac, Neutral Protamine Hagedornb (NPH) 10-0-10 sc, วันที่ 21 มีนาคม 2567 อายุครรภ์ 28^{+3} สัปดาห์ ผล FBS 141 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, Postprandial glucose 170 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์พิจารณาให้นอนโรงพยาบาลเพื่อปรับระดับน้ำตาลครั้งที่ 2 เพิ่ม Metformin (500) 1 x 2 po pc วันที่ 13 เมษายน 2567 อายุครรภ์ 31^{+5} สัปดาห์ มีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ได้เข้ารับการรักษาให้ยายับยั้งการคลอดและยากระตุ้นปอดทารกในครรภ์ **ประวัติ** ผู้คลอดเป็นเบาหวาน 1 ปี ก่อนตั้งครรภ์ รักษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่องแค หยุดยาเองเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการได้รับสารเสพติด น้ำหนักปัจจุบัน 70.2 กิโลกรัม สูง 156 เซนติเมตร BMI ก่อนตั้งครรภ์ 25.45 กิโลกรัม/ตารางเมตร น้ำหนักตลอดการตั้งครรภ์ขึ้น 8.2 กิโลกรัม ซึ่งอยู่ในช่วงปกติ (BMI เกิน น้ำหนักควรขึ้น 7-11.5 กิโลกรัม) **มาโรงพยาบาล วันที่ 2 พฤษภาคม 2567 เวลา 19.10 น.** ด้วยอาการมีน้ำเดิน 3 ชั่วโมง 10 นาที ร่วมกับเจ็บครรภ์ 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

อาการแรกรับที่ห้องคลอด ผู้คลอดรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง บ่นมีอาการปวดศีรษะเล็กน้อย ไม่มีอาการตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ พบมีอาการบวมบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง กดบุ๋ม 2+ ปอดไม่มีเสียง Crepitation, Deep Tendon Reflex 2+ มีอาการเจ็บครรภ์ บิดตัวไปมาเวลาเจ็บครรภ์

ตรวจครรภ์ ทารกอยู่ในท่าศีรษะ พบส่วนของก้นทารกอยู่ที่บริเวณยอดมดลูก ระดับยอดมดลูก 2/4 > 0 มดลูกสูง 29 เซนติเมตร ฟังเสียงหัวใจทารกได้ทางหน้าท้องด้านล่างซ้ายชัดเจน สม่ำเสมอ 150 ครั้งต่อนาที ตรวจพบท้องแข็งตึง มดลูกหดรัดตัว Interval 2 - 5 นาที Duration 30 - 45 วินาที ประเมินความปวด Pain score 5 คะแนน

ประเมินการเปิดขยายของปากมดลูก Cervixdilate 2 cms Effacement 80 % Membrane Rupture Station -2 Amniotic fluid clear

สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 145/100 มิลลิเมตรปรอท ประเมินซ้ำ 15 นาที ความดันโลหิต 146/99 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ

37 องศาเซลเซียส ความอิ่มความอิ่มตัวออกซิเจน 98% ดูแลประเมิน

ภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ Electronic Fetal Monitoring (EFM) : Category I baseline 140 -150 bpm Moderate variability No Deceleration Interval 2 - 5 นาที Duration 30 - 45 วินาที แพทย์ทำ Ultrasound : Spine in vertical position, Vertex, Estimated Fetal Weight 2,225 กรัม Amniotic Fluid Index Normal

แพทย์วินิจฉัย Preterm Labor c PROM c Overt Diabetes Mellitus และให้การรักษา NPO, On D//NSS 1000ml IV 120 ml/hr., Ampicillin 2 gms v stat then 1 gm v q 4 hrs, if DTX < 180 mh/dl ให้ Dexamethazone 6 mg M stat Lab CBC, UA,UPCR, BUN, Cr, AST, ALT, LDH, PT, PTT, Uric acid, GM PRC 2 u

ปัญหาทางการพยาบาลในระยะก่อนคลอด

เจ็บครรภ์คลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัว ผู้คลอดบ่นปวดท้อง บิดตัวไปมา ขณะมดลูกหดรัดตัว ตรวจพบท้องแข็งตึง Interval 2 - 5 นาที Duration 30 - 45 วินาที ประเมินความปวด Pain score 5 คะแนน ดูแลประเมินระดับความเจ็บปวดและอาการแสดง เมื่อผู้คลอดเจ็บครรภ์เพื่อวางแผนการพยาบาล อธิบายทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการคลอด เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการคลอด แนะนำวิธีการหายใจบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ โดยให้หายแบบลึก และช้า เมื่อยังรู้สึกเจ็บครรภ์ไม่รุนแรงมาก และเมื่อรู้สึกเจ็บครรภ์ช่วงมดลูก บีบตัวอย่างรุนแรงจนทนไม่ได้ ให้เปลี่ยนมาหายใจแบบตื้น เร็วและเบา (แบบเป่าเทียน) ดูแลให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายเพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนไปที่มดลูกได้ดีขึ้น ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น เช็ดหน้าด้วยผ้าเย็นเพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกสดชื่น ให้คำแนะนำและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความมั่นใจ และลดความกลัว รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการให้ยาแก้ปวด เช่น Pethidine หรือ Fentanyl หากผู้คลอดร้องขอ หลังให้การพยาบาลผู้คลอดหายใจเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ได้ เวลา 22.20 น.มดลูกหดรัดตัว Interval 2 นาที 10 วินาที Duration 55 วินาที ประเมินความปวด Pain score = 10 คะแนน ตรวจภายใน Cervixdilate 10 cms Effacement 100% Membrane Rupture Station 0

ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด มารดาให้ประวัติมี 3 ชั่วโมง 10 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจภายใน Cervixdilate 2 cms Effacement 80% Membrane Rupture Station -2 Amniotic fluid clear ดูแลเฝ้าระวังภาวะไข้ สัญญานชีพและอาการบ่งชี้การติดเชื้อ เช่น มดลูกกดเจ็บ น้ำคร่ำ มีกลิ่นเหม็น, ติดตามผลตรวจ CBC เพื่อเฝ้าระวังภาวะที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวสูง ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้เมื่อมีการติดเชื้อหรือการอักเสบในร่างกาย, ฟังเสียงหัวใจทารก (FHS) และmonitor EFM อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถประเมินภาวะพร่องออกซิเจนหรือความเครียดของทารกในครรภ์ได้ทันท่วงที และรายงานแพทย์ทันทีหากพบผิดปกติ เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม เช่น การทำคลอดโดยเร่งด่วน, ดูแลให้ Ampicillin 2 gms v stat then 1 gm v q 4 hrs ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องคลอดและโพรงมดลูก ซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อในทารกแรกเกิดได้, ดูแลให้ Dexamethazone 6 mg M stat เพื่อเร่งการเจริญของปอดทารก, ดูแลความสะอาดบริเวณช่องคลอดและป้องกันการติดเชื้อ โดยให้มารดาเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 2 - 4 ชั่วโมง และหลีกเลี่ยงการตรวจภายในโดยไม่จำเป็นไม่จำเป็น เพื่อป้องกันการนำเชื้อเข้าสู่โพรงมดลูก ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อเมื่อต้องมีการตรวจภายในหรือทำหัตถการทางสูติกรรม, เตรียมความพร้อมสำหรับการคลอดและการดูแลทารกหลังคลอดโดยประสานทีมกุมารแพทย์และแผนก NICU เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลทารกที่มีความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินผลการพยาบาล ไม่มีอาการบ่งชี้การติดเชื้อ น้ำคร่ำไม่มีกลิ่นเหม็น ผล CBC WBC Cout 13,009 cell/mm^3 Neutrophil 71% เวลา 22.00 น. อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียล อัตราการเต้นชีพจร

100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 166/68 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจน 100% FHS 130 ครั้งต่อนาที

ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Fetal Distress และภาวะสายสะดือย้อย ฟังเสียงหัวใจทารก (FHS) และ monitor EFM อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถประเมินภาวะพร่องออกซิเจนหรือความเครียดของทารกในครรภ์ จากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด หรือการกดสายสะดือจากน้ำคร่ำที่น้อยลงและรายงานแพทย์ทันทีหากพบผิดปกติ เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม เช่น การทำคลอดโดยเร่งด่วน, จัดท่าทางของผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย ซึ่งเป็นท่าที่ช่วยลดการกดทับของมดลูกต่อหลอดเลือดใหญ่ โดยเฉพาะเส้นเลือด Inferior Vena Cava ทำให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดกลับหัวใจ เพิ่มปริมาณเลือดที่ไหลไปยังรก ส่งผลให้ทารกได้รับออกซิเจนมากขึ้น ติดตามลักษณะของน้ำคร่ำเช่น สี กลิ่น และปริมาณ หากพบน้ำคร่ำสีเขียวเข้มหรือกลิ่นเหม็น อาจแสดงถึงการติดเชื้อหรือทารกเครียด ต้องเตรียมให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เช่น Internal Uterine Resuscitation, ดูแลนอนพัก บนเตียง งดการลุกเดินเพื่อลดแรงโน้มถ่วงที่อาจดึงสายสะดือลงและลดโอกาสที่สายสะดือจะเลื่อนต่ำลงมาหน้าส่วนนำ เตรียมอุปกรณ์กู้ชีพทารก ให้พร้อมใช้งาน เช่น Radiant warmer, Neopuff, ท่อช่วยหายใจ การประเมินผล ทารกมีอัตราการเต้นหัวใจในเกณฑ์ปกติ ไม่มีสัญญาณของความเครียด

มีโอกาสเกิดภาวะชักจากภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง เวลา 20.45 น. ความดันโลหิต 171/112 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจรอยู่ช่วง 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ความอิ่มความอิ่มตัวออกซิเจน 98% มารดายังบ่นปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ปอดไม่มีเสียง Crepitation, Deep Tendon Reflex 2+ มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ดังนี้ Lab UPCR 0.43, Urine Alb 2+ บ่งชี้ว่ามีโปรตีนในปัสสาวะ **ในระดับผิดปกติ** รายงานแพทย์รับทราบ **แพทย์วินิจฉัย Preeclampsia with Severe Feature** พิจารณาให้ **Magnesium sulfate ($MgSO_4$)** เพื่อป้องกันภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia) ดูแล ให้ได้รับยา $MgSo_4$ Loading dose $MgSo_4$ D/5/W 100 cc + 10% $MgSo_4$ 40 cc v drip 15 นาที หลังจากนั้นให้ Maintenance dose D/5/W 460 cc + 50% $MgSo_4$ 40 cc v drip 2 gms/hr โดยให้ผ่านเครื่อง Infusion pump, ดูแลให้ Hydralazine 10 mg v stat เวลา 20.50 น., ติดตามความดันโลหิต ทุก 5 นาที, สังเกตอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา Deep Tendon Reflex 3+ ขึ้นไป ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที, จัดสิ่งแวดล้อม ให้เงียบสงบ เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้น คืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันที เมื่อมีอาการชัก ได้แก่ ไม้กดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ, จัดท่านอนตะแคง และดูแลให้ O_2 c Mask 10 ลิตร/นาที เพื่อให้ออกซิเจน ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมากขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพ การทำงานของรก, ให้งดน้ำและอาหาร เพื่อเตรียมความพร้อมกรณีต้องยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด และป้องกันการสูดสำลักจากภาวะชัก, ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะ HELLP Syndrome ได้แก่เม็ดเลือดแดงแตกง่าย ทำให้เกิดภาวะซีด ระดับเอนไซม์ตับในเลือดเพิ่มสูงขึ้นทำให้ตัวเหลือง และเลือดออกง่ายจาก ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ การประเมินผลผู้คลอดไม่มีอาการนำของการชัก และผู้คลอดไม่เกิดภาวะชัก Systolic Blood Pressure 159 - 161 มิลลิเมตรปรอท Diastolic Blood Pressure 90 - 92 มิลลิเมตรปรอท เวลา 21.15 น. ความดันโลหิต 165/105 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจรอยู่ช่วง 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวออกซิเจน 100% แพทย์พิจารณาให้ Hydralazine 10 mg v stat ผู้คลอดงดน้ำและอาหาร เวลา 14.00 น.

อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาแมกนีเซียมซัลเฟต ผู้คลอดได้**แมกนีเซียมซัลเฟต** มีอาการร้อน

ตามร่างกายขณะได้ $MgSo_4$ Loading dose ดูแลความสุขสบายของหญิงตั้งครรภ์ เช่น เช็ดตัว ประคบด้วยผ้าเย็น เปิดพัดลมเพิ่ม, ยกไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้างขึ้น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง, เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยาแมกนีเซียมซัลเฟตอย่างใกล้ชิด, ใส่สายสวนปัสสาวะบันทึกปริมาณปัสสาวะ เพื่อติดตามการทำงานของไต ตรวจสอบ Deep tendon reflex (DTR) ทุก 2 - 4 ชั่วโมง, สังเกตอัตราการหายใจ หากต่ำกว่า 14 ครั้งต่อนาที หรือพบปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือ DTR น้อยกว่า 2+ หรือไม่มีการตอบสนองถือเป็นสัญญาณเตือนของภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดจากการได้รับยาเกินขนาด ต้องหยุดยาและรายงานแพทย์ทันที, Monitor magnesium level ทุก 4 ชั่วโมงให้อยู่ใน ช่วง 4.8 - 8.4mg/dl หากผลเกินช่วงดังกล่าวมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะพิษจากยา เตรียมยาต้านฤทธิ์ของแมกนีเซียมซัลเฟต (Antidote) คือ แคลเซียมกลูโคเนต (Calcium Gluconate) ขนาด 10 มิลลิลิตร ไว้พร้อมใช้งาน เพื่อให้พร้อมใช้ในกรณีเกิดภาวะหายใจล้มเหลวหรือไม่มีการตอบสนองของระบบประสาทซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉิน ที่ต้องให้ยา antidote ทางหลอดเลือดดำ โดยทันทีการประเมินผล ผู้คลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของยาแมกนีเซียมซัลเฟต Systolic Blood Pressure 159 - 165 มิลลิเมตรปรอท Diastolic Blood Pressure 88 - 105 มิลลิเมตร ปรอท อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกิริยาตอบสนองปกติ Deep Tendon Reflex เท่ากับ 2+

เสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดไม่สมดุล (Hyperglycemia หรือ Hypoglycemia) เนื่องจากภาวะ Overt Diabetes Mellitus และกระบวนการคลอดที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึมของร่างกาย ผู้คลอดงดน้ำและอาหารเวลา 14.00 น. ไม่ได้ฉีด Insulin เย็น ดูแลเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ทุก 1 - 2 ชั่วโมง หรือตามแผนแพทย์ เพื่อให้ทราบระดับน้ำตาลทันที และสามารถให้การรักษาอย่างเหมาะสม, สังเกตอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง และอ่อนเพลีย ในบางรายอาจมีอาการมึนงง คลื่นไส้ หรือหายใจลึกและเร็วผิดปกติ ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะกรดคีโตนจากเบาหวาน (DKA) หากรุนแรงมากขึ้น อาจพบลมหายใจมีกลิ่นคล้ายผลไม้ ความดันต่ำ และหมดสติได้ หากพบอาการดังกล่าว ให้ประเมิน ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ทันที และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแผนการรักษา เช่น การให้อินซูลิน, หากผู้คลอดมีอาการสั่น หน้ามืด หรือซึม ให้ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ทันที และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณา ให้แผนการรักษา เช่น ให้กลูโคสตามแนวทาง หากพบระดับน้ำตาลต่ำผิดปกติ, เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพ ให้พร้อมใช้งาน, รายงานทีมกุมารแพทย์ และ NICU เพื่อให้มีการเตรียมอุปกรณ์สำหรับตรวจระดับน้ำตาล ในทารกหลังคลอด และเตรียมแผนการดูแลหากเกิดภาวะ Hypoglycemia การประเมินผล ผู้คลอดไม่มีอาการผิดปกติที่แสดงถึงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะน้ำตาลต่ำ ไม่มีอาการกระหายน้ำผิดปกติ ปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลีย มึนงง หรือหายใจผิดปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) เวลา 19.30 น. และเวลา 22.00 น. เท่ากับ 121 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และ 110 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทีมกุมารแพทย์และแผนก NICU รับทราบเคส

วิตกกังวลเนื่องจากมีอาการเจ็บครรภ์ มีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ และกังวลว่าจะส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิด ผู้คลอดมีพฤติกรรมวิตกกังวลอย่างเห็นได้ชัด ซักถามเรื่องความปลอดภัยของทารกซ้ำๆ พูดเสียงเบา แสดงสีหน้าเคร่งเครียด ให้การพยาบาลโดยสร้างสัมพันธภาพที่ดี และเชื่อถือได้ เพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกไว้วางใจ กล้าที่จะพูดคุย และซักถามข้อสงสัยอย่างตรงไปตรงมา, ประเมินระดับความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง โดยสังเกตพฤติกรรม สีหน้า น้ำเสียง การแสดงออกทางร่างกาย เช่น ร้องไห้ มีน้ำตาคลอ พร้อมทั้งทำการประเมินซ้ำเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง, การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะที่เผชิญ ได้แก่ อาการเจ็บครรภ์, ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, การได้รับยา $MgSO_4$ และภาวะน้ำเดิน

ก่อนกำหนด อย่างถูกต้อง ชัดเจน และปรับให้เข้าใจง่าย พร้อมตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อทารก เพื่อลดความกลัวและส่งเสริมความร่วมมือได้ดียิ่งขึ้น, เปิดโอกาสให้ผู้คลอดแสดงความรู้สึกอย่างอิสระไม่รีบตัดบท เช่น การรับฟังอย่างตั้งใจโดยไม่ตัดสิน และแสดงความเข้าใจในความรู้สึก พร้อมให้กำลังใจและคำพูดเชิงบวก เช่น “ตอนนี้หมอและพยาบาลกำลังช่วยดูแลอย่างเต็มที่” เพื่อช่วยลดความเครียดสะสม, แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายง่ายๆ เช่น การหายใจช้าและลึก หรือการหลับตานึกถึงภาพที่สงบใจ ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้เองเพื่อช่วยลดระดับ Cortisol และความดันโลหิตได้ หลังให้การพยาบาล ผู้คลอดสามารถบอกความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ของตนเองและทารกได้ถูกต้อง มีสีหน้าและท่าทีผ่อนคลายขึ้น ยังบ่นเจ็บครรภ์เป็นระยะ ให้ความร่วมมือในแผนการรักษาได้, เวลา 22.20 น. ผู้คลอดรู้สึกเจ็บครรภ์มากขึ้น นอนบิดตัวไปมา แจ้งว่าอยากเบ่ง ตรวจภายใน Cervixdilate 10 cms Effacement 100% Membrane Rupture Station 0

ระยะที่1ของการคลอด

6 ชั่วโมง 20 นาที ความดันโลหิต 167/69 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจรอยู่ช่วง 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ความอิ่มตัวออกซิเจน 100% FHS 130 ครั้งต่อนาที ดูแลย้ายเข้าห้องคลอด ประสานกุมารแพทย์รับทารก

ปัญหาทางการพยาบาลในการพยาบาลระยะคลอด

ส่งเสริมการเบ่งคลอดอย่างถูกวิธี ในระยะที่ 2 ของการคลอด ผู้คลอดตั้งครรภ์แรก ยังไม่มีประสบการณ์ในการคลอด ประเมินความเจ็บปวดและความสามารถ ในการควบคุมความเจ็บปวด ประเมิน FHS ทุก 5 นาที อยู่ในช่วง 120 - 130 ครั้งต่อนาที ติดตามการหดรัดตัวของมดลูก ให้คำแนะนำ, ดูแลให้ผู้คลอดหายใจ และเบ่งคลอดอย่างถูกวิธีขณะมดลูกหดรัดตัว หลังให้การพยาบาล ผู้คลอดควบคุมการหายใจได้ดี เบ่งคลอดถูกวิธี การประเมินผล ผู้คลอดสามารถหายใจและเบ่งคลอดได้อย่างถูกวิธีตามคำแนะนำ ให้ความร่วมมือ และสามารถเบ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทารกคลอด Normal Labor c right Mediolateral episiotomy เวลา 22.40 น.

ระยะที่ 2 ของการคลอด 20 นาที ทารกมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด (Birth Asphyxia) อายุครรภ์ 34^{+3} สัปดาห์ ร่วมด้วย **Overt Diabetes Mellitus** ประสานกุมารแพทย์, NICU เตรียมความพร้อมรับทารกแรกเกิด, เตรียมอุปกรณ์กู้ชีพทารกให้พร้อมใช้งาน เช่น เช่น Radiant warmer, Neopuff, ท่อช่วยหายใจในการดูแลทารกแรกเกิด (Initial steps of newborn care) ประกอบด้วย การทำให้ทารกอบอุ่น, การเช็ดตัวให้แห้ง, การกระตุ้นให้ทารกหายใจ, การจัดท่าศีรษะและลำคอให้ทางเดินหายใจเปิด, และการดูดเสมหะหากจำเป็น, ประเมิน Apgar score ที่นาทีที่ 1, 5 และ 10 เพื่อประเมินระดับการตอบสนองเบื้องต้นของทารกแรกเกิด, จัดท่าทารกให้นอนหงาย วางศีรษะในท่า "Sniffing position" (แหงนคอเล็กน้อย) เพื่อเปิดทางเดินหายใจ, ให้เริ่มช่วยหายใจแรงดันบวกในทารกแรกเกิดที่มีอาการหายใจลำบาก หยุดหายใจ หรือมีอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที ภายใน 60 วินาทีหลังเกิด, หากอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที แม้จะมีการช่วยหายใจแล้วให้ทำการกดหน้าอก (Chest Compression) โดยวิธี Two-Finger Technique หรือ Two-Thumb Technique โดยกดบริเวณกึ่งกลางหน้าอกลึกประมาณ 1 ใน 3 ของความลึกของหน้าอก ใช้แรงกดและคลาย กดสลับกันด้วยอัตรา 3:1, เฝ้าระวังและติดตามอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ สีผิว และค่า SpO_2 อย่างใกล้ชิด, Early CPAP (การใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (Continuous Positive Airway Pressure) เพื่อป้องกันหรือลดความจำเป็นในการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบใช้ท่อช่วยหายใจ และอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจในทารกแรกเกิด, ประสานทีม NICU เพื่อส่งต่อทารกและข้อมูล ย้ายทารกเข้าหออภิบาลทารกวิกฤต

แรกเกิด (NICU) เพื่อเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่อง ทารกคลอด เพศหญิง น้ำหนัก 2,800 gms apgar score นาทีที่ 1, 5 และ 10 เท่ากับ 7, 9 และ 10 คะแนน แรกคลอดไม่ค่อยร้อง ตัวแดงปลายมือปลายเท้าเขียว Active พอควร อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวออกซิเจน 83% PPV 2 cycle เช็ดตัวกระตุ้น Suction clear Air way นาทีที่ 5 ยังมีเขียวปลายมือปลายเท้า หายใจมี grunting อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 60 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวออกซิเจน 92% Early CPAP ย้ายแผนก NICU

ปัญหาทางการพยาบาลในการพยาบาลหลังคลอด

เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระยะที่4 ของการคลอด และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด เนื่องจากการหดรัดตัวของมดลูกลดลงจากการได้รับ Magnesium sulfate ประเมินปริมาณเลือดที่ออกโดยจากใช้นวัตกรรมถุงตวงเลือด, ดูแลให้ Oxytocin 10 IU IM Stat หลังทารกคลอด, ตรวจสอบ Sing การลอกตัวของรก, ทำคลอดรก ด้วยวิธี Modified Crede maneuver เมื่อรกคลอด ทำการตรวจรกว่าออกครบหรือไม่ ดูแลคลึงมดลูกให้แข็งตัว, ไล่เลือดที่ค้างออก, ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก 0.9% NSS 1000 cc + Oxytocin 20 U v drip 120 cc/hr ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้เพื่อไม่ให้ขัดขวาง การหดรัดตัวของมดลูก และเพื่อประเมินการทำงานของไตต่อ ประเมินการฉีกขาดของฝีเย็บและซ่อมแซมแผลฝีเย็บทันที, กำหนด Early warning sign Early treatment โดยใช้สเกล 300 มิลลิลิตร ถ้าพบให้ประเมินหาสาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดตามหลัก 4T ได้แก่ Tone, Trauma, Tissue, Thrombin และรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้การรักษาตามสาเหตุที่พบ ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และตรวจสอบการหดรัดตัวของมดลูกทุกครั้ง แนะนำมารดาหากมีอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอดมากขึ้น รู้สึกหน้ามืด ใจสั่น ให้รีบแจ้งพยาบาลทันที การประเมินผล รกลอกตัวแบบ Duncan คลอดเวลา 22.54 น. ตรวจรก Complete หนัก 400 กรัม ความดันโลหิต 138 /72 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที Blood loss 150 cc

ระยะที่ 3 ของการคลอด 14 นาที ในระยะที่ 4 ของการคลอด Blood loss 30 cc ผู้คลอด ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

อ่อนเพลียจากกระบวนการคลอด ผู้คลอดมีท่าทางอ่อนเพลีย ท่าทางอิดโรย ดูแลเช็ดหน้าด้วยผ้าเย็น ดูแลให้ดื่มน้ำหรือนม ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อม ให้เงียบสงบ และเหมาะสมกับการพักผ่อน ยกไม้กั้นเตียงไว้ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ประเมินสัญญาณชีพเพื่อแยกจากภาวะอ่อนเพลีย ที่อาจมีสาเหตุจากการตกเลือด การประเมินผล ผู้คลอดดื่มน้ำได้พอสมควร หลับพักผ่อนได้ไม่เกิดอุบัติเหตุ สัญญาณชีพ Systolic Blood Pressure 139 - 148 มิลลิเมตรปรอท Diastolic Blood Pressure 80 - 92 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 78 - 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที ย้ายแผนกหลังคลอด วันที่ 3 พฤษภาคม 2567 เวลา 22.40 น. ตรวจสอบแผลก่อนย้ายแผนก ฝีเย็บติดดี ไม่มีเลือดซึมไม่บวม มดลูกหดรัดตัวดี Total Blood loss 240 cc

มีความเสี่ยงต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกไม่สมบูรณ์ เนื่องจากทารกย้ายไปสังเกตอาการที่ NICU มารดาซักถามเรื่องทารกย้าย NICUสีหน้ากังวล พูดว่า “ยังไม่ทันเห็นหน้าลูกเลย” ดูแลประเมินสภาวะทางอารมณ์ของมารดา เนื่องจากการแยกจากทารกอาจก่อให้เกิดความกังวลหรือความเครียด สนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อให้มารดาสามารถปรับตัวได้ โดยเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารก หรือความไม่มั่นใจในการดูแลทารก แนะนำให้มารดาไปเยี่ยมทารกเมื่ออาการดีขึ้น เพื่อให้มารดาและทารกสามารถสร้างสัมพันธภาพกันได้ โดยการพูดคุยกับทารก ส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแล เช่น การบีบน้ำนมไปส่งให้ทารก พูดคุยและให้กำลังใจ ให้มารดารู้สึกว่ายังคงมีบทบาทสำคัญใน

ชีวิตของทารก และยังสามารถสร้างสายสัมพันธ์ที่ดีได้ เมื่อทารกย้ายมาแผนกหลังคลอด ให้คำแนะนำในการดูแลเบื้องต้นเมื่อทารกกลับบ้านเพื่อให้มารดารู้สึกมั่นใจและเห็นความสำคัญของบทบาทในการดูแลทารก จากการติดตามพบว่ามารดาไปเยี่ยมทารกหลังจากแพทย์พิจารณาหยุดยาแมกนีเซียมซัลเฟตแล้ว, ทารกย้ายคืนมารดา วันที่ 4 พฤษภาคม 2567 เวลา 11.15 น. ก่อนกลับบ้านน้ำนมไหลดี LATCH Score 9/10 คะแนน สีหน้ามารดาสดชื่น ดีใจที่ได้กลับบ้านพร้อมลูก

ผู้คลอดและบุตร D/C วันที่ 5 พฤษภาคม 2567 เวลา 09.30 น. **นัดตรวจ** Lab FBS, HbA1c, BUN ,Cr 2 สัปดาห์ นัดตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ทารกนัดตรวจสุขภาพและรับวัคซีน 8 สัปดาห์ **Home Medicine** Neutral Protamine Hagedornb(NPH) 12 u sc hs, Metformin (500) 1 x 2 po pc

สรุปและอภิปรายผล

ผู้คลอดรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (Overt DM) ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (Preeclampsia with Severe Features) และมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (Preterm PROM) ที่อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ การดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ดำเนินไปอย่างเป็นระบบภายใต้ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังอาการ การดูแลอย่างใกล้ชิด และให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้คลอดและครอบครัว การได้รับยาลดความดันอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับยาป้องกันการชัก (Magnesium sulfate) เป็นไปตามแนวทางของ ACOG (2020) ในผู้ป่วย preeclampsia with severe features ซึ่งช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ การคลอดเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ 35 สัปดาห์โดยคลอดทางช่องคลอด ถือเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในกรณีนี้เพื่อลดความเสี่ยงของมารดาและทารก เนื่องจากไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด ทารกแรกคลอดมีภาวะ Birth Asphyxia ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติหลายระบบร่วมกัน โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะ preeclampsia และ DM ซึ่งส่งผลต่อการไหลเวียนของเลือดไปยังรกและทารก อย่างไรก็ตาม ทารกได้รับการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพอย่างรวดเร็ว และได้รับการดูแลต่อเนื่องในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทำให้สามารถฟื้นตัวได้ มื่อเปรียบเทียบกับหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าการดูแลในกรณีนี้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย โดยเน้นความสำคัญของการคัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่ก่อนคลอด การเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง และการดูแลภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงที บทบาทของพยาบาลในกรณีนี้ไม่เพียงแต่เป็นผู้ให้การพยาบาลทางร่างกาย แต่ยังเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางจิตใจ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดและครอบครัว รวมถึงการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การคลอดเป็นไปด้วยความปลอดภัยที่สุด[5,6,7]

ข้อเสนอแนะ

แนวทางในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในสถานการณ์เสี่ยงควรครอบคลุมทั้งบุคลากร อุปกรณ์ และกระบวนการให้บริการอย่างรอบด้าน โดยบุคลากรทางการแพทย์ควรได้รับการพัฒนาทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้คลอดกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมความพร้อมในการรับมือภาวะวิกฤต เช่น การชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ และควรมีการทบทวนขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นประจำทุกปี เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและประสิทธิภาพในการดูแลทั้งมารดาและทารกในสถานการณ์ฉุกเฉิน อันจะช่วยลดความเสี่ยงต่อชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และเครื่องมือสำหรับการช่วยคลอดรวมถึงอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารก ควรให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอและอยู่ในสภาพสมบูรณ์ เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าเมื่อต้องใช้งานจริง การวางแผนและให้การพยาบาลผู้คลอดจึงควรครอบคลุมทุกขั้นตอน ตั้งแต่ก่อนคลอด ระหว่าง

คลอด และหลังคลอด โดยดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทั้งมารดาและทารกที่สำคัญ การดูแลทารกแรกเกิดควรเป็นไปอย่างบูรณาการ โดยควรวางแผนการดูแลและการกู้ชีพร่วมกับทีมแผนกทารกแรกเกิดวิกฤต เพื่อให้การช่วยฟื้นคืนชีพเป็นไปอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตของทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. (2020). Neonatal resuscitation: 2020 AHA guidelines for CPR and ECC (Part 5: Neonatal Resuscitation). Circulation, 142(Suppl. 2), S524–S550. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000902
2. College of Obstetricians and Gynecologists of Thailand. (2020). แนวเวชปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (Clinical Practice Guideline No. OB-63-021). https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-021.pdf
3. Preeclampsia Foundation. (2020). Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG practice bulletin, Number 222.
4. กิติพร กางการ. (2562). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ ร่วมกับคลอดก่อนกำหนดในระยะคลอด: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 16, 23–35.
5. จารุวรรณ วงศ์วัฒนะ, & กัญญาภัค ศรีวิเศษ. (2567). การส่งเสริมความรู้ของพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยง. วารสารสุขภาพและการศึกษา, 47(1), 15–30. https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/271763/182005
6. ธิติมา พงษ์ทอง. (2564). การประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลในโรงพยาบาล. วารสารสุขภาพจิต, 32(3), 200–210.
7. ปราณี ด่านชัยวิจิตร. (2562). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี, 31(1), 90–101. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUTJ/article/view/196919/161718

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักแบบเปิดที่ได้รับการผ่าตัด ร่วมกับมีลมและเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด : กรณีศึกษา

Nursing Care of a Patient with an Open Left Femoral Fracture Undergoing Surgery and Hemopneumothorax : Case Study.

(Received: August 24,2025 ; Revised: August 27,2025 ; Accepted: August 29,2025)

เกษร เย็นจุระ[1]
Kaesorn yenjura[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักแบบเปิดที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับมีลมและเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา ทำการวิเคราะห์ปัญหา ดำเนินการวางแผนให้การพยาบาล ดำเนินการให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลตามแบบแผนประเมินสุขภาพของกอร์ดอน และประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยชายไทย อายุ 25 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสระบุรี ด้วยอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนรถยนต์ แพทย์วินิจฉัย Open fracture Left femur with right lung pneumohemothorax รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ทำผ่าตัด Excisional Debridement, Skeletal traction, Open Reduction and Internal Fixation using an Intramedullary Nail พยาบาลที่ต้องมีความรู้ ความสามารถ และทักษะที่จำเป็นในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

คำสำคัญ : การพยาบาล กระดูกต้นขาหักแบบเปิด มีลมและเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด

Abstract

This case study aimed to provide comprehensive nursing care for a 25-year-old Thai male patient who sustained an open fracture of the left femur accompanied by pneumohemothorax of the right lung following a motorcycle collision with a car. The patient was admitted to Saraburi Hospital and was diagnosed with open fracture of the left femur with right lung pneumohemothorax. He underwent surgical procedures including excisional debridement, skeletal traction, and open reduction with internal fixation using an intramedullary nail. Data were collected through a review of the patient's medical records, followed by problem analysis, nursing care planning, implementation, and evaluation during hospitalization. Gordon's Functional Health Patterns were used as a framework for health assessment, and Orem's Nursing Theory was applied to guide nursing interventions.

The study found that a 25-year-old Thai male patient was admitted to Saraburi Hospital due to a motorcycle accident. The doctor diagnosed an open fracture of the left femur with a right lung pneumohemothorax. He was admitted to the hospital for treatment and performed excisional debridement, skeletal traction, open reduction, and internal fixation using an intramedullary nail. Nurses must have the knowledge, abilities, and skills necessary to prepare the patient before, during, and after surgery.

Keywords: Nursing care, Open femur fracture, Pneumohemothorax

บทนำ

โรคกระดูกที่เกิดจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลสระบุรีที่พบบ่อย คือ กระดูกขาหัก ไม่ว่าจะเป็น

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี

กระดูกขาส่วนบนหรือกระดูกขาส่วนล่าง กระดูกต้นขาเป็นกระดูกที่ใหญ่และแข็งแรงที่สุดของร่างกาย มีลักษณะเป็นกระดูกท่อนยาว การที่กระดูกต้นขาหักหรือแยกหักออกจากกันมีสาเหตุเกิดจากถูกแรงกระแทกอย่างรุนแรงบริเวณต้นขา เช่น แรงกระทำโดยตรงจากอุบัติเหตุทางยวดยานพาหนะ ผู้ป่วยจะปวดต้นขา และมีอาการบวม อาจมีก้อนเลือดคั่งอยู่โดยที่กระดูกต้นขาหักทำให้เสียเลือดได้ 1-2 ลิตร ผู้ป่วยอาจช็อกได้ ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อาจทำให้กระดูกที่หักต่อกันได้ไม่ดี ทำให้ขาโก่งได้ ถ้าเป็นกระดูกหักชนิดซับซ้อนอาจทำให้หลอดเลือดแดงฉีก ตกเลือดรุนแรงถึงช็อก หรืออาจทำให้เส้นประสาทฉีกขาดเป็นอัมพาตและชาได้ หรือไม่ก็อาจมีการติดเชื้อรุนแรงจนกลายเป็นโลหิตเป็นพิษได้ บางคนอาจติดเชื้อเรื้อรังกลายเป็นเยื่อกระดูกอักเสบเรื้อรัง การรักษาที่สำคัญและจำเป็นของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก คือ ดึงกระดูกให้เข้าที่ บรรเทาอาการปวด ป้องกันการเกิดภาวะกระดูกติดผิดรูปโดยการใส่เฝือก ใช้อุปกรณ์ในการดึงรั้ง ใส่เครื่องถ่วงน้ำหนัก เช่น skin traction, skeleton traction ทำผ่าตัดใส่เหล็กดามกระดูก เป็นต้น

จากสถิติการบาดเจ็บของประเทศไทยพบว่า ปี 2565 มีผู้เสียชีวิต จำนวน 13,261 คน ปี 2566 เสียชีวิต จำนวน 15,012 คน ปี 2567 เสียชีวิต จำนวน 10,966 คน และพบว่าในจังหวัดสระบุรี มีจำนวนผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตปี 2565 จำนวน 101 คน ปี 2566 จำนวน 103 คน ปี 2567 จำนวน 49 คน[1,2,9] การบาดเจ็บที่พบส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับอวัยวะหลายระบบพร้อมกัน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็วจากระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาททำงานล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต คือสมองได้รับการบาดเจ็บรุนแรง ทางเดินหายใจอุดกั้น หรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ และภาวะมีลมและเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดที่เกิดจากการบาดเจ็บทรวงอกร่วมกับกระดูกต้นขาหัก เป็นภาวะที่คุกคามชีวิตและส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตภายหลังการบาดเจ็บได้[3, 7, 8] การบาดเจ็บที่ทรวงอกมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกายร่วมกับกระดูกต้นขาหักเป็นการบาดเจ็บที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุรุนแรง โดยเฉพาะถ้าเกิดในคนหนุ่มสาว และตำแหน่งที่หักจะมีเลือดออกได้มาก จึงอาจเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด (hypovolemic shock) ได้[4] ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่มีภาวะตกเลือดและช็อกจะมีอัตราการเสียชีวิตสูง ร้อยละ 31 จะมีอัตราการเสียชีวิตภายใน 2 ชั่วโมงแรก[5]

จากสถิติของโรงพยาบาลสระบุรี ปี 2565-2567 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกต้นขาหักแบบเปิด ร่วมกับมีลมและเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดรับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย อ.4 มีจำนวน 8, 2 และ 4 คน ตามลำดับ[6] ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกต้นขาหักแบบเปิดเสี่ยงต่ออันตรายถึงชีวิตได้หากได้รับการวินิจฉัยแยกโรคที่ล้าช้าและการได้รับการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสม สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหักนี้ จึงต้องใช้พยาบาลที่ต้องมีความรู้ ความสามารถ และทักษะที่จำเป็นในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตลอดจนการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นความสำคัญอย่างยิ่งและส่งผลต่อผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมา และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การประเมินและวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบเปิดที่ได้รับการผ่าตัด ร่วมกับมีลมและเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบเปิดที่ได้รับการผ่าตัด ร่วมกับมีลมและเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี โดยดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 26 มกราคม – 6 กุมภาพันธ์ 2568

ขั้นตอนวิธีการดำเนินการ

1. ศึกษาปัญหา อุบัติการณ์ผู้ป่วย ที่เข้าการรักษาในโรงพยาบาล

2. เลือกเรื่องที่ต้องการจะศึกษา

3. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบเปิดที่ได้รับการผ่าตัด ร่วมกับมีลมและเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด โดยศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร งานวิจัย website เพื่อพัฒนาความรู ของตนเองให้มีพื้นฐานและความเข้าใจที่ถูกต้อง

4. คัดเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบเปิดที่ได้รับการผ่าตัด ร่วมกับมีลมและเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 1 ราย ระหว่างปี 2566-2568

5. นำทฤษฎีทางการพยาบาล มาประยุกต์ใช้ในการทบทวน กรณีศึกษาโดยปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวน การพยาบาล คือการรวบรวมปัญหาทางการพยาบาล การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลตามแบบแผนประเมินสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1994) และประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการประเมินผลทางการพยาบาล

6. สรุปกรณีศึกษา

7. ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และทำการแก้ไขตามคำแนะนำ

8. รวบรวมและจัดพิมพ์รายงานผลการศึกษาเป็นรูปเล่ม และตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 25 ปี น้ำหนัก 87 กิโลกรัม ส่วนสูง 183 เซนติเมตร BMI 25.98 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง สถานภาพโสด การศึกษาระดับมัธยมศึกษา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสระบุรี วันที่ 26 มกราคม 2568 เวลา 03.00 น.

อาการสำคัญ หายใจเหนื่อย เจ็บหน้าอก ปวดต้นขาข้างซ้าย 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขับรถจักรยานยนต์ชนรถยนต์ สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ ขาซ้ายบวมผิดรูป มีแผลฉีกขาดบริเวณต้นขาซ้าย 10 เซนติเมตร คลำชีพจรไม่ได้ มีอาการแน่นหน้าอก มีแผลฟกช้ำที่ตาซ้าย มีเลือดออกปากและจมูก มีแผลถลอกที่คางและลำคอด้านซ้าย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา อาหารและสารอื่น ๆ ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร ดื่มสุราเวลามีงานสังสรรค์

การตรวจร่างกายตามระบบ รูปร่างท้วม น้ำหนัก 87 กิโลกรัม สูง 87 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 25.98 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/75 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนังและเล็บ ไม่มีจุดจ้ำเลือด ไม่มีผื่นขึ้นตามร่างกาย ความยืดหยุ่นของร่างกาย good skin turgor ปกติ อุณหภูมิร่างกายพอเหมาะสม่ำเสมอเท่ากันทั่วร่างกาย ความชื้นของผิวหนังชุ่มชื้นดี ผิวหนังละเอียดดี การกระจายของขนสม่ำเสมอดี สีผิวดำแดง ไม่มี Jaundice ไม่มี Cyanosis มีต้นขาซ้ายบวม และมี deformities (รูปร่างผิดรูป) ปลายเท้าไม่บวม เล็บเท้าสีผิวแดงดี

ศีรษะ ผมสั้นสีดำ สะอาด รูปร่างศีรษะ ปกติเท่ากัน

ใบหน้า ปกติเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีบาดแผล

ตา มีแผลฟกช้ำที่ตาซ้าย ขนาดเท่ากันทั้งสองข้าง การมองเห็นชัดเจน ปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตาปกติ ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2 มิลลิเมตร

หู รูปร่างใบหูปกติ การได้ยินชัดเจนดีเท่ากัน ทั้งสองข้าง ต่อมน้ำเหลืองหน้าหูและหลังหูไม่โต

จมูกและโพรงจมูก รูปร่างจมูกปกติ โพรงจมูกไม่มีบาดแผล ก้อนเนื้อหรือติ่งเนื้อยื่นออกมา มีเลือดออกจากจมูก

ปากและช่องปาก ริมฝีปากชุ่มชื้น มีเลือดออกจากปาก

คอ ปกติ ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต มีแผลถลอกที่คางและลำคอด้านซ้าย

ทรวงอกและปอด หน้าอกขยับเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีบาดแผลบริเวณหน้าอก หลอดลมอยู่ตรงกลาง Decrease Breath Sound Right lung อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) 98% ในขณะหายใจปกติ

หัวใจและหลอดเลือด อัตราการเต้นของ หัวใจ 120 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ ฟังไม่พบเสียง Murmur คลำชีพจรบริเวณคอ แขน ขาหนีบแรง เท่ากันทั้งสองข้าง

หน้าท้องและทางเดินอาหาร ลักษณะของผิวหนังและสีของผิวหนังสีน้ำตาล ไม่มีแผลเป็นไม่มีรอยโรคกดไม่เจ็บ ไม่มีก้อน ไม่มี tenderness ตับและม้ามปกติ

ทวารหนัก ไม่พบริดสีดวงทวาร ไม่มีการถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก

อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก อวัยวะเพศปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากอวัยวะเพศ

ระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีแผลถลอกที่ต้นขาข้างขวา ต้นขาข้างซ้ายผิดรูป ต้นขาข้างขวากดเจ็บ ประเมินกาลังของแขนขา (Motor power) แขนทั้ง 2 ข้าง grade 5 ขาซ้าย grade 1 และขาขวา grade 2

ระบบประสาท ประเมินระดับความรู้สติด้วย Glasgow Coma Score (GCS) ได้ 15 คะแนน (E4M5V6) รู้สึกตัวดี ขนาดรูม่านตา (Pupil) 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN 14.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร Creatinine 0.94 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร Sodium 138.8 mmol/L Potassium 3.49 mmol/L Chloride 105.2 mmol/L CO_2 26.1 mmol/L อัตราการกรองของไต (eGFR) 112.24 ml/min/1.7 m^2

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา Chest Portable มีลมและเลือดออกที่ช่องเยื่อหุ้มปอดข้างขวา (Pneumothorax Right lung) และ Film left femur AP Lateral พบ Open Fracture left Femur

FAST ผล negative

ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography : EKG) ผลปกติ

การวินิจฉัยโรค : Open fracture left femur with right lung pneumohemothorax

การรักษา : การผ่าตัด Excisional Debridement, Skeletal traction, Open Reduction and Internal Fixation using an Intramedullary Nail

การวางแผนและให้การพยาบาล

กรณีศึกษารายนี้ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 25 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง สถานภาพโสด การศึกษาระดับมัธยมศึกษา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสระบุรี วันที่ 26 มกราคม 2568 เวลา

03.00 น. ด้วยอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนรถยนต์ แรกรับรู้สึกตัวดี E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE ความดันโลหิต 112/75 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส O_2 saturation 98% Room Air ต้นขาซ้ายผิดรูป มีแผลฉีกขาดบริเวณต้นขาซ้าย 10 เซนติเมตร คลำชีพจรไม่ได้ มีอาการแน่นหน้าอก มีแผลฟกช้ำที่ตาซ้าย มีเลือดออกปากและจมูก มีแผลถลอกที่คางและลำคอด้านซ้าย ขณะอยู่ห้องฉุกเฉิน อาเจียนเป็น coffee ground 100 ml สัญญาณชีพ 90/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที O_2 saturation 95% Room Air ส่งตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, PT, INR, FAST ผล negative Film CXR, Skull AP-lateral ผลปกติ, Left femur AP-lateral ผลพบ Open Fracture left Femur, Pelvis AP ผลปกติ การวินิจฉัย Open fracture Left femur with right lung pneumohemothorax การรักษาใส่สายระบายทรวงอก on ICD no. 32 mask 12 ได้ air และ fresh blood คาสาย, on 0.9% NSS vein load, retained Foley' catheter no 14 with bag urine สีใส 100 ml, retained NG tube for lavage 1500 ml clear, แผลฉีกขาดบริเวณต้นขาซ้ายทำแผลปิดแผลด้วย gauze ไว้เพื่อ stop bleed หลังจากนั้นให้ยา transamine 1 gm vein, ceftriazone 2 gm vein, tramol 1 amp vein, plasil 1 amp vein, omeprazole 80 mg vein หลังจากนั้น ความดันโลหิต 106/58 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 77 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที แพทย์รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย อ.4 วันที่ 27 มกราคม 2568 เวลา 04.15 น.

ระยะก่อนผ่าตัด แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE BP 128/83 mmHg PR 82 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที O_2 sat 98% แพทย์ Set ทำผ่าตัด Excisional Debridement, Skeletal traction, Open Reduction and Internal Fixation using an Intramedullary Nail วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2568

ปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

1) ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดเนื่องจากมีกระดูกต้นขาหัก และอาเจียนเป็นเลือด การพยาบาล ลดการเคลื่อนไหว โดยการ splint ต้นขาซ้ายที่ผิดรูป จัดท่าผู้ป่วยให้นอนยกปลายเท้าสูงเพื่อเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนการเสียเลือดทันทีตามแผนการรักษา on 0.9% NSS 1000 ml Load ใน 30 นาที ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ O_2 saturation ทุก 15 นาทีจนกว่าจะคงที่ on O_2 mask with bag 10 LPM retained NG tube no.18 lavage, retained Foley catheter no 14 with bag keep warm เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypothermia ดูแลให้ได้รับยา Transamine 1 gm และ Omeprazole 80 mg vein ตามแผนการรักษา **ประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O_2 saturation 100% ปัสสาวะสีใส 100 ml, NG : coffee ground 60 ml lavage 1500 ml: clear

2) มีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากมีลมและเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด การพยาบาล แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ อธิบายแผนการรักษาเหตุผลความจำเป็นที่ต้องใส่สายระบายทรวงอก ดูแลการทำงานของ chest drain สังเกตการขึ้นลงของระดับน้ำ (Fluctuation) บันทึกลักษณะ สี จำนวนของ content การทำ milking สายยาง เพื่อช่วยให้ content ที่ค้างในสายไหลสะดวกทำให้ปอดขยายตัวได้ดี การป้องกันอุบัติเหตุจากขวด chest drain ล้มหรือแตกขณะเคลื่อนย้ายโดยการเตรียม clamp หุ้มยางไว้อย่างน้อย 2 ตัว เมื่อเกิดเหตุใช้ได้ทันทีป้องกันไม่ให้อากาศภายนอกเข้าสู่ปอด monitor vital sign, O_2 saturation ทุก 15 นาที ถ้าพบว่าความดันโลหิตลดลง < 90/60 มิลลิเมตร

ปรอท ชีพจรเต้นเร็ว > 100 ครั้ง/นาที หายใจหอบลึก > 24 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทันที ประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 ความดันโลหิต 110/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O_2 saturation 100% on ICD no.32 mask 12 ได้ air และ fresh blood คาสายส่ง CXR ซ้ำขยับ mask 8

3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันเพิ่มขึ้นในช่องกล้ามเนื้อ (Compartment syndrome) จากกระดูกต้นขาหัก การพยาบาล ประเมินภาวะ Compartment syndrome โดยใช้หลัก 7 P ประเมิน ทุก 30 นาที – 1 ชั่วโมง คือ 1. Pain: อาการปวดรุนแรง เป็นอาการแสดงสำคัญที่สุดในระยะเริ่มแรก อาการปวดจะไม่ดีขึ้นแม้จะได้รับยาบรรเทาปวด 2. Pulseless: คลำอัตราการเต้นของหัวใจ ของอวัยวะส่วนปลายไม่ได้ 3. Pallor: อาการซีดของอวัยวะส่วนปลาย 4. Paresthesia: มีอาการชา รู้สึกเจ็บลดลง(มักพบได้ในช่วงแรก ๆ และมักกลับเป็นปกติได้หลังการรักษา) 5) Paralysis: เคลื่อนไหวไม่ได้ อ่อนแรง 6) Passive stretch: ปวดมากขึ้นเมื่อถูกยืดกล้ามเนื้อ โดยการดันนิ้วของผู้ป่วย 7) Palpable Tenseness หรือ Puffiness: อวัยวะส่วนปลายบวมตึงอย่างเห็นได้ชัด คลายสิ่งของเครื่องดามภายนอกที่ทาให้เกิดการบีบรัดหรือขัดขวางการไหลเวียนเลือด จัดท่านอน โดยยกขาสูงเท่ากับระดับหัวใจ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือด และป้องกันอาการบวม **ประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะความดันเพิ่มขึ้นในช่องกล้ามเนื้อ (Compartment syndrome) ไม่มีอาการและอาการแสดงจากการบีบรัดของเฝือก สามารถเคลื่อนไหวนิ้วเท้าได้

4) ไม่ได้รับความสุขสบายเนื่องจากการปวดกระดูกหักที่ต้นขาซ้าย การพยาบาล แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงการบาดเจ็บ อธิบายแผนการรักษา เหตุผลความจำเป็นในการตรึง (splint) กระดูกที่มีความผิดรูปเพื่อ ลดความเจ็บปวด ลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อรอบบริเวณกระดูกหัก ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง ทุก 10-15 นาที ประเมินความปวด การลดความเจ็บปวดโดยการดามหรือประคองให้กระดูกอยู่นิ่ง ๆ การประคบเย็นจะช่วยลดอาการบวม ลดการสูญเสียเลือดและการบาดเจ็บที่รุนแรงขึ้น การประเมินการไหลเวียนเลือดสีผิว อุณหภูมิ อาการบวม การเคลื่อนไหวและความรู้สึกการชา ปวด การรับรู้การสัมผัส ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดอาการปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ tramol 1 amp vein และ plasil 1 amp vein **ประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O_2 saturation 100% อาการปวดทุเลา Pain score 5 คะแนน

5) ผู้ป่วยมีปัญหาในการพูดติดต่อสื่อสารเนื่องจากมีแผลในช่องปาก อ้าปากลำบาก การพยาบาล ประเมินความสามารถในการสื่อสาร ผู้ป่วยอ้าปากได้น้อย เวลาพูดแสดงอาการเจ็บปวด จัดเตรียมอุปกรณ์สื่อสาร เช่น กรดาษ ปากกา วาง ให้ผู้ป่วยหยิบสะดวก ให้เวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วย ไม่แสดงอาการเบื่อหน่าย **ประเมินผล** ผู้ป่วยใช้การเขียนหนังสือในการสื่อสาร และพยายามพูดช้า ๆ

6) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ กลัวอันตรายจากการผ่าตัดและไม่ทราบการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด การพยาบาล สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร รับรู้และประเมินความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยต่อการผ่าตัด พูดคุย ซักถามให้ผู้ป่วยระบายความในใจ ความกังวลและสังเกตพฤติกรรม ตอบข้อข้องใจ ตลอดจนการให้กำลังใจและหลีกเลี่ยงคำพูดที่เพิ่มความกังวล ให้ความรู้และคำแนะนำตามความเหมาะสมเกี่ยวกับการผ่าตัด ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียน การลงนามยินยอมรับการผ่าตัด ตรวจสอบสิทธิการรักษา **ประเมินผล** ผู้ป่วยแสดงสีหน้าคลายความวิตกกังวล ตอบข้อซักถามกับโรคที่เป็นอยู่ การผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อนและหลังการ

ผ่าตัดได้ถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัด แสดงออกทางสีหน้า แววตายอมรับการผ่าตัด

7) อาจเกิดแผลกดทับเนื่องจากจำกัดการเคลื่อนไหว การพยาบาล ประเมินความเสี่ยงโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยง Braden Scale เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การรับรู้ ความเปียกชื้น การเคลื่อนไหว และภาวะโภชนาการ ดูแลผิวหนัง ทำความสะอาดและดูแลผิวหนังให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ โดยเฉพาะบริเวณที่มีปุ่มกระดูก. ลดแรงกดทับ พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ใช้ที่นอนลมหรือที่นอนพิเศษเพื่อลดแรงกดทับ และใช้หมอนหรือเบาะรองเพื่อกระจายแรงกด ส่งเสริมการเคลื่อนไหว แนะนำให้ผู้ป่วยขยับแขนขาและข้อต่อต่างๆ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และป้องกันข้อติด ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับ การดูแลผิวหนัง และการพลิกตะแคงตัว ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของผิวหนัง **ประเมินผล** ตรวจสอบผิวหนังบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เช่น บริเวณปุ่มกระดูกไม่พบรอยแดง รอยถลอก หรือรอยแผล ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองได้เล้กน้อย สอบถามผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ. ประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และปรับแผนการพยาบาลตามความเหมาะสม

ระยะหลังผ่าตัด รับกลับจากห้องผ่าตัดภายหลังทำผ่าตัด ORIF with retrograde femoral nail left (retrograde femoral IM nail zimmer size 11 length) under spinal block with morphine ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมิน sedation score 0 คะแนน ไม่บ่นปวดแผลผ่าตัด pain score 0 คะแนน ผู้ป่วยสูญเสียเลือด 100 มิลลิลิตร ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนและคันตามร่างกาย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 125/60 มิลลิเมตรปรอท on O_2 canula 3 LPM ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100% on IVF เป็น LRS vein drip 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แผลผ่าตัดบริเวณต้นขาปิด gauze fixumull และ elastic bandage ไว้แห้งดี ไม่มีเลือดซึม ขาซ้ายบวม ตึงเท่าเดิมกับก่อนผ่าตัด ปลายเท้าอุ่นไม่เย็น ไม่ซีด คลำชีพจรที่หลังเท้า (dorsalis pedis pulse) ได้ชัดเจน ขา 2 ข้างชาแต่สามารถกระดกข้อเท้าขึ้นลงได้ (ankle pumping) เคลื่อนไหวขาได้แต่ยังไม่สามารถต้านแรงได้ บ่นว่าหนักขา ประเมินระยะเวลาที่สีของเล็บกลับเป็นปกติคือ เมื่อกดเล็บแล้วปล่อย (capillary refill time)ใช้เวลาน้อยกว่า 3 วินาที retained foley's catheter ปัสสาวะออก 90 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สีเหลืองใส หลังผ่าตัดแพทย์ได้ฟิล์มเอกซเรย์ Left femur ที่ห้องผ่าตัดก่อนส่งขึ้นหอผู้ป่วย ผลฟิล์มเอกซเรย์ ปกติ

ปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

1) ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดบริเวณแผลผ่าตัดขาข้างซ้าย การพยาบาล ประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยโดยใช้มาตรวัดระดับความปวด พร้อมทั้งสังเกตสีหน้าท่าทางที่ผู้ป่วยแสดงออก รวมทั้งคำบอกเล่าของผู้ป่วย ดูแลให้ได้พัก บริเวณต้นขาซ้ายอยู่นิ่ง จัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย และยกบริเวณต้นขาซ้ายให้สูงโดยวางบนหมอนเพื่อลดการคั่งของเลือดที่อวัยวะส่วนปลาย ซึ่งจะทำให้บวมและปวด ตรวจดูการพัน Elastic bandage ที่แผลผ่าตัดว่าแน่นหรือหลวมเกินไปหรือไม่ โดยการประเมินการไหลเวียนโลหิตที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย โดยการทำ Blanching test การทำงานของระบบประสาท และระบบไหลเวียน (Neurovascular status) โดยการประเมิน 5 P's ถ้าพบว่าผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ การเคลื่อนย้ายหรือเปลี่ยนท่าต้องทำช้าๆ ไม่เร่งรีบ เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนบริเวณกระดูกต้นขาซ้ายที่หัก เพราะอาจทำให้มีการเคลื่อนที่ของกระดูกที่หักไปทิ่มแทงอวัยวะอื่น หรือหลอดเลือด หรือเส้นประสาทบริเวณใกล้เคียงได้ เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความเจ็บปวด เช่น ชวนพูดคุย อ่านหนังสือ ทำสมาธิ ฟังเพลง

เป็นต้น ดูแลให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ **ประเมินผล** ผู้ป่วยปวดแผลลดลง ระดับความปวดอยู่ในระดับ 3-4 เคลื่อนไหวต้นขาซ้ายได้มากขึ้น สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยขอยาบรรเทาปวดลดลง ไม่เกิดอาการข้างเคียงภายหลังได้รับยาและพักผ่อนได้มากขึ้น

2) เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด การพยาบาล สังเกตลักษณะแผล อาการปวด บวม แดง ร้อน หรือมี discharge มีหนองซึม ซึ่งเป็นอาการผิดปกติที่บ่งบอกถึงแผลอาจเกิดการติดเชื้อได้ แล้วรายงานให้แพทย์ทราบ เพื่อให้แผนการรักษาเพิ่มขึ้น ดูแล Radivac drain ไม่ให้หักพับงอหรือหลุดและอยู่ในระบบปิด พร้อมทั้งบันทึกจำนวน ลักษณะ และสีของ discharge dry dressing แผลผ่าตัดวันละ 1 ครั้ง ด้วยหลัก Aseptic Technique และทำแผลเพิ่ม เมื่อมีเลือดหรือ discharge ซึมเพื่อให้แผลสะอาด บันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย ถ้า > 37.5 องศาเซลเซียส ให้ประเมินทุก 4 ชั่วโมง ดูแลทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย แนะนำการดูแลบาดแผลไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่แกะ เกาบาดแผล ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ และส่งเสริมการหายของแผล เช่น เนื้อ นม ไข่ เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งสังเกตผลข้างเคียงของยา ก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้งต้องล้างมือให้สะอาด เพื่อป้องกันเชื้อภายนอกสู่ผู้ป่วย จัดสภาพแวดล้อม ผ้าปูเตียงให้สะอาด ไม่ให้มีแหล่งสะสมของเชื้อโรค **ประเมินผล** แผลผ่าตัดแห้งสะอาดดี ไม่มีบวมแดงติดเชื้อ อุณหภูมิร่างกายหลังผ่าตัด อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในช่วง 37 – 37.4 องศาเซลเซียส

3) อาจเกิดภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดหลังการถอดท่อระบายทรวงอกออก การพยาบาล ประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยที่ถอดท่อระบาย เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการถอดท่อระบายทรวงอก อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าขณะนี้ปอดขยายตัวดีแล้ว แพทย์จะถอดท่อระบายทรวงอกออกให้ โดยดึงท่อยางออกขณะที่ผู้ป่วยกลั้นหายใจในช่วงสุดท้ายของการหายใจออก ฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออกลึกๆ อย่างเต็มที่ หลังการหายใจออกให้กลั้นหายใจไว้สักครู่ ช่วยแพทย์ในการถอดท่อระบายทรวงอกโดยเตรียมของใช้ให้พร้อมกั้นม่านปิดตาให้ผู้ป่วย เปิดแผลและทำความสะอาดรอบแผลด้วยแอลกอฮอล์ 70% หรือใช้น้ำฆ่าเชื้ออื่นตัดไหมที่ยึดท่อระบายออกโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ หรือคลายปมที่ยึดท่อระบายทรวงอก ดึงท่อระบายทรวงอกโดยเร็วพร้อมกับปิดแผลด้วยวาสลีนก๊อสทันทีแล้วบอกให้ผู้ป่วยหายใจโดยเร็ว ปิดทับแผลด้วยผ้าปิดแผลชนิดยางยืด ประเมินและบันทึกชีพจร การหายใจทุก 15 นาที 2 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง ถ้าไม่มีอาการผิดปกติประเมินทุก 4-8 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง สอนให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติภายหลังถอดท่อระบายทรวงอก เช่น แน่นหน้าอก หายใจลำบาก เจ็บแผลมาก หรือมีไข้ ถ้ามีอาการดังกล่าวให้แจ้งให้พยาบาลหรือแพทย์ทราบ แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลบาดแผลไม่ให้แผลเปียกน้ำ ห้ามเปิดผ้าปิดแผลเอง และบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าจะปิดแผลไว้ประมาณ 3 วัน แล้วเปิดแผลดูพร้อมทั้งทำความสะอาดให้ ถ้ายังมีไหมเย็บเหลืออยู่จะตัดไหมให้หลังถอดท่อระบายออก 5-7 วัน ส่งผู้ป่วยไปถ่ายภาพรังสีทรวงอกภายหลังถอดท่อระบายทรวงอกออก ติดตามผลและรายงานให้แพทย์ทราบ **ประเมินผล** ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการถอดท่อระบายทรวงอก ภายหลังถอดท่อระบายทรวงอกออกสัญญาณชีพปกติไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.8-37 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18-22 ครั้ง/นาที ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกซ้ำ ไม่มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดเพิ่มขึ้น ปอดขยายตัวดี

4) เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม จากความสามารถในการทรงตัวไม่มี และจากการใช้ไม้ค้ำยัน การพยาบาล ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยถ้ามีอาการอ่อนเพลียมาก วิงเวียนศีรษะ

หน้ามืดจะเป็นลม แสดงว่าไม่พร้อมในการหัดเดิน ให้นอนพักก่อน แนะนำอาหารบำรุงเลือด อาหารที่มีธาตุเหล็ก ตับ เครื่องในสัตว์ต่าง ๆ และแนะนำอาหารที่มีประโยชน์พวกโปรตีน วิตามิน เกลือแร่ และแร่ธาตุต่าง ๆ เพื่อบำรุงร่างกายให้แข็งแรงให้หายอ่อนเพลีย และร่างกายพร้อมที่จะฝึกหัดเดิน เมื่อร่างกายมีความพร้อมที่จะฝึกหัดเดิน แนะนำวิธีการลุกนั่ง โดยให้พลิกตะแคงตัวมาทางขาข้างที่ดีให้ใกล้ขอบเตียงมากที่สุด งอเข่าทั้ง 2 ข้าง และสะโพกเล็กน้อย ใช้ข้อศอกและมือยันที่นอนและลุกขึ้นนั่ง พร้อมกับขยับขาออกจากขอบเตียง การลุกยืนเมื่อนั่งห้อยเท้าบนเตียงแล้ว ยืนโดยใช้เท้าข้างที่ดีวางบนนั้น ส่วนข้างที่ทำผ่าตัดห้ามลงน้ำหนัก เด็ดขาด ยืนให้ตรงให้น้ำหนักอยู่บนเท้า และขาข้างที่ดี โดยใช้ไม้ค้ำยัน การหัดเดินครั้งแรก พยาบาลจะประสานงานกับกายอุปกรณ์และนักกายภาพบำบัด โดยให้กายอุปกรณ์วัดขนาด ความสูงของไม้ค้ำยันให้พอดีกับผู้ป่วย และนักกายภาพจะเป็นผู้สอน ผู้สาธิต และดูแลการเดินของผู้ป่วยในครั้งแรก พยาบาลติดต่อประสานงานกับนักกายภาพให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้ถูกต้อง และมั่นคงแล้วถึงจะต้องส่งผู้ป่วยไปให้นักกายภาพหัดเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน **ประเมินผล** ผู้ป่วยหัดเดินวันแรกยังเดินไม่ค่อยได้ดีเพราะยังเวียนศีรษะ หลังจากนั้นส่งหัดเดินให้นักกายภาพบำบัดสอนอีกครั้ง ผู้ป่วยสามารถทรงตัวได้ดีและเดินได้ถูกต้อง

5) ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน การพยาบาล ประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับ การจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยให้เป็นระเบียบไม่วางของเกะกะขวางทางเวลาเดิน พื้นบ้าน พื้นห้องน้ำเรียบแห้งและไม่ลื่น แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบถ้วนทุกหมู่ และอาหารพวกโปรตีน เนื้อ นม ไข่ วิตามิน เกลือแร่ แคลเซียม เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรง และบำรุงกระดูกเสริมสร้างการหายของแผล พักผ่อนให้เพียงพอทั้งร่างกายและจิตใจ อยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก การอาบน้ำแต่งตัวให้ฝึกทำเอง ระมัดระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ทำแผลที่สถานพยาบาลใกล้บ้านทุกวัน วันละ 1 ครั้ง และสังเกตอาการผิดปกติ เช่น แผลบวม แดง มีหนองไหล ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนนัดไว้ ในช่วงแรกที่ยังไม่ได้ตัดไหมให้ผู้ป่วยเช็ดตัวไปก่อน ไม่ให้แผลเปียกน้ำ ภายหลังตัดไหมเรียบร้อยแล้ว แผลแห้งปิดสนิทดีแล้ว จึงสามารถอาบน้ำได้ รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ให้รับประทานให้ครบตามจำนวนแพทย์ที่สั่ง ห้ามหยุดยาเอง ถ้ามีอาการผิดปกติจากการใช้ยา เช่น มีผื่นคันขึ้นตามตัว หรือรับประทานอาหาร ยาบรรเทาอาการปวดขา แล้วมีอาการปวดจุกท้องมากหรือมีถ่ายอุจาระดำ ให้รีบมาพบแพทย์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวัน ขาที่ทำผ่าตัดออกกำลังกาย โดยการเกร็งกล้ามเนื้อสามารถหมุนข้อต่าง ๆ ได้ตามปกติ การเดินไม้ค้ำยันให้ถูกต้องตามที่ฝึกหัด ให้ระมัดระวังอุบัติเหตุ และไม่ให้ลงน้ำหนักขาข้างซ้ายจนกว่าแพทย์จะลงความเห็นให้ลงน้ำหนักได้ รักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อม เพื่อมิให้แผลติดเชื้อโรคภายนอกได้ และการมาตรวจตามแพทย์นัด **ประเมินผล** ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน อาการผิดปกติที่ควรรับมาพบแพทย์ การบริหารกล้ามเนื้อและข้อ การเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน การรักษาความสะอาดแผลผ่าตัด และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้ถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็ว ได้ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อหัดเดินด้วยไม้ค้ำยัน ผู้ป่วยสามารถเดินได้ดีใช้ไม้ค้ำยันได้ถูกต้อง แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มี discharge อาการปวดแผลลดลง สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำและเข้าใจในการให้คำแนะนำได้ดี วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2568 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมอยู่โรงพยาบาล 11 วัน และนัดมาพบแพทย์อีก 2 สัปดาห์ วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด แพทย์ตรวจดูแผลผ่าตัด พบว่าแผลแห้งและติดดี ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี แต่ยังต้องระมัดระวังเกี่ยวกับการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน ยังไม่สามารถลงน้ำหนักขาซ้ายได้ ตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทั้ง

ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ ด้วยความสดชื่น แจ่มใส ปราศจากโรคแทรกซ้อนใด ๆ ได้รับการวางแผนจำหน่าย การดูแลตนเองที่บ้าน โดยพยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้กระดูกต้นขาซ้ายหักแบบเปิดที่ได้รับการผ่าตัด ร่วมกับมีลมและเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ได้ให้การพยาบาลศึกษา ติดตามและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 11 วัน (วันที่ 26 มกราคม – 6 กุมภาพันธ์ 2568) พบปัญหาผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด คือ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวการผ่าตัด และวิตกกังวลว่าหลังผ่าตัดจะพิการไม่สามารถใช้ขาได้เหมือนเดิม ได้ให้การพยาบาลโดยสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ซักถามระบายความรู้สึก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เช่น การเตรียมผิวหนังให้สะอาด การงดอาหารและน้ำ ภาวะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ตลอดจนปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ ให้พร้อมใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้ให้การพยาบาลโดยการอธิบายวิธีปฏิบัติตัวและการสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัดด้วยการทำความสะอาดแผลวันละครั้ง ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ การสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาฉีดแก้ปวด และยาปฏิชีวนะ การรับประทานอาหารที่ช่วยเสริมการหายของแผล และเสริมสร้างกระดูกและมีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ถั่ว สอนวิธีออกกำลังกายเพื่อบริหารฟื้นฟูกล้ามเนื้อ ข้อต่อไม่ให้ฝ่อลีบ และยึดติด การใช้ไม้ค้ำยันไม่ทิ้งก่อนที่แพทย์จะแจ้งให้ทราบ อธิบายวิธีปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านและภาวะแทรกซ้อนที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น การอักเสบ บวม แดง ของแผลผ่าตัด การมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามผลการรักษาผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดกระดูกต้นขา ไม่มีการอักเสบติดเชื้อ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ยังต้องหลีกเลี่ยงการลงน้ำหนักและการทำงานหนักอยู่[7,8,9]

ข้อเสนอแนะ

1. ในการพัฒนาสู่โรงพยาบาลคุณภาพ ได้มีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยคือยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้เกิดความพึงพอใจในด้านการรักษาพยาบาล พยาบาลควรมีความรู้ ความชำนาญและใช้ระบบบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้มารับบริการ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการค้นหาปัจจัยเสี่ยง การป้องกันและลดความเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการและควรได้รับการอบรม ศึกษาดูงานเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

2. ควรจัดทำเอกสารคู่มือ การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดไว้แจกผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอ่านทบทวนและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง สามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ควรมีการจัดประชุมวิชาการ อบรม แลกเปลี่ยนความรู้กันระหว่างหน่วยงาน เพื่อหาแนวทางในการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1.สุพัตรา อยู่สุข, พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, พิจริยา เจริญรัตน์, น้ำผึ้ง นิลสนธิ.(2560). พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2560; 13(2): 39-49.

2.วีรพล แก้วแปงจันทร์, สุภารัตน์ วังศรีคูณและอัจฉรา สุคนธสรรพ์.(2561). สถานการณ์การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บและการจัดการก่อนการเสียชีวิต. พยาบาลสาร. 2561; 45(3): 35-45.

3.ปทิตตา เสนะคุณ.(2564). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด. 2564; 6(1): 23-28.

4.วิทเชษฎ์ พิชัยศักดิ์. (2563). การรักษากระดูกหักด้วยการผ่าตัดดามโลหะ. สืบค้น 1 มีนาคม 2568, จาก https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=158.

5.ไสว นรสาร.(2563). การพยาบาลผู้บาดเจ็บ. กรุงเทพมหานคร. ไอเดีย อินสแตนท์; 2563.

6.งานเวชระเบียน. สถิติผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ปี 2565-2567. โรงพยาบาลสระบุรี; 2565-2567.

7.ประภา แก้วพวง.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปวดและกระดูกหัก. วารสารรพศ/รพท เขต 4. 2567; 16(3): 235-241.

8.รภัทรภร แก้วล้อม.(2563). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง ร่วมกับมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2563; 29(2): 39-52.

9.วรนุช วงษ์เจริญ.(2560). ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้าน. วารสารวิจัยพัฒนาระบบงานสาธารณสุขแพร่, 2560; 7(6): 125-127.

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครองอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of care for type 2 diabetic patients to enter diabetes remission, Ban Na Champa Subdistrict Health Promotion Hospital, Don Chan District, Kalasin Province.

(Received: August 24,2025 ; Revised: August 27,2025 ; Accepted: August 29,2025)

ธวัธชัย ค่อมค้อ[1]
Thawatchai Komkho[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทอลอง(Quasi Experiment) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มิถุนายน 2568 ถึง กันยายน 2568 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2568 ถึง สิงหาคม 2568 รวม 4 เดือน จำนวน 48 ราย เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและการตรวจ HbA1C วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ยกเว้นด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับเหมาะสม การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ และระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินการ โดยมีค่า HbA1C เท่าเดิม จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 และมีค่า HbA1C ลดลง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรคเบาหวานระยะสงบ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to study the current state of care for type 2 diabetes patients and to study the care model for type 2 diabetes patients entering remission at Ban Kut Krong Subdistrict Health Promoting Hospital, Don Chan District, Kalasin Province. The study period was from June 2025 to September 2025 (3 months). The sample consisted of 48 type 2 diabetes patients who were admitted to Ban Kut Krong Subdistrict Health Promoting Hospital, Don Chan District, Kalasin Province, from May 2025 to August 2025 (4 months). Data were collected using questionnaires and HbA1C tests. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and dependent t-test.

The study results revealed that after implementing the diabetes care model, the overall and individual health behaviors of type 2 diabetes patients at Ban Kut Krong Subdistrict Health Promoting Hospital, Don Chan District, Kalasin Province, were at a very appropriate level, with the exception of exercise, which was at an appropriate level. A comparison of the health behaviors of type 2 diabetes patients before and after the intervention revealed statistically significant differences at the 0.05 level. After the intervention,

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครองอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

the health behaviors of type 2 diabetes patients were higher than before the intervention. HbA1C levels of type 2 diabetes patients before and after the intervention were also statistically significant differences at the 0.05 level. After the intervention, the HbA1C levels of type 2 diabetes patients were better than before, with 12 patients (25.0%) maintaining their HbA1C levels and 36 patients (75.0%) decreasing their HbA1C levels.

Keywords: Type 2 diabetes care, remission diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) เป็นประเภทที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ใหญ่ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากความต้านทานอินซูลินและการทำงานผิดปกติของเซลล์ตับอ่อน[1] จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมีจำนวนสูงถึงกว่า 830 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากปัจจัยด้านวิถีชีวิต เช่น อาหารที่มีแคลอรีสูง การขาดการออกกำลังกาย และอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ[2] โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายเรื้อรัง และภาวะแผลเรื้อรังบริเวณเท้า[3] ส่งผลให้ภาระทางเศรษฐกิจของระบบสาธารณสุข และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมาคมเบาหวานนานาชาติ พบว่า ร้อยละ 77 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเคยประสบกับภาวะสุขภาพจิตเป็นผลจากโรคเบาหวานของตนเอง ร้อยละ 79 ของผู้ที่มีชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานเคยประสบกับภาวะความเหนื่อยล้าจากการเผชิญโรคเบาหวาน (diabetes burnout) และร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องการการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและอารมณ์เพิ่มเติมจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพของตนเอง[4]

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยยังคงน่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง โดยในปี 2025 พบว่าคนไทยประมาณ 1 ใน 10 คน หรือราว 6.5 ล้านคน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สำคัญคือราว 40% ของผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งหมายถึงจำนวนผู้ป่วยที่แท้จริงอาจสูงกว่านี้อีกมาก จากแนวโน้มในระยะหลังจะพบว่าจำนวนผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละราว 300,000 คน ข้อมูลทางระบาดวิทยาระบุว่าอุบัติการณ์โรคเบาหวานในประชากรไทยต่อเนื่องสูงขึ้นทุกปี และคาดว่าในอนาคตก็ยังคงเพิ่มสูงต่อเนื่อง ผลกระทบด้านลบของโรคเบาหวานในประเทศไทยคือ การสูญเสียสุขภาพและชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย ตาบอด รวมถึงภาวะทุพพลภาพถาวร โรคเบาหวานสร้างภาระค่าใช้จ่ายมหาศาลทั้งของบุคคล ครอบครัวและระบบสาธารณสุข นำไปสู่ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล การสูญเสียรายได้จากการขาดงานและการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในกลุ่มคนวัยแรงงาน ซึ่งกลายเป็นปัญหาสำคัญของสังคมและเศรษฐกิจไทย[5]

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในปัจจุบันมีทั้งแนวทางการรักษาด้วยยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การจัดทีมสหสาขาวิชาชีพ และการติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิด รูปแบบสำคัญคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การลดน้ำหนักและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการควบคุมอาหารและการใช้ยาเมตฟอร์มินหรือสารลดน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสม การดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission) เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การลดน้ำหนักอย่างเข้มงวด การควบคุมอาหารโดยลดคาร์โบไฮเดรตและไขมันที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้ระดับ

น้ำตาลในเลือดลดลงจนไม่ต้องพึ่งพายาอย่างต่อเนื่อง โดยต้องติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิดด้วยการตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และมีทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลอย่างครบถ้วน การดูแลแบบนี้เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการโรคร่วมกับการสนับสนุนทางสุขภาพจิตและแรงจูงใจ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนของการรักษาในระยะยาว ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญที่กรมควบคุมโรคและหน่วยงานสาธารณสุขไทยส่งเสริมให้ใช้ในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีประสิทธิผลและลดภาระโรคในชุมชน[2]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คือหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในชุมชน มีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขแบบองค์รวม โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ ตลอดจนร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นและชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากเป็นจุดเชื่อมโยงสำคัญในการดูแลระยะยาว ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่องในระดับชุมชน รวมทั้งส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลือกบริโภคอาหารอย่างถูกหลัก การกระตุ้นให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอารมณ์และลดความเครียด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีหน้าที่คัดกรองโรคเบาหวาน ประเมินภาวะแทรกซ้อน ให้การส่งต่อกรณีจำเป็น และดำเนินกิจกรรมสุขภาพร่วมกับภาคีในชุมชน จึงเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมโรคและเข้าสู่ระยะสงบได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อสร้างแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน เพิ่มประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้สามารถเข้าสู่ภาวะโรคสงบ ลดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi Experiment) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มิถุนายน 2568 ถึง กันยายน 2568 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ อายุไม่เกิน 60 ปี และป่วยไม่เกิน 10 ปี ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2568 ถึง สิงหาคม 2568 รวม 4 เดือน จำนวน 48 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) และขึ้นทะเบียนรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. มีระยะเวลาป่วย ไม่เกิน 10 ปี นับจากวันที่ได้รับการวินิจฉัย

3. สามารถสื่อสารและสามารถทำความเข้าใจแบบสอบถามหรือคำชี้แจงได้

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีประวัติหรือกำลังป่วยด้วย โรคทางร่างกายหรือจิตใจรุนแรง ที่อาจรบกวนการเข้าร่วมโครงการ เช่น โรคมะเร็งระยะลุกลาม ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง โรคจิตเภท

2. มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวาน (เช่น ไตวายระยะสุดท้าย ตาบอดจากเบาหวาน แผลเบาหวานเรื้อรังขั้นรุนแรง) ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในโครงการ

3. เป็น หญิงตั้งครรภ์หรืออยู่ในช่วงให้นมบุตร

4. ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ หรือไม่สามารถเข้าร่วมการติดตามหรือกิจกรรมการวิจัยครบตามที่กำหนด

5. ไม่ยินยอม เข้าร่วมการวิจัย หรือขอถอนตัวระหว่างการศึกษ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยที่กิจกรรม/ขั้นตอนของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ และการสรุปผลการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ(ทุกวัน) เท่ากับ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบางครั้ง (4 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัตินานๆครั้ง (1 – 2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ทำเลย หมายถึง ไม่ทำเลย เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[6]

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

3.41 – 4.20 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสม

2.61 – 3.40 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับพอใช้

1.81 – 2.60 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

1.00 - 1.80 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลอง

คุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. การกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสรุปผลการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครอง อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครองอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับต้องปรับปรุง หลังดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ยกเว้นด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับเหมาะสม

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครองอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดเรื่องอาหาร แนวคิดเรื่องการนอน แนวคิดเรื่องการออกกำลังกาย และแนวคิดการจัดการความเครียด

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
ด้านการบริโภคอาหาร	2.46	0.44	4.57	0.28	47	-24.512	.000	-2.27404	-1.92908
ด้านการออกกำลังกาย	2.41	0.61	4.43	0.43	47	-16.028	.000	-2.26861	-1.76264
การผ่อนคลายความเครียด	2.39	0.49	4.69	0.29	47	-24.632	.000	-2.48334	-2.10832
ด้านการกินยาและพบแพทย์	2.47	0.52	4.54	0.34	47	-20.645	.000	-2.27491	-1.87092
การนอนอย่างมีคุณภาพ	2.30	0.34	4.52	0.27	47	-29.992	.000	-2.37313	-2.07478
รวม	2.41	0.36	4.55	0.23	47	-28.226	.000	-2.29464	-1.98932

4. ระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2) โดยที่ภายหลังการดำเนินงานระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินการ โดยมีค่า HbA1C เท่าเดิม จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 และมีค่า HbA1C ลดลง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
HbA1C	9.97	1.63	9.38	1.59	47	6.884	.000	.42172	.76995

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครองอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับต้องปรับปรุง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ชัญญ์นิฏฐ์ วงศ์อุดมกอง และคณะ[7] ได้ศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการดำเนินโครงการ ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยของค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เท่ากับ 8.52 ค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) เท่ากับ 146 mg% คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานส่วนใหญ่คะแนนระดับปานกลาง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครองอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดเรื่องอาหาร แนวคิดเรื่องการนอน แนวคิดเรื่องการออกกำลังกาย และแนวคิดการจัดการความเครียด โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จาก คู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.สำหรับแกนนำสุขภาพ[8,9] ร่วมกับแนวทางการดำเนินงาน การดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ ส่งผลให้ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลบ้านกุดครองอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ยกเว้นด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับเหมาะสม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สันติ โพธิ์ทอง, ประเสริฐ เล็กสรรเสริญ[10] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ จังหวัดนนทบุรี พบว่า ภายหลังการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมฯ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.001) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ลดลงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.001) และลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.001 , P<.05 และ P<.05 ตามลำดับ) และทำให้ ระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินการ โดยมีค่า HbA1C เท่าเดิม จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 และมีค่า HbA1C ลดลง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์, ประวิช ขุนนิคม[11] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ: กรณีศึกษา โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกระบี่ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบของ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกระบี่ โดยประยุกต์จากแนวทางการดูแลของ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาสถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบ และ 3) การประเมินผล กลุ่มผู้ให้ข้อมูล 31 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วย 20 คน และผู้ปฏิบัติงาน ใน โรงพยาบาล 11 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ นักวิชาการสาธารณสุข โภชนากร แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ ประกอบด้วย 3 ระยะ 8 องค์ประกอบ คือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมเข้าสู่โรงเรียนเบาหวาน (2 องค์ประกอบ) เน้นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่โรงเรียนเบาหวาน ระยะที่ 2 ระยะเข้าสู่การดูแลผู้ป่วยให้เข้าสู่ระยะสงบ (4 องค์ประกอบ) โดยให้การดูแลผู้ป่วยเป็น รายกรณีเพื่อสนับสนุนการเข้าสู่ระยะสงบ และระยะที่ 3 ระยะประเมินผล การดำเนินการ ในผู้ป่วย (2 องค์ประกอบ) โดยประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ก่อน-หลัง จากค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการ ดูแลมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1c ลดลง 0.72 (95% CI: 0.31-1.12) อย่างมี นัยสำคัญ ทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า หลังดำเนินการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดครองอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยที่ภายหลังการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงานมีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ จึงควรส่งเสริมให้ดำเนินการจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดเรื่องอาหาร แนวคิดเรื่องการนอน แนวคิดเรื่องการออกกำลังกาย และแนวคิดการจัดการความเครียด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Goyal R, Singhal M, Jialal I. Type 2 Diabetes. [Updated 2023 Jun 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513253/
2. World Health Organization (WHO). (2024). Diabetes. [Online] https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_13. Katherine McDermott, Michael Fang, Andrew J.M. Boulton, Elizabeth Selvin, Caitlin W. Hicks; Etiology, Epidemiology, and Disparities in the Burden of Diabetic Foot Ulcers. Diabetes Care 2 January 2023; 46 (1): 209–221. https://doi.org/10.2337/dci22-0043
4. International Diabetes Federation (IDF).(2024). Annual Report 2024.
5. Hfocus. (2024). “สมศักดิ์” รณรงค์วันเบาหวานโลก 2567 ชี้คนไทยป่วย 6.5 ล้าน ... เข้าถึงได้จาก https://www.hfocus.org/content/2024/11/32233
6. Best, J.W. (1991). Research in education (8th ed.). New Delhi: V. k. Batra at Peart officer Prees.
7. ชัญญ์นิฏฐ์ วงศ์อุดมกอง สุภาพร สุวรรณวงษ์ อิศริณ อินทรวิเชียร ขวัญกัลยา ปุนนา.(2567). ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(4). 595-605
8. กองสุขศึกษา.(2564). คู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.สำหรับแกนนำสุขภาพ. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
9. ชณัฏฐา เรืองสุทธิภาพ.(2567). ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอพิบูลมังสาหาร. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 9(2). 323-30
10. สันติ โพธิ์ทอง, ประเสริฐ เล็กสรรเสริญ.(2567). การพัฒนาแนวทางส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ จังหวัดนนทบุรี. วารสารสหศาสตร์. 24(2). 32-45
11. ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์, ประวิช ขุนนิคม,(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ: กรณีศึกษา โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกระบี่. Health Science Journal of Thailand. 7(1). 30-39

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of care for type 2 diabetic patients to enter diabetes remission, Ban Na Champa Subdistrict Health Promotion Hospital, Don Chan District, Kalasin Province.

(Received: August 24,2025 ; Revised: August 27,2025 ; Accepted: August 29,2025)

ครรชิต ศรีบรรเทา[1]
Kanchit Sribantao[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทอลอง (Quasi Experiment) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มิถุนายน 2568 ถึง กันยายน 2568 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2568 ถึง สิงหาคม 2568 รวม 4 เดือน จำนวน 60 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและการตรวจ HbA1C วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ยกเว้นด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับเหมาะสม การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ และระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินการ โดยมีค่า HbA1C เท่าเดิม จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 21.7 และมีค่า HbA1C ลดลง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 78.3

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรคเบาหวานระยะสงบ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to study the current state of care for type 2 diabetes patients and to study the care model for type 2 diabetes patients entering remission at Ban Na Champa Subdistrict Health Promoting Hospital, Don Chan District, Kalasin Province. The study period was from June 2025 to September 2025 (3 months). The sample consisted of 60 type 2 diabetes patients who were admitted to Ban Na Champa Subdistrict Health Promoting Hospital, Don Chan District, Kalasin Province, between May 2025 and August 2025 (4 months). Data were collected through questionnaires and HbA1C tests. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and dependent t-test.

The study results revealed that after implementing a remission care model for type 2 diabetes patients at Ban Na Champa Subdistrict Health Promoting Hospital, Don Chan District, Kalasin Province, the overall and individual health behaviors of type 2 diabetes patients were at a very appropriate level, except for exercise, which was at an appropriate level. A comparison of the health behaviors of type 2 diabetes patients before and after the intervention revealed statistically significant differences at the 0.05 level. After the intervention, the health behaviors of type 2 diabetes patients were higher than before the intervention.

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

Furthermore, the HbA1C levels of type 2 diabetes patients before and after the intervention were statistically significantly different at the 0.05 level. After the intervention, the HbA1C levels of type 2 diabetes patients after the intervention were better than before, with 13 patients (21.7%) maintaining their HbA1C levels and 47 patients (78.3%) decreasing their HbA1C levels.

Keywords: Care of patients with type 2 diabetes, diabetes in remission

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่สำคัญที่สุดของสาธารณสุขโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าในปี 2022 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 800 ล้านคน โดยร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2[1] จากสถิติดังกล่าวพบว่าอัตราผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าเมื่อเทียบกับปี 2010 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต สภาพแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพ โรคเบาหวานไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านสุขภาพกายและจิตใจ หากแต่ยังเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เส้นประสาทเสื่อม และไตวาย อันส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งทรัพยากรทางเศรษฐกิจและศักยภาพกำลังแรงงาน ทั้งนี้ประเทศรายได้ปานกลางและต่ำจะได้รับผลกระทบมากเป็นพิเศษ เนื่องจากอัตราการเข้าถึงการดูแลรักษาที่มีคุณภาพยังน้อยกว่าครึ่งและการตั้งรับภาระโรคของประเทศยังมีข้อจำกัด[1]

สำหรับประเทศไทย โรคเบาหวานมีความรุนแรงและมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2567 พบผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 6.5 ล้านคน คิดเป็นประมานร้อยละ 10 ของประชากรผู้ใหญ่ (กรมควบคุมโรค, 2024) ส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และที่น่ากังวลคือกว่าร้อยละ 40 ไม่รู้ว่าตนเองป่วย ทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม อันนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น โรคไตเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของผู้ป่วยฟอกไตในประเทศไทย โรคหัวใจและหลอดเลือด ตาบอด เท้าแผลเรื้อรัง รวมถึงการพิการอันเป็นภาระสำคัญที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจของประเทศ[2,3] สถานการณ์ดังกล่าวเป็นสัญญาณเตือนด้านสาธารณสุขที่จำเป็นต้องเร่งพัฒนาแนวทางและระบบการดูแลผู้ป่วยในทุกระดับ

การจัดการโรคเบาหวานโดยมุ่งสู่เป้าหมายระยะสงบ (diabetes remission) เป็นแนวคิดใหม่ที่ได้รับการสนับสนุนทั้งจากองค์การอนามัยโลกและกรมควบคุมโรค เน้นการแทรกแซงแบบองค์รวมด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร ลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย และติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด[4] การศึกษาในหลายประเทศ รวมถึงในประเทศไทย ระบุว่าหากผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักได้อย่างน้อยร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวเดิม สามารถนำไปสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบได้สูงสุดถึงร้อยละ 46 และลดอัตราการใช้ยาหรือความเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ เดือนเพ็ญ เกี่ยนบุ้น และคณะ[5] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ผลการศึกษาพบว่าผลการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกัน โดย น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาล ระดับน้ำตาลสะสม มีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05จากหลักฐานดังกล่าว พบว่าการขับเคลื่อนแนวทางนี้ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดต้นทุนสุขภาพและภาระของระบบสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีบทบาทสำคัญในฐานะหน่วยงานปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดและเข้าใจชุมชน ทำหน้าที่คัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ ติดตามและฟื้นฟูผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังพบปัญหาหลายด้าน เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยังไม่เหมาะสม ความต่อเนื่องในการรับบริการ ประสิทธิภาพการประเมินผลสุขภาพ ตลอดจนความขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากรเฉพาะทาง นอกจากนี้ การดำเนินแนวทางการดูแลแบบสหวิชาชีพและเชื่อมโยงเครือข่ายสุขภาพในชุมชนยังมีข้อจำกัดไม่สามารถขับเคลื่อนได้ทั่วถึง

ดังนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ผลการศึกษานี้จะช่วยให้ได้แนวทางที่เหมาะสมและเป็นมาตรฐานสำหรับท้องถิ่น ทั้งในด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดรูปแบบการบริการ การดำเนินการและประเมินผล เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ลดอัตราภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนลดภาระค่าใช้จ่ายต่อระบบสุขภาพ สะท้อนถึงนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่ยั่งยืนและตอบสนองต่อสิ่งที่ชุมชนต้องการอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi Experiment) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มิถุนายน 2568 ถึง กันยายน 2568 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ อายุไม่เกิน 60 ปี และป่วยไม่เกิน 10 ปี ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2568 ถึง สิงหาคม 2568 รวม 4 เดือน จำนวน 60 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) โดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์
2. ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างน้อย 6 เดือน
3. ค่า HbA1c 7–9% (อยู่ในเกณฑ์ที่ยังสามารถควบคุมได้และเหมาะกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต/การดูแล)
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม (Informed Consent)
5. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และพร้อมเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลตามรูปแบบการวิจัยครบถ้วน

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่เป็น เบาหวานชนิดที่ 1 หรือเบาหวานขณะตั้งครรภ์
2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคไตระยะสุดท้าย,

โรคหัวใจขาดเลือดรุนแรง, โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

3. ผู้ป่วยที่มี โรคร่วมที่รุนแรง เช่น มะเร็ง, โรคตับแข็ง, วัณโรคระยะแพร่กระจาย

4. ผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลได้ (เช่น พิการรุนแรง, สภาวะสมองเสื่อม)

5. หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

6. ผู้ป่วยที่ ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมการดูแลได้ครบตามเกณฑ์ หรือไม่สะดวกติดตามผล

7. ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยที่กิจกรรม/ขั้นตอนของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ และการสรุปผลการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ (ทุกวัน) เท่ากับ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบางครั้ง (4 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัตินานๆครั้ง (1 – 2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ทำเลย หมายถึง ไม่ทำเลย เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[6]

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

3.41 – 4.20 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสม

2.61 – 3.40 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับพอใช้

1.81 – 2.60 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

1.00 - 1.80 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .896

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. การกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสรุปผลการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ หลังดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ยกเว้นด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับเหมาะสม

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดเรื่องอาหาร แนวคิดเรื่องการนอน แนวคิดเรื่องการออกกำลังกาย และแนวคิดการจัดการความเครียด

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
การบริโภคอาหาร	2.72	0.45	4.35	0.33	59	-18.274	.000	-1.79138	-1.43779
การออกกำลังกาย	2.71	0.69	4.18	0.40	59	-12.866	.000	-1.69958	-1.24209
การผ่อนคลายความเครียด	2.62	0.52	4.53	0.43	59	-17.368	.000	-2.06686	-1.63981
การกินยาและพบแพทย์	2.78	0.54	4.38	0.35	59	-16.298	.000	-1.76370	-1.37797
การนอนอย่างมีคุณภาพ	2.65	0.41	4.28	0.22	59	-22.674	.000	-1.75934	-1.47400
รวม	2.70	0.37	4.34	0.25	59	-23.005	.000	-1.76661	-1.48389

4. ระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
HbA1C	9.57	1.71	8.95	1.67	59	8.519	.000	.47947	.77387

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ พัชรินทร์ ทัพวิเศษ[7] ได้ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า ปี 2565 พบว่า Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 20.90 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ปกติ ร้อยละ 29.12 ปี 2566 Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 50.68 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ปกติ ร้อยละ 55.01 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2565 ก่อนการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดเรื่องอาหาร แนวคิดเรื่องการนอน แนวคิดเรื่องการออกกำลังกาย และแนวคิดการจัดการความเครียด โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จาก คู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สำหรับแกนนำสุขภาพ ของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[8] และแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย[9] ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ยกเว้นด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับเหมาะสม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงานมีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์ และคณะ[10] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเช้า ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมและดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .05$

โดยหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และดัชนีมวลกายลดลง ทั้งนี้ บุคลากรผู้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนานี้มีความพึงพอใจในภาพรวมมากถึง ร้อยละ 91.60 ทำให้ระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินการ โดยมีค่า HbA1C เท่าเดิม จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 21.7 และมีค่า HbA1C ลดลง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 78.3 สอดคล้องกันกับการศึกษาของเดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น และคณะ[11] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ผลการศึกษาพบว่า ก่อนดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ77.37 อายุเฉลี่ย56.01 + 9.80 BMI ผิดปกติ ร้อยละ 100.00 FBS เกินร้อยละ 77.4 และ A1C เกิน 77.4 รับประทานยา MFM ร้อยละ 97.08 Glipizideร้อยละ 62.04 pioglitazone ร้อยละ 7.29 หลังการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ BMI ผิดปกติ ร้อยละ 97.1 FBS เกินร้อยละ 59.5 และ A1C เกิน 32.1 รับประทานยา MFM ร้อยละ 81.38 Glipizide ร้อยละ 50.36 pioglitazone ร้อยละ 5.10 ลดขนาดยา ร้อยละ 25.18 และหยุดยา ร้อยละ 5.83 ผลการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกัน โดย น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาล ระดับน้ำตาลสะสม มีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า หลังดำเนินการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจำปา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงานมีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ จึงควรส่งเสริมให้ดำเนินการจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดเรื่องอาหาร แนวคิดเรื่องการนอน แนวคิดเรื่องการออกกำลังกาย และแนวคิดการจัดการความเครียด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation.(2025). IDF Diabetes Atlas, 11th edn. Brussels, Belgium: 2025. Available at: https://diabetesatlas.org.
2. กรมควบคุมโรค. (2024). สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2024/11/32367
3. Hfocus. (2024). กรมควบคุมโรคเผยคนไทยป่วยเบาหวานกว่า 6.5 ล้านคน. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2024/11/32367

4. Lean, M. E. J., Leslie, W. S., Barnes, A. C., Brosnahan, N., Thom, G., McCombie, L., ... & Taylor, R. (2019). Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. Lancet Diabetes Endocrinol, 7(5), 344-355.
5. เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น พงษ์เธียร พันธ์พิพัฒไพบูลย์ ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(6). 540-50
6. Best, J.W. (1991). Research in education (8th ed.). New Delhi: V. k. Batra at Peart officer Prees.
7. พัชรินทร์ ทัพวิเศษ.(2566) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 8(4) 893-99
8. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2556). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน.
9. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย.(2565). แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย และสาธารณสุข.-- กรุงเทพฯ: พีพี มีเดีย ดีไซน์ แอนด์ พริ้นท์. 2565.
10. ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์ ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น พนัดดา นักดนตรี.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(4). 298-307
11. เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น พงษ์เธียร พันธ์พิพัฒไพบูลย์ ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(6). 540-50

ผลการใช้รูปแบบบันได 10 ขั้นในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลหนองคาย

Results of using a 10-step ladder-based planning model for breastfeeding in first-time postpartum teenage mothers at Nong Khai Hospital.

(Received: August 24,2025 ; Revised: August 27,2025 ; Accepted: August 29,2025)

พัชรี จิตรกูลสัมพันธ์[1] รัตนา คงชาตรี[1] นาตยา ประพฤติ[1] ศิรินันท์ ชัยภูมี[1]
Patcharee Jitkulsumphan[1] Rattana khongchatree[1] Nartaya praphruet[1] Sirinun Chaiphumee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบบันได 10 ขั้นในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลหนองคายศึกษาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 32 คน ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนธันวาคม 2567 - กรกฎาคม 2568 เครื่องมือประกอบด้วย รูปแบบบันได 10 ขั้นในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น หลังคลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลหนองคาย และแบบสอบถามที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน Friedman test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ย 17.32 ปี การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 46.87 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 68.75 มีรายได้ต่อเดือน ในช่วง 5,001-10,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 40.63 เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 62.50 มีมารดาไม่ได้ฝากครรภ์ร้อยละ 12.50 ฝากครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไปตามเกณฑ์ร้อยละ 46.87 ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 40.63 มากกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 46.87 อายุครรภ์เมื่อคลอด > 38 - 42 สัปดาห์ ร้อยละ 81.25 น้ำหนักแรกเกิด > 2,500-3,999 กรัม ร้อยละ 78.12 ลักษณะหัวนมผิดปกติร้อยละ 9.38 ลักษณะลานนมผิดปกติ ร้อยละ 9.38 ไม่เคยได้รับคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 34.38 เปรียบเทียบการทดลอง พบว่าหลังใช้รูปแบบ คะแนน ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ (P-value < .001) มีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในระยะเวลา 6 เดือน ร้อยละ 71.87

Abstract

A quasi-experimental one-group pretest–posttest design aimed to compare the results of using the 10-step ladder model in breastfeeding among first-time postpartum adolescent mothers at Nongkhai Hospital. . A total of 32 sample in first-time postpartum adolescent mothers (<20 years) who delivered at Nong Khai Hospital between December 2024 and July 2025 were recruited. The intervention was based on the TenSteps model for breastfeeding in teenage mothers after their first pregnancy at Nong Khai Hospital and a questionnaire used to collect data. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, Friedman test at the statistical significance level of 0.05

Results: The sample group had an average age of 17.32 years, most had lower secondary education (46.87%), were unemployed (68.75%), had a monthly income of 5,001-10,000 baht/month (40.63%), were in an extended family (62.50%), had mothers who did not receive antenatal care (12.50%), received antenatal care 5 times or more according to the criteria (46.87%), received their first prenatal care at a gestational age of less than 12 weeks (40.63%), and more than 12 weeks (46.87%). Gestational age at delivery was > 38 - 42 weeks (81.25%), birth weight > 2,500-3,999 grams

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย

(78.12%), had abnormal nipple characteristics (9.38 %), and had abnormal areola characteristics (9.38%). Never received breastfeeding advice (34.38%). Comparative experiment found that after using the model, scores of knowledges, skills and breastfeeding behaviors, satisfaction increased significantly at (P-value < .001). The exclusive breastfeeding rate at 6 months was 71.87%.

Keywords: 10-step for breastfeeding, Breastfeeding, Adolescent mothers, first pregnancy

บทนำ

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกเพราะมีสารอาหารต่างๆครบตามที่ทารกต้องการ การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ช่วยให้มารดาลดการตกเลือดหลังคลอด มดลูกเข้าอู่เร็ว ช่วยให้มารดามีรูปร่าง และน้ำหนักตัวคืนสู่สภาพเดิมได้เร็ว[1]การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่มีประโยชน์ องค์การอนามัยโลก จึงแนะนำให้เลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน (Exclusive Breast Feeding) จากนั้นจึงเริ่มให้อาหารตามวัย (Complementary Feeding) โดยยังให้นมแม่ร่วมด้วยต่อเนื่องจนถึงอายุ 2 ปี จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี ในประเทศไทย โดยกรมอนามัยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์การสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ในปี 2565 พบว่ามีทารกได้กินนมแม่หลังคลอดภายใน 1 ชั่วโมงแรก เพียงร้อยละ 29.4 และมีเพียงร้อยละ 28.6 ที่ได้กินนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก การให้นมแม่อย่างเดียวเป็นเวลา 6 เดือน ยังน้อยกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้กำหนดให้ภายในปี 2568 ต้องเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 50.00[2]

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของประเทศไทยต่ำกว่าประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ จำเป็นต้องมีการสนับสนุนให้ปฏิบัติได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น [3] โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับทุติยภูมิ ให้บริการดูแลมารดาตั้งแต่ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ต่อเนื่องจนจำหน่ายกลับบ้าน จากข้อมูล ปี พ.ศ. 2565 – 2567 มีมารดาวัยรุ่นหลังคลอด จำนวน 186 ราย, 175 ราย และ156[4] จากการสุ่มสอบถามมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่ต้องการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน ยังน้อยกว่าร้อยละ 50.00 การเตรียมมารดาวัยรุ่นในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่มีความสำคัญ เนื่องจากมารดาวัยรุ่นมีปัญหาและอุปสรรคหลายอย่างในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ เช่น ขาดความพร้อมเพราะตั้งครรภ์แรกเมื่ออายุยังน้อย ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตร ขาดแรงจูงใจ ขาดการสนับสนุนที่เหมาะสมจากครอบครัว การเตรียมมารดาวัยรุ่นในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ เริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ต่อเนื่องถึงระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยการให้ความรู้ ฝึกทักษะและเสริมสร้างทัศนคติที่ดี ต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ การฝึก อุ้มบุตรดูดนม การจัดท่าทางให้นมบุตร การพูดให้กำลังใจ การจูงใจให้มารดาตระหนักเห็นความสำคัญในการให้นมบุตรต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน[3]

การส่งเสริมให้สามีและญาติมีส่วนร่วม ภายใต้ความช่วยเหลือ และการให้ข้อมูลของพยาบาล การเสริมสร้างให้กำลังใจ ในระยะการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด ช่วยให้มารดาเกิดกำลังใจที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ช่วยเพิ่มระยะการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่[5,6] ในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมาองค์กรอนามัยโลก ได้กระตุ้นให้ทั่วโลกรณรงค์ เรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ โดยใช้บันได 10 ขั้น (Ten Steps) ได้แก่ บันไดขั้นที่ 1 มีนโยบายการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน มีการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ที่ว่าด้วยการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง (Comply Fully with the International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes and Relevant World Health Assembly Resolutions) บันไดขั้นที่ 2 สนับสนุนบุคลากรให้มีความรู้ สมรรถนะที่เพียงพอ ในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ (Ensure that Staff have Sufficient Knowledge,

Competence and Skills to Support Breastfeeding) บันไดขั้นที่ 3 พูดคุยให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวทราบถึงความสำคัญ และวิธีการบริหารจัดการในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ (Discuss the Importance and Management of Breastfeeding with Pregnant Women and Their Families) บันไดขั้นที่ 4 เอื้ออำนวยความสะดวกให้กับมารดาหลังคลอดโดยให้มารดาโอบกอดทารกแบบเนื้อ และช่วยเหลือมารดาในการให้ทารกดูดนมมารดา ภายหลังคลอดโดยปราศจากการรบกวน (Facilitate Immediate and Uninterrupted Skin-to-Skin Contact and Support Mothers to Initiate Breastfeeding as soon as Possible after Birth) บันไดขั้นที่ 5 สนับสนุนให้มารดารู้วิธีการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ การทำให้น้ำนมมีปริมาณเพียงพอ และการแก้ไขปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ (Support Mothers to Initiate and Maintain Breastfeeding and Manage Common Difficulties) บันไดขั้นที่ 6 ไม่ให้อาหารอ่อนหรือน้ำแก่ทารกแรกคลอดนอกจากนมแม่ เว้นแต่จะมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (Do Not Provide Breastfed Newborns any Food or Fluids other than Breast Milk, unless Medically Indicated) บันไดขั้นที่ 7 ให้มารดาและทารกอยู่ห้องเดียวกันตลอด 24 ชั่วโมง (Enable Mothers and Their Infants to Remain Together and to Practice Rooming-in 24 Hours a Day) บันไดขั้นที่ 8 สนับสนุนให้ทารกดูดนมมารดาตามต้องการ โดยให้มารดาสังเกตอาการแสดงของ สัญญาณหิวของทารก (Support Mothers to Recognize and Respond to Their Infants' cues for Feeding) บันไดขั้นที่ 9 ให้คำปรึกษาแก่มารดาเกี่ยวกับปัญหาหรือความเสี่ยงของการให้ทารกดูดนมจากขวด การใช้หัวนมยาง และหัวนมปลอม (Counsel Mothers on the use and Risks of Feeding Bottles, Teats and Pacifiers) บันไดขั้นที่ 10 วางแผนจำหน่าย ประเมินความพร้อมการประสานงาน และส่งต่อมารดาและทารกหลังการจำหน่าย ไปยังกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพื่อการดูแลและสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง (Coordinate Discharge so that Parents and Their Infants have Timely Access to Ongoing Support and Care)

ในการใช้บันได 10 ขั้น ส่งเสริมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ช่วยส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ให้ประสบผลสำเร็จมากขึ้น เช่น ในโรงพยาบาล Philadelphia ประเทศอเมริกา มีการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ในเด็กป่วยโดยใช้ Ten steps ของ Diane L.spatz[7] พบว่า อัตราการส่งเสริมการส่งเสริมการส่งนมแม่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.00 เป็นร้อยละ 95.00 และ ในประเทศไทยเช่นกัน[8] ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลการใช้รูปแบบบันได 10 ขั้น ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรกของโรงพยาบาลหนองคาย โดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษา เปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบบันได 10 ขั้นในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลหนองคาย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อน-หลัง (One – Group Pretest Posttest Design) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี Ten Steps for Promoting and Protecting Breastfeeding for Vulnerable Infants. (Diane L. Spatz, 2004) และแนวคิดสนับสนุนทางสังคม (Social Support) [9]

ประชากร: มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่คลอดบุตร ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลหนองคาย

กลุ่มตัวอย่าง: มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรกที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลหนองคาย ในช่วงเดือนธันวาคม 2567 - มกราคม 2568 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power กำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.5 ค่า ความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า power เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 29 คน[8] คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเพื่อทดแทนการสูญหาย (drop out) อีกร้อยละ 10.00 เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: เครื่องมือประกอบด้วย รูปแบบบันได 10 ขั้นในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น หลังคลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลหนองคาย และเครื่องมือแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง ตามแนวคิด Ten Steps for Promoting and Protecting Breastfeeding for Vulnerable Infants [7] และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)[9] ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวช พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวช ผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 นำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่ได้ผ่านการปรับปรุงแล้วตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทำการทดสอบ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกันคือมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์จำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.854 เครื่องมือประกอบด้วย 1. รูปแบบบันได 10 ขั้น ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น หลังคลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลหนองคาย ประกอบด้วย 1) รูปแบบบันได 10 ขั้น ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น หลังคลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลหนองคาย **Step 1** (Have a Written Infant Feeding Policy that is Routinely Communicated to Staff and Parents) ประกาศนโยบาย สื่อสารกับบุคลากร บิดามารดา ครอบครัว เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ **Step 2** (Ensure that Staff have Sufficient Knowledge, Competence and Skills to Support Breastfeeding) ฝึกทักษะบุคลากร ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ **Step 3** (Discuss the Importance and Management of Breastfeeding with Pregnant Women and Their Families) ให้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวถึงความสำคัญและวิธีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ **Step 4** (Skin-to-Skin Contact and Support Mothers to Initiate Breastfeeding as soon as Possible after Birth) ให้มารดาโอบกอดทารกแบบเนื้อ และทารกดูดนมมารดาภายหลังคลอดทันที **Step 5** (Support Mothers to Initiate and Maintain Breastfeeding and Manage Common Difficulties) ฝึกการจัดท่าให้นม การประครองเต้า การแก้ไขหัวนมที่ผิดปกติ การนวดเต้านม การบีบเก็บน้ำนม การจัดเก็บนมแม่และการนำไปใช้ การป้อนนมด้วยถ้วย **Step 6** (Do Not Provide Breastfed Newborns any Food or Fluids other than Breast Milk, unless Medically Indicated) ไม่ให้อาหารอ่อนหรือน้ำนอกจากนมแม่ เว้นแต่จะมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ **Step 7** (Enable Mothers and Their Infants to Remain Together and to Practice Rooming-in 24 Hours a Day) ให้มารดาและทารกอยู่ห้องเดียวกันตลอด 24 ชั่วโมง **Step 8** (Support Mothers to Recognize and Respond to Their Infants' cues for Feeding) สนับสนุนให้ทารกดูดนมมารดาตามต้องการ โดยให้มารดาสังเกตอาการแสดงของ สัญญาณหิวของทารก **Step 9** (Counsel Mothers on the use and Risks

of Feeding Bottles, Teats and Pacifiers) ให้คำปรึกษาแก่มารดาเกี่ยวกับปัญหาการให้ทารกดูดนมจากขวด การใช้หัวนมยางและหัวนมปลอม **Step 10** (Coordinate Discharge so that Parents and Their Infants have Timely Access to Ongoing Support and Care) การประเมิน และเตรียมความพร้อมของมารดาก่อนจำหน่าย ประสานงาน และส่งต่อข้อมูลมารดาและทารกไปที่ รพ.สต จัดตั้งไลน์กลุ่ม ติดตามผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทางไลน์กลุ่มในวันที่ 3 , 7 , 1 เดือน, 3 เดือน และ 6 เดือนหลังคลอด

2. คู่มือต่างๆ 1) ชุดภาพพลิกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของกรมอนามัย 2) แผ่นพับแนวทางการปฏิบัติตามรูปแบบบันได 10 ขั้น (Ten steps) ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวันรุ่น หลังคลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลหนองคาย 3) แบบบันทึกทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 . 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ 1) อายุ 2) สัญชาติ 3) การศึกษาสูงสุด 4) อาชีพ 5) รายได้ครอบครัว/เดือน 6) ลักษณะครอบครัว 7) การฝากครรภ์ 8) จำนวนครั้งการฝากครรภ์ 9) อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก 10) อายุครรภ์เมื่อคลอด 11) น้ำหนักตัวทารกแรกเกิด 12) ลักษณะของหัวนม 13) ลักษณะเต้านมและลานนม 14) เคยได้รับการแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 15) ระยะเวลาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียว (เดือน) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .97

3.2 แบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามเลือกตอบ ถูก ผิด คะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 25 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ [10] คะแนนเฉลี่ย 00.00-08.33 คะแนน มีความรู้ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 08.34-16.66 คะแนน มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 16.67-25.00 คะแนน มีความระดับสูง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และค่าความเชื่อมั่นชนิด Cronbach's alpha เท่ากับ 0.7 ผลการทดสอบค่าความยากง่าย (Difficulty) ของแบบทดสอบ อยู่ในเกณฑ์ 0.20 – 0.80

3.3 แบบสอบถามและสังเกต ทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) [11] 3 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 20 - 60 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 20.00-33.33 คะแนน มีทักษะและพฤติกรรมระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 33.34-46.66 คะแนน มีทักษะและพฤติกรรม ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 46.67-60.00 คะแนน มีทักษะและพฤติกรรมระดับสูง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และค่าความเชื่อมั่นชนิด Cronbach's alpha เท่ากับ 0.84

3.4 แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 10.00-13.33 คะแนน มีความพึงพอใจระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 13.34-26.66 คะแนน มีความพึงพอใจระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 26.67-40.00 คะแนน มีความพึงพอใจระดับสูง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และค่าความเชื่อมั่นชนิด Cronbach's alpha เท่ากับ 0.84

คุณภาพเครื่องมือ: ได้สร้างเครื่องมือจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูติ-นรีแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูติ-นรีเวช ผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า CVI รวมเท่ากับ 0.97 นำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่ได้ผ่านการปรับปรุงแล้วตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ ไป

ทำการทดสอบ (Try out) กับกลุ่มมารดาวัยรุ่น ครรภ์แรก จำนวน 10 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach[11] ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.854

การวิเคราะห์ข้อมูล : ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังนำรูปแบบไปใช้ โดยสถิติ Friedman test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย : ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองคาย รหัสโครงการวิจัยเลขที่ 07/2568

ผลการวิจัย:

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ย 17.32 ปี อยู่ในช่วงอายุ 18 - 19 ปี มากที่สุดร้อยละ 46.87 การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุดร้อยละ 46.87 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 68.75 ส่วนใหญ่ มีรายได้ ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40.63 เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 62.50 มีมารดาไม่ได้ฝากครรภ์ ร้อยละ 12.50 ฝากครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไปตามเกณฑ์ร้อยละ 46.87 ฝากครรภ์ครั้งแรกตามเกณฑ์อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 40.63 อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 46.87 อายุครรภ์เมื่อคลอด > 38 - 42 สัปดาห์ ร้อยละ 81.25 น้ำหนักแรกเกิด > 2,500-3,999 กรัม ร้อยละ 78.12 ลักษณะหัวนมผิดปกติร้อยละ 9.38 ลักษณะลานนมผิดปกติร้อยละ 9.38 ไม่เคยได้รับคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 34.38

2. เปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบันได 10 ขั้นในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น หลังคลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลหนองคาย

2.1 ด้านความรู้ พบว่าก่อนคลอด มีคะแนนความรู้ 11.30 คะแนน (SD.= 3.34) หลังคลอด วันที่ 3 หรือก่อนจำหน่าย มีคะแนนความรู้ 14.74 คะแนน (SD.= 2.99) และหลังคลอดเดือนที่ 6 มีคะแนนความรู้ 19.44 คะแนน (SD.=2.30) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ พบว่า คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) โดยเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนคลอด พบว่าหลังคลอดวันที่ 3 หรือก่อนจำหน่าย มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 3.44 คะแนน และหลังคลอดเดือนที่ 6 มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 8.14 คะแนน

2.2 ด้านทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ พบว่าก่อนคลอด มีคะแนนทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ 34.86 คะแนน (SD.= 5.47) หลังคลอดวันที่ 3 หรือก่อนจำหน่าย มีคะแนนทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ 47.42 (SD.=2.42) และหลังคลอดเดือนที่ 6 มีคะแนนทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ 52.67 (SD.=1.93) ผลการเปรียบเทียบคะแนนทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ พบว่า คะแนนทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) โดยเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนคลอด พบว่าหลังคลอดวันที่ 3 หรือก่อนจำหน่าย มีคะแนนทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ เพิ่มขึ้น 12.56 คะแนน และหลังคลอดเดือนที่ 6 มีคะแนนทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น 17.86 คะแนน

2.3. ด้านความพึงพอใจ พบว่าก่อนคลอด มีคะแนนความพึงพอใจ 25.77 คะแนน (SD.=4.25) หลังคลอดวันที่ 3 หรือก่อนจำหน่าย มีคะแนนความพึง

พอใจ 29.86 คะแนน (SD.=3.23) และหลังคลอดเดือนที่ 6 มีคะแนนความพึงพอใจ 32.92 คะแนน (SD.=1.59) ผลการเปรียบเทียบคะแนน ความพึงพอใจ พบว่าคะแนน ความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) โดยเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนคลอดพบว่าหลังคลอดวันที่ 3 หรือก่อนจำหน่าย มีคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้น 4.09 คะแนน และหลังคลอดเดือน ที่ 6 มีคะแนนความพึงพอใจ เพิ่มขึ้น 7.15 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ความพึงพอใจ เปรียบเทียบ 3 ช่วงเวลา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบันได 10 ขั้นในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น หลังคลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลหนองคาย กลุ่มตัวอย่าง (n=32)

ตัวแปร	ระยะการศึกษา	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Chi-Square	df	p-value
ความรู้	ก่อนใช้รูปแบบ	11.30	3.34	63.51	2.00	<0.001*
	หลังคลอดวันที่ 3/ก่อนจำหน่าย	14.74	2.99			
	หลังคลอดเดือนที่ 6	19.44	2.30			
ทักษะและพฤติกรรม การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่	ก่อนใช้รูปแบบ	34.86	5.47	59.86	2.00	<0.001*
	หลังคลอดวันที่ 3/ก่อนจำหน่าย	47.42	2.42			
	หลังคลอดเดือนที่ 6	52.67	1.93			
ความพึงพอใจ	ก่อนใช้รูปแบบ	25.77	4.25	50.28	2.00	<0.001*
	หลังคลอดวันที่ 3/ก่อนจำหน่าย	29.86	3.23			
	หลังคลอดเดือนที่ 6	32.92	1.59			

*มีนัยสำคัญที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

3. อัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ในระยะเวลา 6, 5, 4 และ 3 เดือน เป็น ร้อยละ 71.87,9.38, 12.50 และ 6.25 แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว กลุ่มตัวอย่าง (n=32)

ระยะเวลาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว(เดือน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3	2	6.25
4	4	12.50
5	3	9.38
6	23	71.87

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) เปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบบันได 10 ขั้นในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น หลังคลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลหนองคาย ด้านความรู้ความรู้ด้านทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ด้านความพึงพอใจ และศึกษา 2) อัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนม

มารดาอย่างเดียวในระยะเวลา 6 เดือน

.

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ย 17.32 ปี อยู่ในช่วงอายุ 18 - 19 ปี มากที่สุดร้อยละ 46.87 มีการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุดร้อยละ 46.87 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 68.75 รายได้ ต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40.63 เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 62.50 มีมารดาไม่ได้ฝากครรภ์ร้อยละ 12.50 ฝากครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไปตามเกณฑ์ร้อยละ 46.87 ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 40.63 มากกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 46.87 อายุครรภ์เมื่อคลอด > 38 - 42 สัปดาห์ ร้อยละ 81.25 น้ำหนักแรกเกิด > 2,500-3,999 กรัม ร้อยละ 78.12 ลักษณะหัวนมผิดปกติร้อยละ 9.38 ลักษณะลานนมผิดปกติ ร้อยละ 9.38 ไม่เคยได้รับคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 34.38

.

2. เปรียบเทียบหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ความพึงพอใจ ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง ทุกด้านมีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <.001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา[8,12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20] ซึ่งได้นำแนวคิด Ten Steps for Promoting and Protecting Breastfeeding for Vulnerable Infants[7] มาใช้ในการศึกษาวิจัย ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น อธิบายได้ว่าการนำแนวทางปฏิบัติตามรูปแบบ “ บันได 10 ขั้นในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ : Ten Steps for Promoting and Protecting Breastfeeding ” ขององค์การอนามัยโลก (WHO) และ UNICEF ที่เป็นระบบสนับสนุน มาจัดรูปแบบในการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ฝึกทักษะ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระหว่างนอนอยู่โรงพยาบาล และหลังกลับบ้าน อย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง เช่น ขั้นตอนที่ 3 ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ ขั้นตอนที่ 4 กระตุ้น ส่งเสริม ให้มารดาเริ่มให้นมบุตรโดยเร็วภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด ขั้นตอนที่ 5 แสดงวิธีการให้นม สร้างทักษะผ่านการฝึกปฏิบัติจริง ขั้นตอนที่ 6 ลดอุปสรรคและพฤติกรรมขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่ให้เด็กได้รับอาหารอื่นนอกจากนมแม่ เว้นแต่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยจัดกระบวนการเรียนรู้ในชั้นเรียน การให้คำแนะนำ การฝึกปฏิบัติรายบุคคล การมีเครื่องมือช่วยในการให้คำแนะนำ เช่นแผ่นพับ สื่อโปสเตอร์ หุ่นจำลองเด็ก ทารกที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ กระบวนการเหล่านี้ทำให้มารดามีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพิ่มขึ้น มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่เริ่มต้น และเพิ่มโอกาสการเลี่ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะยาว การใช้ทฤษฎี “สนับสนุนทางสังคม: Social Support” จะช่วยให้บุคคลปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น ซึ่งการสนับสนุนมีหลายมิติ เช่น Emotional support: การให้กำลังใจ การรับฟัง ปลอบโยน ลดความวิตกกังวลของมารดา Informational support: การให้ข้อมูล คำแนะนำ เทคนิคการแก้ปัญหา เช่น วิธีแก้ปัญหาลูกดูดนมไม่ติด Instrumental support: การช่วยเหลือเชิงปฏิบัติ เช่น ช่วยจัดท่าให้นม ช่วยงานบ้านเพื่อให้แม่มีเวลาพัก และให้นม Appraisal support: การให้ข้อเสนอแนะและชื่นชมความสำเร็จ เพื่อเพิ่มความมั่นใจ เมื่อมารดาได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน จะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเพิ่มแรงจูงใจให้คงพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อให้การสนับสนุนทางสังคมแก่มารดาหลังคลอด จากครอบครัว มารดาหลังคลอดด้วยกัน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีระบบสนับสนุนทางสังคม โดยการส่งต่อข้อมูลและติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้มารดาหลังคลอดมีความรู้เพิ่มขึ้น ความมั่นใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ มารดาหลังคลอดมีทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่สูงขึ้น ส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะ 6 เดือน

.

3. อัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ในระยะเวลา 6 เดือน สูงถึงร้อยละ 71.87 สอดคล้องกับการศึกษา Systemic Review ในหลายประเทศ [21] ที่พบว่า การส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ โดยใช้นโยบายบันได 10 ขั้น (Ten Steps to Successful Breastfeeding) ช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงด้วยนมมารดาอย่างเดียว ในระยะเวลา 6 เดือน ทุกขั้นตอนมีความสำคัญ และต้องใช้กลยุทธที่หลากหลายให้เหมาะสมกับบริบท ในการทดลองนี้ได้เพิ่มขั้นตอน Step 10 (Coordinate Discharge so that Parents and Their Infants have Timely Access to Ongoing Support and Care) โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มาใช้ร่วมอย่างเข้มข้น โดยการทำไลน์กลุ่ม วัตถุประสงค์เพื่อ ติดตาม ประเมินผล ให้คำแนะนำ ช่วยแก้ไขปัญหาของมารดาให้ทันต่อเหตุการณ์ ใช้การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ของพยาบาลวิชาชีพ ครอบครัว และมารดาสมาชิกในกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจกัน กระตุ้นให้มารดามีเป้าหมาย มีความพยายาม ให้บรรลุเป้าหมาย สรุปได้ว่า การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจาก Ten Steps ทำให้มารดา มีความรู้ และทักษะการให้นมลูกที่ถูกต้อง การสนับสนุนตามทฤษฎี Social Support ทำให้มารดามี กำลังใจ แรงจูงใจ และการแก้ปัญหาได้ทันท่วงที เมื่อผสมผสานกัน ส่งผลให้มารดามีทั้ง ความรู้ ทักษะ แรงสนับสนุน จึงสามารถรักษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างสม่ำเสมอจนถึง 6 เดือนเต็ม ทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือน สูงขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญ

การวิจัย

สรุปได้ว่า รูปแบบบันได 10 ขั้นในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น หลังคลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลหนองคาย โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี Ten Steps for Promoting and Protecting Breastfeeding for Vulnerable Infants และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) โดยการสร้างไลน์กลุ่ม ใช้การสนับสนุนทางสังคม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นให้กำลังใจ และติดตามให้คำแนะนำ ช่วยแก้ไขปัญหา ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ มีทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ มีความพึงพอใจ เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในระยะเวลา 6 เดือน เพิ่มขึ้นผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50

ข้อเสนอแนะ:

.

1. เสนอแนะให้จัดกิจกรรม หรือใช้รูปแบบตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ไตรมาสสุดท้ายก่อนคลอด เพื่อให้มารดามีความชำนาญและมั่นใจในการเลี่ยงบุตรด้วยนมแม่ .

2. ใช้ระบบ ติดตามต่อเนื่อง (follow-up) เช่น โทรศัพท์, Line group, หรือ home visit .

3.ใช้เครือข่ายบริการ ระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลหลัก กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานบริการใกล้บ้าน ในการติดตามมารดาหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง จนครบ 6 เดือน

.

4. ควรจัดทำสื่อในรูปแบบ VDO QR code เพื่อให้มารดาและครอบครัวได้นำไปใช้ต่อเนื่อง

.

5. ใช้ checklist และคู่มือปฏิบัติ เพื่อกำกับนิเทศ ให้พยาบาลปฏิบัติเป็นไปตามแนวทางเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. พรณิศา แสนบุญส่ง และ วรรณดา มลิวรรณ์. (2559). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีคุณภาพ: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี 2559; 8: 225-237.

2. วีณา จีระแพทย์และเกรียงศักดิ์ วีระแพทย์. (2563). กลวิธีสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ธรรมดาเพลส จำกัด.
3. พัตนี วินิจจะกูลและ อรพร ดำรงวงศ์ศิริ. (2563). สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา พุทธมณฑล นครปฐม 2 ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.วารสารโภชนาการ 2563; 55: 66-81.
4. ศูนย์สารสนเทศข้อมูลโรงพยาบาลหนองคาย. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลหนองคาย 2565 – 2567. (เข้าถึง 5 พ.ค. 2567).
5. นวพร มามาก และกมลรัตน์ เทอร์เนอร์. (2559). บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติเพื่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. วารสารกองการพยาบาล 2559; 43: 114-126.
6. รณชัย คนบุญ และ สมพร วัฒนนุกูลเกียรติ. (2560). ผลของ โปรแกรมการส่งเสริมบทบาทบิดาต่อพฤติกรรมการสนับสนุนของบิดาและระยะเวลาในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียว. วารสารพยาบาล ศาสตร์ และสุขภาพ 2560; 40: 41-57.
7. Diane L. Spatz. (2004). Ten Steps for Promoting and Protecting Breastfeeding for Vulnerable Infants. J Perinat Neonatal Nurs 2004;18: 385–96.
8. สายสินธุ์ กอมณี, เยาวเรศ เอื้ออารีเลิศ, เกียรติกุล เพียงจันทร์, ธนันพร ตรีบุตดี, กัญจน์รัตน์ สุวรรณโกฏ และดรุยาลักษม์ สายแวว. (2561). ผลการใช้ Ten Steps ต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมสาย 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์: การศึกษาวิจัยนำร่อง. วารสารวิทยาศาสตร์ วิทยาพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 2561; 2(1): 84-94.
9. House, J.S. (1981). The nature of social support. In M.A. Reading. 4th Ed. Work stress and social support Philadelphia: Addison Wesley Kaplan, B.H., Cassel, J.C. & Gore Susan. Social support and Health Medical care 1981; 15: 47-58.
10. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
11. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2545). ระบบบริการการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพ. ในการประชุมวิชาการ การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพเพื่อการประกันคุณภาพบริการพยาบาล (หน้า75-83).
12. วิบูลพร พรมจันทร์. (2566). ผลของโปรแกรมการเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาครรภ์แรกในโรงพยาบาลจอมทอง. [อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://www.chiangmaihealth.go.th/document/230106167299477920.pdf.
13. สุรีย์พร กฤษเจริญ, ศศิกานต์ กาละ และ วรางคณา ชัชเวช. (2564). ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมสนับสนุนและคุ้มครองการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อสมรรถนะและระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2564; 41(1): 54-63.
14. สุมาลี ทองสวนส้ม และ ณัฐพัชร์ บัวบุญ. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก.วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564; 15(3): 1-12.
15. ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ, นิธิมา คันธะชุมภู, ศิวรรณ วิเลิศ และ อรพิน กาลสังข์. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ต่อประสิทธิภาพการให้นมมารดาและอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเป็นเวลา 6 เดือน ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก. J Med Health Sri 2020; (27)2: 1-27.
16. มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2562). การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด: บทบาทพยาบาลและครอบครัว Breastfeeding Promotion in Adolescent Mothers : Roles of Nurses and Families.วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2562; 12(1): 274-286.
17. ทองใบ นันทรัตพันธ์. (2562). ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาระยะแรกหลังคลอด โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่.วารสาร โรงพยาบาลแพร่ 2562; 27(1): 25-37.
18. Mary Economou and Nicos Middleton. (2023). Supporting and Promoting Breastfeeding: The 10 Steps to Successful Breastfeeding. [Internet].[edit April 25, 2024]. From:

https://www.intechopen.com/chapters/88472?utm_source=chatgpt.com

19. Andini Pramono, Julie Smith, Siobhan Bourke & Jane Desborough. (2022). How midwives and nurses experience implementing ten steps to successful breastfeeding: a qualitative case study in an Indonesian maternity care facility. [Internet]. [edit April 10, 2024]. From: https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-022-00524
20. Karen Simmer karen Sanjay Patole. (2015). Implementation of the Ten Steps to Successful Breastfeeding program in DR Congo. [Internet]. [edit Aug 5,2024]. From: https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2815%2900005-4/fulltext?utm_source=chatgpt.com
21. Angela K Bueno, Mireya Vilar-Compte, Valeria Cruz-Villalba, Natalia Rovelo-Velázquez, Elizabeth C Rhodes & Rafael Pérez-Escamilla. (2023). Implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative in Mexico: a systematic literature review using the RE-AIM framework. [edit April 20, 2024]. From: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38145069/.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกคลอด อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

Factors associated with low birth weight infants in Thalang District, Phuket Province.

(Received: August 20,2025 ; Revised: August 29,2025 ; Accepted: August 30,2025)

ขวัญตา บุรีรักษ์[1]
Kwanta Burirak[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์น้ำหนักแรกคลอดและปัจจัยคุณลักษณะของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักแรกคลอดน้อย ทำการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort study) โดยทบทวนข้อมูลทุติยภูมิของมารดาที่คลอดในจังหวัดภูเก็ตระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565 จำนวน 1,119 ราย จากระบบรายงานการคลอดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ระดับนัยสำคัญที่ p-value < 0.05 เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย

ผลการศึกษาพบว่า มารดาส่วนใหญ่อายุ 20-34 ปี ร้อยละ 71.31 อายุเฉลี่ย 29.37 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.25 ส่วนใหญ่คลอดที่อายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ ร้อยละ 87.49 ทารกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.02 มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 10.38 มีคะแนน Apgar Score ทารกแรกคลอดมากกว่า 7 คะแนน ร้อยละ 95.47 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุครรภ์ พบว่า มารดาที่มีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ทารกแรกคลอดมีโอกาสน้ำหนักน้อย 9.85 เท่า (95%CI=6.04-16.06) เทียบกับมารดาที่มีอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ และทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนหลังคลอดคะแนน Apgar Score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 มีโอกาสน้ำหนักน้อย 5.20 เท่า (95%CI=2.46-10.97) เทียบกับทารกที่มีคะแนน Apgar Score มากกว่า 7

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ , น้ำหนักทารกแรกคลอด

Abstract

This study aimed to investigate factors associated with low birth weight. A retrospective cohort study was conducted by reviewing secondary data from 1,119 mothers who delivered at both public and private hospitals in Phuket Province between October 1, 2022, and September 30, 2023. Data were obtained from the Phuket Provincial Public Health Office's birth reporting system. Multiple logistic regression was applied to examine the association between potential factors and low birth weight at the significant level p-value <0.05.

The results showed that most mothers were aged 20–34 years (71.31%), with a mean age of 29.37 years (SD = 6.25). The majority delivered at a gestational age greater than 37 weeks (87.49%), and most infants were male (51.02%). The prevalence of low birth weight (<2,500 grams) was 10.38%. Additionally, 95.47% of newborns had Apgar scores above 7 at birth. Significant factors associated with low birth weight were gestational age and Apgar score. Mothers who delivered at or before 37 weeks of gestation were 9.85 times more likely to have LBW infants compared to those who delivered after 37 weeks (95% CI = 6.04–16.06). Furthermore, newborns with an Apgar score of 7 or lower had 5.20 times higher odds of being low birth weight compared to those with higher scores (95% CI = 2.46–10.97).

Key words: Birth weight, Factors related

[1] นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

บทนำ

ข้อมูลการคลอดก่อนกำหนดในระดับประเทศ ภูมิภาคและทั่วโลก จาก 184 ประเทศ ในปี 2010 พบมีทารก คลอดก่อนกำหนดประมาณ 14.9 ล้านคน คิดเป็น 11.1% ของการเกิดมีชีพทั้งหมดทั่วโลก อัตราการคลอดก่อนกำหนดแตกต่างกันอย่างมาก ระหว่างประเทศ พบอัตราต่ำสุดประมาณ 5% ในบาง ประเทศทางยุโรปเหนือ และสูงสุด 18% ในบาง ประเทศของแอฟริกา เช่น มาลาวี โดยมากกว่า 60% ของทารกคลอดก่อนกำหนดเกิดในเอเชียใต้และ แอฟริกาซับซาฮารา[1] น้ำหนักทารกแรกเกิดสามารถ บอกถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพของทารกได้ทารกแรก เกิดน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight; LBW) คือ ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม จะมี ความสัมพันธ์กับปัญหาการเจ็บป่วยของทารกหลัง คลอดส่งผลให้เกิดการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย และพัฒนาการทางสมองช้า ตลอดจนถึงปัญหาทาง สุขภาพเรื้อรัง[4] โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกที่คลอดก่อน กำหนดและ มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยถือว่ามีความเสี่ยงมาก เนื่องจากคลอดออกมาก่อนที่ระบบต่าง ๆ ของ ร่างกายจะพัฒนาเสร็จสมบูรณ์ หากทารกมีน้ำหนัก แรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ อาจพบกับความเสี่ยงของ ปัญหาในระบบทางเดินหายใจ ปัญหาทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อย (Low Birth Weight, LBW) เป็นปัญหา สาธารณสุขที่สำคัญของโลกและของประเทศไทย โดย เกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกและประเทศ ไทยกำหนดเป้าหมาย LBW ไม่เกินร้อยละ 7[10] ซึ่ง ปัจจุบันยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย จากข้อมูลสถิติ สาธารณสุข พบว่าการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนัก น้อย ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560-2565 เท่ากับร้อยละ 11.0, 11.2, 10.4, 10.0, 9.8 และ 10.1 ตามลำดับ[6] ข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ปีพ.ศ. 2559-2563 มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยร้อยละ 10.8, 10.4, 10.6, 11.1 และ 11.1 ตามลำดับ และอัตรา น้ำหนักทารกแรกคลอดอำเภอถลาง ตั้งแต่ปี 2555 – 2564 พบว่า ในระยะ 10 ปี ที่ผ่านมาอัตราน้ำหนัก ทารกแรกเกิดน้อย มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยมีอัตรา ร้อย ละ 8.6, 8.7, 8.8, 7.0, 9.9, 9.4, 9.7, 9.6, 9.8 และ 9.1 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายและเป็นปัญหามา อย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับระดับเขตสุขภาพที่ 11 และระดับประเทศ

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยใน โรงพยาบาลราชบุรี ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 17 ปี อาชีพรับจ้าง การตั้งครรภ์ท้องหลัง ภาวะโลหิต จาง การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ การ คลอดก่อนกำหนด ประวัติการแท้ง ครรภ์แฝด มีโรค ความดันโลหิตสูง มีภาวะติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ทารกพิการแต่กำเนิด และภาวะทารกขาดออกซิเจน หลังคลอด[7] สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อ ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาลบึงกาฬ พบว่าระดับการศึกษาของมารดา อายุครรภ์ภาวะของ ความดันโลหิตสูงของมารดาขณะตั้งครรภ์ การสาร เสพติดขณะตั้งครรภ์และภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย[11]

จะพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรก เกิดน้ำหนักน้อย ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับตัว มารดาขณะที่ตั้งครรภ์ ซึ่งอำเภอถลาง ยังไม่เคยมี การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารก แรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรก เกิดน้ำหนักน้อยในพื้นที่อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดกลยุทธ์ในการ ป้องกันหรือใช้สำหรับแก้ไขปัญหาในหญิงตั้งครรภ์ได้ อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์น้ำหนักทารกแรก คลอด อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

2. เพื่อหาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของ สตรีตั้งครรภ์คลอดที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารก แรกคลอด ในอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort study)

ประชากร คือ มารดาที่คลอดในจังหวัดภูเก็ต ทั้งจากโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2565 โดยเก็บข้อมูลจากระบบรายงานการคลอด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ มารดาที่คลอดในจังหวัดภูเก็ตทั้งจากโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนเฉพาะคนไทยและแจ้งประวัติที่อยู่อำเภอถลาง ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 โดยเก็บข้อมูลจากระบบรายงานการคลอดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต จำนวน 1,119 ราย ซึ่ง 112 คนอยู่ในกลุ่มศึกษา (น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม) และอีก 1,007 คน อยู่ในกลุ่มเปรียบเทียบ (น้ำหนักแรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม)

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย 1) สตรีตั้งครรภ์ที่ทารกเสียชีวิตในครรภ์ทั้งจากโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนเฉพาะคนไทยและแจ้งที่อยู่อำเภอถลาง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2565 2) ข้อมูลไม่ครบถ้วนจนไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบบันทึกข้อมูล (data extraction form) ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ

ข้อมูลตัวแปรต้นประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของมารดา ประกอบด้วย อายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง การตั้งครรภ์วัยรุ่น ตำบลที่อยู่อาศัย มารดาที่มีภาวะโลหิตจาง การมาฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ อายุครรภ์ขณะคลอด วิธีการคลอด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของทารก ประกอบด้วย เพศทารก ความพิการแต่กำเนิด ภาวะทารกขาดออกซิเจนหลังคลอด (birth asphyxia: Apgar score < 7)

ตัวแปรตาม คือ น้ำหนักทารกแรกคลอด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2500 กรัม 2) กลุ่มที่มีน้ำหนักแรกคลอดตั้งแต่ 2500 กรัมขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดำเนินการโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยและเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ทำการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบบันทึกข้อมูล โดยพิจารณาถึงความครอบคลุมของข้อมูลที่ต้องการวิเคราะห์ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และความเชื่อถือได้ของแหล่งข้อมูล (Data Source Reliability) ผลการประเมินพบว่าค่า S-CVI เท่ากับ 0.81 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติอนุมาน (Inferential Statistic) เพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) ที่ระดับความเชื่อมั่น (95%) ดังนี้ สถิติ Logistic regression เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยการวิเคราะห์ ดังนี้ การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Simple logistic regression และคัดเลือกตัวแปรต้นที่มีค่า p-value < 0.20 มาวิเคราะห์เข้าโมเดลพร้อมกันโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ระดับนัยสำคัญที่ p-value < 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต หนังสือรับรองเลขที่ PKPH 004/66 ลงวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของมารดา

มารดาส่วนใหญ่อายุ 20-34 ปี ร้อยละ 71.31 อายุเฉลี่ย 29.37 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) 6.25 มารดาส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลศรีสุนทร ร้อยละ 26.90 รองลงมาคือตำบลเทพกษัตรี ร้อยละ 22.43 และอยู่ภายใต้เขตบริการสุขภาพ รพ.สต.ศรีสุนทร และ PCU มุดดอกขาว ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 34.41 ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ที่คลินิก ร้อยละ 33.96 และโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 22.70 ผ่านการคลอด 1-2 ครั้ง ร้อยละ 46.02 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติแท้งลูก ร้อยละ 82.93 มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 53.35 มาฝากครรภ์คุณภาพ 1-4 ครั้ง ร้อยละ 50.76 รองลงมาคือฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 46.65 ส่วนใหญ่คลอดที่อายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ ร้อยละ 87.49 และคลอดด้วยวิธีการผ่าตัด ร้อยละ 52.90 สถานที่คลอดคือโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ร้อยละ 47.10

2. ข้อมูลทารกแรกคลอด อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

จากมารดาคลอดทั้งหมด 1,119 คน คลอดทารกส่วนใหญ่เป็นทารกเพศชาย ร้อยละ 50.94 มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2500 กรัม ร้อยละ 10.01 น้ำหนักเฉลี่ย 3,054.13 กรัม SD. 500.98 มีคะแนน Apgar Score ทารกแรกคลอด มากกว่า 7 คะแนน ร้อยละ 95.53 **3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต**

เมื่อใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Simple Logistic Regression พบว่ามีปัจจัยจำนวน 10 ปัจจัยคือ อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ ประวัติการแท้งลูก อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก คุณภาพการฝากครรภ์ อายุครรภ์ที่คลอด Hematocrit (Hct) มารดา สถานที่คลอด และคะแนน Apgar Score ทารกแรกคลอด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.20

เมื่อนำตัวแปรทั้ง 10 ตัวแปร ทดสอบพหุสหสัมพันธ์ (Multicollinearity) พบว่า ค่า Variance Inflation Factor (VIF) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1.05-1.84 และ Tolerance มีค่า ระหว่าง 0.54-0.95 ซึ่งตัวแปรอิสระในแบบจำลองทั้ง 10 ตัว ไม่มีปัญหาเรื่องพหุสหสัมพันธ์ จึงทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Logistic Regression พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คืออายุครรภ์ พบว่า มารดาที่มีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ มีโอกาสคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มากกว่ามารดาที่มีอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ไป 9.85 เท่า (95%CI=6.04-16.06) และคะแนนการประเมิน Apgar Score ของเด็กทารกแรกคลอด พบว่า ทารกที่มีคะแนนประเมิน Apgar Score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 มีโอกาสน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มากกว่าทารกที่มีคะแนนประเมิน Apgar Score มากกว่า 7 เป็น 5.20เท่า (95%CI=2.46-10.97) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัย	น้ำหนักตัวทารก		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	P-value
	< 2500 กรัม (n=39) จำนวน (ร้อยละ)	≥2500 กรัม (n=255) จำนวน (ร้อยละ)			
อายุ					
น้อยกว่า 20 ปี	12 (16.67)	60 (83.33)	2.26 (1.15-4.41)	1.05 (0.43-2.56)	0.908
20 – 34 ปี	65 (8.15)	733 (91.85)	Referent	Referent	
35 ปีขึ้นไป	35 (14.06)	214 (85.94)	1.84 (1.19-2.86)	1.50 (0.86-2.61)	0.154
พื้นที่ตำบลที่อยู่อาศัย					

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัย	น้ำหนักตัวทารก		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	P-value
	< 2500 กรัม (n=39) จำนวน (ร้อยละ)	≥2500 กรัม (n=255) จำนวน (ร้อยละ)			
เทพกษัตรี	22 (8.76)	229 (91.24)	Referent	NS	
ศรีสุนทร	37 (12.29)	264 (87.71)	1.46 (0.84-2.55)		
เชิงทะเล	14 (8.97)	142 (91.03)	1.03 (0.51-2.07)		
ไม้ขาว	15 (10.79)	128 (89.21)	1.26 (0.63-2.52)		
ป่าคลอก	20 (10.42)	172 (89.58)	1.21 (0.64-2.29)		
สาคู	4 (5.00)	76 (95.00)	0.55 (0.18-1.64)		
จำนวนการตั้งครรภ์					
ครรภ์แรก	32 (8.51)	344 (91.49)	Referent	Referent	
ครรภ์ที่ 2	44 (12.29)	314 (87.71)	1.51 (0.93-2.44)	1.11 (0.62-1.97)	0.734
ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	36 (9.35)	349 (90.65)	1.11 (0.67-1.83)	0.78 (0.38-1.58)	0.484
การฝากครรภ์					
ฝากครรภ์	103 (9.45)	987 (90.55)	Referent	Referent	
ไม่ได้ฝากครรภ์	9 (31.03)	20 (68.97)	4.31 (1.91-9.72)	2.04 (0.56-7.39)	0.277
ประวัติการคลอด					
ไม่เคยผ่านการคลอด	43 (9.79)	396 (90.21)	Referent	NS	
ผ่านการคลอด 1-2 ครั้ง	50 (9.71)	465 (90.29)	0.99 (0.65-1.52)		
ผ่านการคลอด 3 ครั้งขึ้นไป	19 (11.52)	146 (88.48)	1.20 (0.68-2.12)		
ประวัติการแท้งลูก					
มีประวัติการแท้งลูก	12 (6.28)	179 (93.72)	Referent	Referent	
ไม่มีประวัติการแท้งลูก	100 (10.78)	828 (89.22)	1.80 (0.97-3.35)	1.58 (0.71-3.51)	0.264
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก					
≤ 12 สัปดาห์	29 (5.56)	493 (94.44)	Referent	Referent	
> 12 สัปดาห์	83 (13.90)	514 (86.10)	2.75 (1.77-4.26)	1.60 (0.95-2.72)	0.080
คุณภาพการฝากครรภ์					
ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	29 (5.56)	493 (94.44)	Referent	Referent	
ฝากครรภ์ 1-4 ครั้ง	74 (13.03)	494 (86.97)	2.55 (1.63-3.98)	1.60 (0.95-2.72)	0.085
ไม่ได้ฝากครรภ์	9 (31.03)	20 (68.97)	7.65 (3.20-18.28)	3.27 (0.86-12.51)	0.111
ช่วงเดือนที่คลอดลูก					
มกราคม - มีนาคม	23 (8.85)	237 (91.15)	Referent	NS	
เมษายน -มิถุนายน	21 (9.09)	210 (90.91)	1.03 (0.55-1.92)		
กรกฎาคม - กันยายน	39 (11.71)	294 (88.29)	1.37 (0.79-2.35)		
ตุลาคม - ธันวาคม	29 (9.83)	266 (90.17)	1.12 (0.63-1.99)		
อายุครรภ์ที่คลอด					
≤ 37 สัปดาห์	61 (43.57)	79 (56.43)	14.05 (9.08-21.75)	9.76 (6.01-15.84)*	0.000
> 37 สัปดาห์	51 (5.21)	928 ((94.79)	Referent	Referent	
วิธีการคลอด					

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัย	น้ำหนักตัวทารก		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	P-value
	< 2500 กรัม (n=39) จำนวน (ร้อยละ)	≥2500 กรัม (n=255) จำนวน (ร้อยละ)			
คลอดปกติ	54 (11.46)	417 (88.54)	1.32 (0.51-3.45)		
ผ่าคลอด	53 (8.95)	539 (91.05)	1.00 (0.38-2.62)		
คลอดแบบอื่นๆ เช่น FC/ VE	5 (8.93)	51 (91.07)	Referent	NS	
ค่า Hematocrit มารดา					
ไม่ได้ตรวจ	4 (57.14)	3 (42.86)	13.84 (3.05-62.93)	5.53(0.65-47.39)	0.119
ต่ำกว่าปกติ (เกณฑ์ 33%)	27 (14.21)	163 (85.79)	1.72 (1.08-2.74)	1.38 (0.77-2.45)	0.276
ปกติ	81 (8.79)	841 (91.21)	Referent	Referent	
สถานที่คลอด					
รพ.ศูนย์	72 (13.66)	455 (86.34)	5.72 (2.71-12.04)	3.56 (1.54-8.22)*	0.003
รพ.ชุมชน	32 (10.85)	263 (89.15)	4.40 (1.99-9.71)	2.55 (1.01-6.40)*	0.047
รพ.เอกชน/ รพ.อบจ.	8 (2.69)	289 (97.31)	Referent	Referent	
เพศทารก					
ชาย	55 (9.65)	515 (90.35)	Referent	NS	
หญิง	57 (10.38)	492 (89.62)	1.09 (0.73-1.60)		
คะแนน Apgar Score ทารก					
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 7	25 (50.00)	25 (50.00)	11.29 (6.22-20.49)	5.31 (2.53-11.15)*	0.000
มากกว่า 7 ขึ้นไป	87 (8.14)	982 (91.86)	Referent	Referent	

*Significant p-value<0.05, NS= Not significant at p-value< 0.2 on simple logistic regression
OR= Odd Ratios, CI= Confident Interval

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย พบอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 10.38 ของทารกแรกเกิดมีชีพ สอดคล้องกับสถานการณ์อุบัติการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในประเทศไทยที่พบค่าเฉลี่ย ร้อยละ 9-10.5[5] ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ไม่ควรเกินร้อยละ 7[10] สถานการณ์ดังกล่าวถือเป็นประเด็นด้านสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว[3]

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของมารดา เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วย multiple logistic regression พบว่า อายุของมารดา ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง การตั้งครรภ์วัยรุ่น ตำบลที่อยู่อาศัย มารดาที่มีภาวะโลหิตจาง การมาฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ วิธีการคลอด ไม่แสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดภาวะน้ำหนักน้อยแรกคลอดของทารก ซึ่งอาจสะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพแม่และเด็กในพื้นที่ศึกษาที่สามารถลดความเสี่ยงจากปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ได้ในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของสมศรี ที่พบว่า แม้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและประวัติการแท้งจะมีแนวโน้มส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อน แต่ไม่สัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดอย่างชัดเจนในกลุ่มที่ได้รับการดูแลครรภ์อย่างต่อเนื่อง[13] ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยบางชิ้นที่ผ่านมา เช่น งานของ Smith et al.[4] การศึกษาของวิมล

วัลย์[9] และการศึกษาของชุติมา ไตรนภากุลและคณะ[7] ที่พบว่า มารดาอายุน้อยหรือมีระดับการศึกษาต่ำ มีความเสี่ยงต่อการมีบุตรน้ำหนักแรกคลอดน้อยมากกว่า ข้อจำกัดจากการไม่พบความสัมพันธ์จากปัจจัยส่วนบุคคลอาจมาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะพื้นฐานคล้ายคลึงกัน เช่น ระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน ทำให้ไม่มีความแตกต่างมากพอทางสถิติ อีกทั้งปัจจัยทางจิตสังคม ปัจจัยอย่างความเครียดของมารดา การสนับสนุนจากครอบครัว หรือพฤติกรรมสุขภาพ การสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์[2] ที่มีผลต่อน้ำหนักแรกคลอด ไม่ได้ถูกรวมในการวิเคราะห์ครั้งนี้ อีกทั้งการศึกษานี้เน้นเพียงผลลัพธ์ในช่วงแรกคลอด ขาดการติดตามผลหลังคลอด หากมีการติดตามพัฒนาการของทารกอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้เห็นผลกระทบจากน้ำหนักแรกคลอดน้อยในระยะยาวได้ชัดเจนขึ้น

ถึงแม้ว่าอายุครรภ์ของมารดาที่น้อยกว่า 37 สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดน้ำหนักแรกคลอดน้อยอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพิ่มโอกาสเกิดน้ำหนักน้อยถึง 9.85 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีอายุครรภ์ครบกำหนด ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของวิภาดา ซึ่งชี้ว่าอายุครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารก โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสสุดท้ายซึ่งเป็นระยะที่มีการสะสมไขมันและน้ำหนักตัวของทารกมากที่สุด[9] และสอดคล้องกับงานวิจัยของอรอุมา เชื้อหมอเฒ่า ซึ่งพบว่า มารดาที่มีอายุครรภ์คลอด ≥37 สัปดาห์ มีโอกาสที่ทารกจะมีน้ำหนักแรกคลอด ≥2,500 กรัม มากกว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนดถึง 16.34 เท่า (Adjusted OR = 16.34, 95% CI = 2.62–101.77) ควรมีการรณรงค์ให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ทันทีเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์[14] แต่สาเหตุที่แท้จริงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด ทำให้ปัญหานี้มีความยุ่งยากและซับซ้อนขึ้นในการที่จะดำเนินการแก้ไข อย่างไรก็ดีหากมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด อาจทำให้มีแนวทางที่จะช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกคลอด มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อให้เกิดรอด ปลอดภัย และสามารถนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องไปพัฒนากระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การศึกษาเรื่องน้ำหนักแรกคลอดที่มีผลกับพัฒนาการเด็ก ก็เป็นอีกประเด็นที่น่าจะนำไปศึกษาต่อ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา ในเรื่องเด็กน้ำหนักน้อยและการส่งเสริมพัฒนาการอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การติดตามทารกคลอดน้ำหนักน้อย ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังเรื่องการเจริญเติบโต สูง ดี สมส่วนและพัฒนาการตามวัย เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กช่วงวัย 0-5 ปี ให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้เด็กไทยที่มีอัตราการเกิดที่ลดลง แต่เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al.(2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 : a systematic analysis. Lancet. 2012;379(9832):2162–72.
2. Kramer MS.(1987). Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. Bull World Health Organ. 1987;65(5):663–737.
3. World Health Organization.(2023). Preterm birth: Key facts [อินเทอร์เน็ต]. Geneva: WHO; 2023 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/news-room/fact- sheets/ detail /preterm-birth
4. Smith GC, Pell JP, Dobbie R.(2003). Birth weight and the risk of neonatal death, infant mortality, and cerebral palsy among children in Scotland. Am J Obstet Gynecol. 2003;188(5):1032–7.

5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2565). อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight Rate) ปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2022 [เข้าถึงเมื่อ 19 เม.ย. 2025]. เข้าถึงได้จาก: https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/lbwr/index?year=2022
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานประจำปี 2566. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.
7. ชุติมา ไตรนภากุลและคณะ (2560) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในโรงพยาบาลราชบุรี วารสารแพทย์เขต 4-5 ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2560
8. ประพุทธ ศิริปุณย์.(2533). คำจำกัดความ อัตราตายและสาเหตุการตายของทารกแรกเกิด. ใน : ประพุทธ ศิริปุณย์,อุรพล บุญประกอบ, บรรณาธิการ. ทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้ว พิมพ์ ; 2533.7-12.
9. วิภาดา ลิ่มตระการ. ความสัมพันธ์ระหว่างการตั้งครรภ์ก่อนกำหนดกับน้ำหนักแรกคลอดน้อยในเขตภาคเหนือของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุข. 2562;49(2):129–137.
10. วิมลวัลย์ ศรีประเสริฐ.(2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารกในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุข. 2560;11(2):45–54.
11. นุกูล ปุ่ยสูงเนิน.(2566). การลดลงของความชุกอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยภายหลังการใช้แนวทางการดูแลใหม่ในหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2566;38(1):145.
12. สุภัทรวดี ภูมิพื้น.(2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาลบึงกาฬ [อินเทอร์เน็ต]. บึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2565[เข้าถึงเมื่อ 29 เม.ย. 2567]. เข้าถึงจาก: https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=202
13. สมศรี ทองทาบ.(2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารกในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2563;38(1):45–54.
14. อรอุมา เชื้อหมอเฒ่า.(2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2566;1(3):43–58.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

Development of Nursing Practice Guidelines for Triage System of Patients with Acute Stroke in Department of Accidental Emergency and Forensics at Wang Sam Mo Hospital, Udon Thani Province.

(Received: August 21,2025 ; Revised: August 29,2025 ; Accepted: August 30,2025)

นพรัตน์ อวิโรธน์[1]
Nopparat Awiroth[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการศึกษาเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะการวางแผน 2) ระยะการลงมือปฏิบัติ 3) ระยะการตรวจสอบผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 4) ระยะการปรับปรุงแก้ไขพัฒนา รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ พยาบาลวิชาชีพ 10 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง 15 คน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 2 คน เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน 4 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 7 คน และพนักงานเปล 2 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง 3) แนวทางการสนทนากลุ่ม และ 4) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เครื่องมือทุกชุดมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 โดยแบบประเมินความรู้และแบบประเมินทักษะมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 8.2 และ 9.2 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้สถิติ paired sample t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้หลัก content analysis

ผลการศึกษาครั้งนี้ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) แรกรับผู้ป่วย 2) การประเมินและการคัดกรองภาวะฉุกเฉิน 3) การวางแผนดูแลผู้ป่วย 4) การปฏิบัติดูแลผู้ป่วย 5) การวางแผนจำหน่ายทั้งในและนอกโรงพยาบาล 6) การประเมินซ้ำ 7) การให้ข้อมูลและเสริมพลัง 8) การดูแลต่อเนื่อง และ 9) กิจกรรมคู่ขนาน โดยมีผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล คือ ผู้ป่วย Stroke Fast track ที่ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาทีคิดเป็นร้อยละ 100

คำสำคัญ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, การคัดแยกผู้ป่วย, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และแผนกฉุกเฉินและนิติเวช

ABSTRACT

This study was action research to develop nursing practice guidelines of triage system to classify patients with acute stroke in Department of Accidental Emergency and Forensics at Wang Sam Mo Hospital, Udon Thani Province. The study process included 4 phases: 1) planning; 2) doing; 3) checking; and 4) action. Data were collected from the key informants, 10 registered nurses, and 15 general informants including two general physicians, four emergency medical technician, seven nurse aids and two stretcher workers. The instruments included 1) questionnaire on knowledge and skills in triaging acute stroke patients, 2) structured in-depth interview, 3) group discussion guide and 4) participatory observation guide. All instruments had a consistency index of 1, reliability of knowledge and skill questionnaires was 8.2 and 9.2, respectively. Quantitative data was analyzed using descriptive statistics and compared mean between before and after the development of nursing practice guidelines using paired sample t-test. Qualitative data was analyzed using content analysis.

The results showed that the nursing practice guidelines for caring patients with acute stroke in 9 steps including: 1) first patient admission, 2) emergency assessment and screening, 3) patient care planning, 4) patient care

[1] พว.ชำนาญการ, โรงพยาบาลวังสามหมอ อำเภอวังสามหมอ

practice, 5) discharge planning both inside and outside the hospital, 6) reassessment, 7) information and empowerment, 8) continuous care and 9) parallel activities. The outcome of Stroke Fast Track patients who were transferred within 30 minutes was 100 percent.

Key words: Nursing practice guidelines, Patients with acute stroke, Department of accidental emergency and forensics

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศ ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน[1] ผลกระทบที่ตามมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง สูญเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 20,632 ล้านบาทต่อปี[2] มีการประมาณการว่าเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชนิดเฉียบพลันบริเวณหลอดเลือดขนาดใหญ่ของสมองใหญ่ (supratentorium) พบว่ามีการสูญเสียเซลล์ประสาท 1.9 ล้านเซลล์ต่อนาที หรือ 32,000 เซลล์ต่อวินาที[3,4] สอดคล้องกับวลี “Time is brain”

การรักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉินหรือแผนกฉุกเฉินมุ่งเน้นที่การดูแลผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บ ที่มีอาการเฉียบพลันรุนแรง ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีก็อาจสูญเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจึงต้องได้รับการคัดกรองการเจ็บป่วย การจัดลำดับความเร่งด่วนหรือความหนักเบาของอาการ (Triage) เพื่อให้การรักษาพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายอย่าง ถูกต้องครบถ้วนและเหมาะสม[5] ซึ่งผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนต้องได้รับการประเมินและดูแลรักษาเป็นอันดับแรก และผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมินความต้องการแรกรับและประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา[6]

การคัดแยกผู้ป่วย (Triage) เป็นการซักประวัติและการตรวจอย่างรวดเร็วเพื่อจำแนกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มหรือประเภทตามลำดับความรุนแรง (ร้ายแรง) ของการเจ็บป่วยนั้น โดยระยะเวลาในการทำการสัมภาษณ์และการประเมินทางกายภาพหรือการตรวจร่างกายเบื้องต้นนั้น ควรทำอย่างเหมาะสมและกระชับโดยใช้เวลาประมาณ 4-5 นาที เป็นกระบวนการซึ่งต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่ ณ เวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ทั้งนี้ เนื่องจากอาการของผู้ป่วยอาจดีขึ้นหรือแย่ลงได้เสมอ ในระหว่างที่รอรับการตรวจต้องมีการคัดแยกซ้ำเป็นระยะหากมีอาการเปลี่ยนแปลงไป และต้องกระทำหลายครั้ง ในระหว่างกระบวนการดูแลผู้ป่วย[7] การดูแลเริ่มต้นด้วยการตรวจภาวะที่อาจทำให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว หากมีภาวะที่อาจทำให้เสียชีวิตต้องรีบแก้ไขก่อน หากผู้ป่วยไม่มีปัญหาที่จะทำให้เสียชีวิตจึงเริ่มซักประวัติและตรวจร่างกายโดยละเอียด แล้วจึงให้การรักษา นอกจากนั้นยังต้องให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการคัดแยกแก่ผู้ป่วยและญาติด้วย[8]

โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 55 เตียง โดยมีงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 24.46, 31.81 และ 55.12 ของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 94 ราย, 110 ราย และ 78 รายตามลำดับ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตัน คิดเป็น 3.39, 2.93 และ 1.28 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คืออัตราการ Activate Stroke Fast track ต้องได้ refer time stroke fast track ภายใน 30 นาที มากกว่าร้อยละ 80 พบว่าโรงพยาบาลวังสามหมอมีผลงานไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ป่วยเข้ารับบริการล่าช้า ได้รับการคัดแยกอาการไม่ถูกต้องและไม่ทันเวลา ส่งผลให้ได้รับการส่งต่อเพื่อเข้าสู่กระบวนการ Stroke Fast Track มากกว่า 30 นาทีถึงร้อยละ 65 เวลาที่น้อยที่สุดในการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่ง

ล้อหมุนเพื่อส่งต่อคือ 25 นาที ส่วนเวลาที่มากที่สุด คือ 97 นาที[9]

จากปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบคือทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังสามหมอ บางคนมีอาการทรุดลงหรือเสียชีวิต เจ้าหน้าที่ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เหนื่อยล้าเนื่องจากภาระงานมาก และเสี่ยงต่อการขัดแย้งรุนแรงระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ นอกจากนี้หน่วยงานยังได้รับผลกระทบคือหน่วยงานขาดมาตรฐานในการปฏิบัติงาน ห้องฉุกเฉินแออัดขึ้น ระยะเวลาให้บริการผู้ป่วยแต่ละประเภทนาน การส่งต่อผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น หน่วยงานถูกร้องเรียน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชของโรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดวงจรการควบคุมคุณภาพ PDCA (Deming circle) ของเอ็ดเวิร์ด เดมิง[10] ออกแบบการวิจัยดำเนินการเป็น 4 ระยะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี แบ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก 10 คน และผู้ให้ข้อมูลทั่วไป 15 คน รวมเป็นจำนวน 25 คน ผู้ศึกษาเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งจะทำให้ผู้ศึกษาได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม สามารถให้ข้อมูลได้หลากหลายและเป็นข้อมูลเชิงลึกเพียงพอต่อการนำไปวิเคราะห์ผลการวิจัย

คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ในระหว่าง 1 เมษายน 2567 – 31 มีนาคม 2568

ผู้ให้ข้อมูลทั่วไป คือ ผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีความรู้ กล้าแสดงความคิดเห็น และยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดกระบวนการ ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 2 คน เวชกิจฉุกเฉิน 4 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 7 คน และพนักงานเปล 2 คน รวมเป็นจำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน การอบรมเกี่ยวกับมาตรฐานการคัดแยกผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชของโรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี โดยผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามมาจากการทบทวนวรรณกรรมและวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ check list ให้เลือก 2 คำตอบ คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิด = 0 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชของโรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามมาจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามครอบคลุมทักษะการคัดแยกผู้ป่วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย 2) การคัดแยกผู้ป่วยที่ถูกต้องแม่นยำ 3)

การดูแลผู้ป่วยตามความเร่งด่วน 4) การส่งต่อผู้ป่วย และ 5) การคัดแยกผู้ป่วยซ้ำ (Triage round) รวมจำนวน 20 ข้อ กำหนดคะแนนแบบการประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์ในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

3) แนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้นำการสนทนากลุ่มเพื่อสอบถามความคิดเห็นจากบุคลากรทุกระดับเกี่ยวกับแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยเชิงระบบ พร้อมทั้งประเด็นที่ต้องการพัฒนาและการแก้ไขปัญหาอุปสรรคร่วมกันระหว่างบุคลากรทุกระดับ

4) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับ จนถึงการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งต่อ และสังเกตกิจกรรมการให้บริการของบุคลากรทุกระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยวิธีการหาค่าดัชนี ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 4 ชุดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ จำนวน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องและความเหมาะสมของเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะแล้วจึงนำเครื่องมือไปใช้รวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ การหาความเชื่อมั่น (reliability) การหาความเชื่อมั่นแบบประเมินความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วย จำนวน 20 ข้อ เพื่อหาความเชื่อมั่นโดยการทดสอบว่าแบบทดสอบหรือแบบสอบถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์กับข้ออื่นๆ ในฉบับเดียวกันหรือไม่ด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นไม่ต่ำกว่า .82 และการหาความเชื่อมั่นแบบประเมินทักษะในการการคัดแยกผู้ป่วย โดยการนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิไปทดสอบกับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 15 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

ขั้นตอนการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดวงจรการควบคุมคุณภาพ PDCA (Deming circle) ของเอ็ดเวิร์ด เดมิง [10] ออกแบบการวิจัยดำเนินการเป็น 4 ระยะ มีรายละเอียดดังกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผนและพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Plan)

1) การศึกษาสภาพปัญหาการรับบริการ ความต้องการ และรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยมีกิจกรรมได้แก่ ศึกษาเอกสาร กรอบแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร เกี่ยวกับนโยบายในการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วย การสนทนากลุ่มย่อยผู้ให้ข้อมูลและผู้ให้ข้อมูลทั่วไป

2) พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยมีกิจกรรมได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มเป้าหมายหลักและกลุ่มเป้าหมายรอง เพื่อร่วมกันออกแบบแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (ฉบับร่าง) การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (ฉบับร่าง) เสนอผู้บริหาร บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญได้ร่วมพิจารณาให้ความเห็นและข้อเสนอแนะ และแก้ไขปรับปรุงปฏิบัติทางการพยาบาล (ฉบับร่าง) ตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Do) การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไปใช้ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีขั้นตอน คือ ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน มอบหมายผู้รับผิดชอบแต่ละกิจกรรมการพยาบาลเพื่อรวบรวมข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ พัฒนาความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ให้การดูแลและคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันตามแนวปฏิบัติ (ฉบับร่าง)

ระยะที่ 3 การตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Check) เป็นการตรวจสอบผลการดำเนินงานในแต่ล่ะขั้นตอนของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลว่ามีปัญหาอะไรเกิดขึ้น จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนงานในขั้นตอนใด รวมถึงการตรวจสอบผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ได้แก่ การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การประเมินผู้ป่วย ด้วยการทำ MOPH ED. triage และ Fast Tract 2) ความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยใช้กรอบในการปฏิบัติของ MOPH ED Triage ของกระทรวงสาธารณสุข[2] 3) การจัดระดับความเร่งด่วนในการดูแลและการส่งต่อ และ 4) ภาวะคุกคามต่อชีวิตและความพิการของผู้ป่วย

การประเมินผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วยร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยกภายใน 4 นาที และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ของผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และผู้บริหาร

ระยะที่ 4 การปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติเพื่อนำไปใช้จริง (Action)

คือการนำผลการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปปรับปรุงแก้ไขส่วนที่มีปัญหา หรือหากผู้ปฏิบัติยอมรับแนวทางการปฏิบัติตามแผนงานที่ได้ผลสำเร็จ โดยไม่มีปัญหาหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติมใด จากนั้นนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 7168

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวางแผนและพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Plan)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.0) มีอายุเฉลี่ย 31.75 ปี (S.D. = 5.35, Range = 25-49 ปี) โดยทุกคนมีวุฒิการศึกษาขั้นสูงสุดในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 100) สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.0) มีอายุเฉลี่ย 36.24 ปี (S.D. = 6.42, Range = 25-48 ปี) โดยส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาขั้นสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 40.00) นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ยังได้พบประเด็นปัญหาและข้อเสนอแนะต่างๆ ซึ่งสามารถสรุปประเด็นปัญหาได้ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STROKE โรค Stroke เป็นโรคที่พบบ่อย 1 ใน 5 ของโรคฉุกเฉิน โรคที่เกินขีดความสามารถในการรักษาของโรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วยมีจำนวนแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ปี 2557-2559 อัตราการเข้าถึงทันเวลา (120 นาที) น้อย ดังนั้นจึงควรพัฒนาระบบบริการให้ครอบคลุมทั้งในระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล ขณะนอนพักษาตัว และหลังจำหน่าย โดยปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เช่น คัดกรองหากลุ่มเสี่ยงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปโดยใช้โปรแกรม Thai CVD risk ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรค STROKEและการเข้าถึงบริการให้ทันเวลา จัดอบรมสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการดูแลผู้ป่วย พัฒนาระบบ Stroke Fast Tract จัดอบรมสมรรถนะพยาบาล ER จุดคัดกรองในการประเมินผู้ป่วย Stroke

Fast Tract รวมถึงติดตามผลการวินิจฉัย การรักษาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายทุกราย และจัดทำทะเบียนผู้ป่วย Stroke เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Stroke ถูกต้องและรวดเร็ว สามารถเข้าถึงระบบบริการทันเวลามากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ส่งต่อและได้รับการเฝ้าระวังและดูแลขณะส่งต่ออย่างรวดเร็วถูกต้องทันเวลา

ประเด็นที่ 2 การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าในพื้นที่อำเภอวังสามหมอยังมีเครือข่าย EMS ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่และเครือข่ายเดิมปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่อง จึงมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการพัฒนาระบบบริการให้เพิ่มจำนวนเครือข่าย EMS ให้ครอบคลุม โดยการประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมเป็นเครือข่าย EMS ขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและมีการตรวจเยี่ยมเครือข่าย EMS เป็นประจำเพื่อรับทราบปัญหาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

ประเด็นที่ 3 พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ตาม Functional competency

ควรมีการพัฒนาและเพิ่มขีดสมรรถนะระดับบุคคลให้เอื้อต่อภารกิจขององค์กรโดยฝึกอบรมตาม Training need และ SERVICE PLAN โดยการปฐมนิเทศ การฝึกทักษะ การสอนงานบุคลากรและการส่งประชุมอบรม และมีการประเมินสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาล จัดกิจกรรมสร้างความรู้/กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ/นวัตกรรมในหน่วยงานและกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแบ่งปันความรู้ เพื่อให้บุคลากรงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นและทันสมัยต่อยุคปัจจุบัน

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล จากการประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มเป้าหมายหลักและกลุ่มเป้าหมายรอง ซึ่งได้มีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฉบับเดิมและนำมาร่วมกันพิจารณา ปรับปรุง และเพิ่มเติมรายละเอียดต่างๆ ให้เหมาะสม สามารถนำไปใช้งานได้จริงในการดูแลผู้ป่วย (ดังรายละเอียดในตารางที่ 1)

ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของโรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี (ฉบับร่าง) ไปเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและขั้นตอนการปฏิบัติก่อนนำไปทดลองใช้โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ได้มีการปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติ สามารถสรุปได้เป็น 9 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แรกรับผู้ป่วย การรับผู้ป่วย ณ. จุดเกิดเหตุ โดยมีกิจกรรมได้แก่ รับผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่มาด้วยระบบ EMS ออกบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทันเวลา มีหน่วยบริการในเครือข่ายที่รับผิดชอบครอบคลุม และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้าย ณ.จุดเกิดเหตุ อย่างถูกวิธี รวดเร็ว ปลอดภัย กำหนดตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ Response time ของEMS-อุบัติการณ์ข้อบกพร่องขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย = 0 ความครอบคลุมของหน่วยบริการ EMS > 80% อัตราผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดย EMS > 50%

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและการคัดกรองภาวะฉุกเฉิน จัดให้มีการคัดกรองจำแนกตามความรุนแรงได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ผู้ป่วย Fast track ได้รับการดูแลและส่งต่อได้ทันเวลา และมีการประเมินอาการและบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยตามลำดับความรุนแรงของอาการและปัญหาที่คุกคามชีวิตได้ถูกต้อง ครบถ้วน โดยกำหนดตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ อัตราการคัดกรองผู้ป่วย Level 1, 2 ผิดพลาด Under triage 5% Over triage 15% อัตราการส่งต่อ ผู้ป่วย Fast track ได้ทันเวลา และอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด

ขั้นตอน 3 การวางแผนดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยได้รับการวิเคราะห์และรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน โดยมีตัวชี้วัดสำคัญ คือ อัตราการวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง

ขั้นตอน 4 การปฏิบัติดูแลผู้ป่วย ขั้นตอนนี้นับเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ผู้ป่วยควรได้รับการการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ตามภาวะของโรค และปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญ คือ อัตราเกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยและรักษา อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก

การรักษาและหัตถการ และอัตราการเสียชีวิตที่ไม่สมควรตาย

ขั้นตอนที่ 5 การวางแผนการจำหน่ายทั้งในและนอกโรงพยาบาล เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยและญาติจะมีเข้าใจการรักษาของแพทย์ ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ รวมถึงผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมีความปลอดภัยและทันเวลา โดยตัวชี้วัดสำคัญคือ อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชม. อัตราความพึงพอใจ และอัตราการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินได้ทันเวลา

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินซ้ำ เป็นขั้นตอนการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล มีตัวชี้วัดสำคัญคือ ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 7 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง เป็นขั้นตอนของการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล กำหนดตัวชี้วัดสำคัญ คือ ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 8 การดูแลต่อเนื่อง ขั้นตอนนี้ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอน คือ การส่งต่อผู้ป่วย การจำหน่ายกลับบ้าน และไปยังตึกผู้ป่วยหรือ รพ.ทั่วไป/ศูนย์ และการดูแลกรณีเสียชีวิต โดยมีตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ อัตราผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน/อาการทรุดลง/เสียชีวิต ขณะส่งต่อ/ย้ายเข้าตึก อัตราผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำใน 48 ชั่วโมง โดยไม่ได้นัด และจำนวนข้อร้องเรียน ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการพยาบาล = 0

ขั้นตอนที่ 9 กิจกรรมคู่ขนาน ขั้นตอนนี้ประกอบด้วยการบันทึกทางการพยาบาลและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย มีตัวชี้วัดสำคัญ คือ อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน > 80 % และจำนวนข้อร้องเรียน ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการพยาบาล

ระยะที่ 3 การตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ ผลการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยการใช้แบบสอบถามและการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกเรื่องและในภาพรวม (*p-value* < .01) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

ความรู้	N	Mean	S.D.	95% CI	t	p-value
ความรู้ทั่วไปเรื่องโรค						
ก่อนทดลอง	10	4.00	1.78	-6.47 - -4.83	-14.39	.00
หลังทดลอง		9.65	.67			
การคัดแยกผู้ป่วย						
ก่อนทดลอง	10	2.15	1.09	-3.29 - -2.21	-10.56	.00
หลังทดลอง		4.90	.31			
การพัฒนาแนวปฏิบัติ						
ก่อนทดลอง	10	1.25	.85	-3.86 - -2.65	-11.24	.00
หลังทดลอง		4.50	.89			
ภาพรวมความรู้						
ก่อนทดลอง	10	7.40	2.28	-12.84 - -10.46	-20.52	.00
หลังทดลอง		19.05	1.00			

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติในขั้นตอนการประเมินและการคัดกรองภาวะฉุกเฉิน การวางแผนดูแลผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายทั้งในและนอกโรงพยาบาล การประเมินซ้ำ การให้ข้อมูลและเสริมพลัง และกิจกรรมคู่ขนาน (*p-value* < .01)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทักษะการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 9 ขั้นตอน ก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

ทักษะ 9 ขั้นตอน	N	Mean	S.D.	95% CI	t	p-value
แรกรับผู้ป่วย						
ก่อนทดลอง	10	5.10	.79	-.15 - .65	1.31	.20
หลังทดลอง		6.05	.76			
การประเมินและการคัดกรองภาวะฉุกเฉิน						
ก่อนทดลอง	10	5.85	.88	-1.63 - -.47	-3.80	.00
หลังทดลอง		6.90	1.07			
การวางแผนดูแลผู้ป่วย						
ก่อนทดลอง	10	5.55	1.15	-2.26 - -.64	-3.75	.00
หลังทดลอง		7.00	.73			
การปฏิบัติดูแลผู้ป่วย						
ก่อนทดลอง	10	1.85	.81	-.53 - .23	.83	.42
หลังทดลอง		2.00	.000			
การวางแผนจำหน่ายทั้งในและนอกโรงพยาบาล						
ก่อนทดลอง	10	3.10	1.17	-2.86 - -1.24	-5.30	.00
หลังทดลอง		5.15	.88			
การประเมินซ้ำ						
ก่อนทดลอง	10	3.00	1.52	-2.72 - -1.18	-5.32	.00
หลังทดลอง		4.95	.94			
การให้ข้อมูลและเสริมพลัง						
ก่อนทดลอง	10	3.05	1.23	-2.53 - -1.17	-5.66	.00
หลังทดลอง		4.90	.79			
การดูแลต่อเนื่อง						
ก่อนทดลอง	10	3.85	1.63	-1.37 - .37	-1.21	.24
หลังทดลอง		4.35	.93			
กิจกรรมคู่ขนาน						
ก่อนทดลอง	10	3.20	1.64	-2.85 - -.95	-4.20	.00
หลังทดลอง		5.10	.85			
ภาพรวมทักษะ						
ก่อนทดลอง	10	33.45	6.03	-15.77 - -10.13	-9.62	.00
หลังทดลอง		46.40	2.28			

สำหรับการประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี รายละเอียดดังตารางที่ 3 ถึง 5

ตารางที่ 3 ตารางแสดงผลลัพธ์ทางการพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	ก่อนการพัฒนา (1-31 ธค. 67)	หลังการพัฒนา (1-30 เมย. 68)
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันทั้งหมด	6	7
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ได้รับการคัดแยก ตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล		
- สีแดง	5	7
- สีชมพู	1	0
- สีเหลือง	0	0
จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อน เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก ชัก เกร็ง กระตุก เหนื่อยหอบ	0	0
ข้อจำกัดในกรณีผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งต่อมากกว่า 30 นาที	On ETT Hyperkalemia	On ETT failure

ตารางที่ 4 ตารางแสดงผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ 2 ปีย้อนหลัง และหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ข้อมูล Stroke Fast Track/ปี	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2568 (ตค 67-เมย. 68)
จำนวนเคส	23	35	14
Door To Refer ภายใน 30 นาที (ราย)	10	4	5
อัตราของ Door to refer < 30 นาที	75	66.66	71.42

ตารางที่ 5 แสดงผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ 2 เดือน และหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

Stroke Fast Track	กุมภาพันธ์ 2568	มีนาคม 2568	เมษายน 2568	พฤษภาคม 2568
จำนวนผู้ป่วย	4	3	7	6
Door To Refer ภายใน 30 นาที	3	3	6	6
อัตราของ Door to refer < 30 นาที	75	100	85.71	100

ระยะที่ 4 การปรับปรุงแก้ไขแนวทางปฏิบัติเพื่อนำไปใช้จริง

บทเรียนที่ได้รับ

1. พยาบาลผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะในการ Triage โดยฝึกทำโจทย์อย่างสม่ำเสมอ จนเกิดความชำนาญ จะช่วยส่งผลให้การคัดแยกผู้ป่วยมีความถูกต้องมากขึ้น

2. การนำผู้ป่วยมาตรวจทบทวนความถูกต้องในการ Triage และนำมาทบทวนถึงเหตุผลในการให้ระดับความรุนแรง

ปัญหาและอุปสรรค

1. ไม่มีการทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาในการ Triage โดยใช้ ไม่ถูกต้องจากหน่วยงานที่มีความรู้ด้านการรักษาที่ชำนาญกว่า

2. พยาบาลผู้ปฏิบัติงานขาดความตระหนักในการคัดแยกที่ถูกต้อง

โอกาสพัฒนาต่อเนื่อง

1. จัดให้มีพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีการ Triage ผู้ป่วยที่มารับบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง

2. จัดทำแนวทางการ Triage ที่เหมาะสม นำมาใช้ในหน่วยงาน

3. ควรมีการทบทวนการ Triage อย่างสม่ำเสมอ

4. ส่งเจ้าหน้าที่อบรมนอกสถานที่

5. เทียบเคียงตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยได้รับการคัดกรองถูกต้อง กับโรงพยาบาลขนาด F2 ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นรูปแบบที่มีการวิเคราะห์ปัญหา และมีวิธีแก้ไขปัญหาและประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ครอบคลุมในเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคือกลุ่มผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ซึ่งทำให้ได้เนื้อหาของแนวปฏิบัติที่มีความเหมาะสม ครอบคลุม ในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันทั้ง 9 ขั้นตอน และการให้ผู้ปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา และได้แสดงความคิดเห็นจะทำให้มีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของและต้องการคงไว้ซึ่งสิ่งที่ได้ร่วมสร้างหรือพัฒนา การปรับเปลี่ยนการปฏิบัติใหม่โดยผู้ปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาจะทำให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้สึกการเป็นเจ้าของ[11,12]

นอกจากนี้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ได้พัฒนาจากค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เป็นแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจากสถาบันต่างๆ รวมถึงแนวปฏิบัติจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มาประยุกต์และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลวังสามหมอ ผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติที่สืบค้นถือว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ที่นำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปปฏิบัติได้

การจัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้จัดทำเป็นคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และสามารถใช้แนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้ง่ายขึ้น[13,14] ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์และคำจำกัดความของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ขอบเขตของแนวทางการคัดแยกผู้ป่วย แผนภูมิประกอบการดูแลผู้ป่วย แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลันได้ครอบคลุมตามขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย 9 ขั้นตอน

อย่างไรก็ตาม จากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยประเมินผลจากระยะเวลาที่ให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งส่งต่อ ผลการพัฒนาพบว่าระยะเวลาในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลวังสามหมอจนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลอุดรธานี ลดลงจากเดิมเวลาเฉลี่ยที่ใช้คือ 32 นาที เดิมใช้เวลาเฉลี่ย 40 นาที และไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงหรือเสียชีวิต แสดงถึงการมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ปรับปรุงขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยและบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งการมีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยารัตน์ หล้าธรรม[13] พบว่าผลการศึกษาจากการใช้แนวปฏิบัติมีผลทำให้ช่วยการตัดสินใจในการคัดแยกผู้ป่วย เพิ่มความถี่ในการประเมินอาการผู้ป่วย เพิ่มการควบคุมดูแล เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง

จากผลลัพธ์ที่ได้จะเห็นได้ว่าจากการประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการ

พยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่าระยะเวลาในการคัดแยกผู้ป่วยถึงแม้ระยะเวลาเฉลี่ยทั้งหมดจะได้ตามมาตรฐานแต่ยังไม่เห็นชัดเจนว่าสามารถลดระยะเวลาในการคัดแยกผู้ป่วยได้ เนื่องจากเป็นการนำไปใช้เป็นเพียงการนำไปใช้ในระยะสั้น ส่วนผู้ปฏิบัติเริ่มใช้แนวปฏิบัติอาจทำให้สับสนในการใช้ ทำให้การประเมินผลได้ไม่ถูกต้อง แต่จากผลลัพธ์ที่ได้พบว่าความรวดเร็วในแต่ละกิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญ หากสามารถลดระยะเวลาในแต่ละกิจกรรมได้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว เหมาะสมและปลอดภัย

ดังนั้นการมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจะสามารถช่วยในการคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย เนื่องจากเป็นสิ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจในการให้การพยาบาล และเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ส่วนระยะเวลาในการให้การดูแลอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการควบคุม ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤต หรืออาการทรุดลง จึงต้องใช้เวลาในการดูแลนานขึ้น ปัจจัยจากการส่งต่อ ได้แก่ ปัญหาการใช้รถส่งต่อผู้ป่วย หรือปัญหา การจราจรที่เป็นช่วงเวลาการจราจรหนาแน่น แม้แต่การรอในการส่งผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉินเมื่อไปถึงโรงพยาบาลปลายทาง เนื่องจากมีผู้ป่วยที่ส่งต่อจำนวนมาก การเข้าถึงจึงล่าช้า[14,15] ซึ่งประเด็นเหล่านี้จะได้นำเข้าสู่แนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันในเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

ข้อเสนอแนะ

นักวิจัยทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการทางการพยาบาลเพื่อคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติกลุ่มโรคอื่นๆ นำไปสู่การพัฒนางานวิจัยเพื่อการออกแบบรูปแบบปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถทำให้ประชาชนมีความสูญเสียน้อยลง ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อชีวิตและความพิการ และพัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสำหรับพยาบาลละหน่วยบริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2565 [internet]. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites /default/files/ health_statistic2565.pdf.
2. สำนักวิชาการแพทย์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.MOPH ED. Triage.นนทบุรี: กระทรวง สาธารณสุข. 2561
3. วิพุธ เล้าสุขศรี, ปาริชาติ ชิวปรีชา, นูรียันญ์ สาเมาะ, ญาณิศา ไทยมิตร และทวีวรรณ ศรีสุขคำ. การทำนายโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่มารับการรักษาในห้องฉุกเฉินด้วยระบบการคัดแยกผู้ป่วยของประเทศไทยและ Trauma and Injury Severity Score (TRISS). [เข้าถึงเมื่อ 26 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงจาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CMMJ MedCMJ/article/ download/253938/171448.
4. World Stroke Organization (WSO). WSO Global Stroke Fact Sheet 2022 [internet]. [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2563]. เข้าถึงจาก https://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/wso-global-stroke-fact-sheet-2022.
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. MOPH ED. Triage.นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการ แพทย์ กระทรวง สาธารณสุข. 2561.
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (The Program and Disease Specific Standard: PDSS). 2566.
7. เยาวลักษณ์ผุยหัวโทน และ จุไรพร กนกวิจิตร. การศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนก ผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. [เข้าถึงเมื่อ 26 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงจาก https://www.cmneuro.go.th/TH/research/63-Full%20Paper%E0%B9%80%E0%B8% A2%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%.
8. มยุรี มานะงาน. ผลของการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจักราช อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. [เข้าถึงเมื่อ 26 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงจาก https://he01.tci thaijo.org/index.php/phn/article/download/245733/167755/
9. โรงพยาบาลวังสามหมอ. รายงานผลการปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ 2566.

10. Deming, E.W. ความหมายของ PDCA. [เข้าถึงเมื่อ 26 มกราคม 2566]. เข้าถึงจาก http://uac.kka.ac.th/metamorph_grass/QA/Report/PDCA.pdf.
11. ธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ. การพัฒนากระบวนการคัดกรองสำหรับห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการที่ 3 จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้โปรแกรมมือถือ. [เข้าถึงเมื่อ 26 กรกฎาคม 2565].
12. สุวสันต์ บุญยะรัตน์. ความแม่นยำของระบบการคัดกรองผู้ป่วยด้วยดัชนีความรุนแรงอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เทียบกับเกณฑ์คัดแยกและมาตรความเฉียบพลันแคนาดา ในผู้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. [เข้าถึงเมื่อ 26 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงจาก https://he01.tci thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/245664/171807
13. กัลยารัตน์ หล้าธรรม. การศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์. [เข้าถึงเมื่อ 24 พฤษภาคม 2561]. เข้าถึงจาก https://gsbooks.gs.kku.ac.th/60/nigrc2017 /pdf/MMP27.pdf
14. ทัศนีย์ ภาคภูมิวินิจฉัย, โสพิศ เวียงโอสถ และกฤตพัทธ์ ฝึกฝน. ประสิทธิผลของการใช้แนว ปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 2562; 20(1), 66-76.
15. เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ ฉุกเฉินโรงพยาบาลโชคชัย. [เข้าถึงเมื่อ 26 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงจาก https://he02.tci thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/248717/169783

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง (TEAMV) ในผู้สูงอายุที่มีระดับการรู้คิดบกพร่องน้อย

Results of the Brain Potential Development Program (TEAMV) in elderly people with mild cognitive impairment.

(Received: August 23,2025 ; Revised: August 30,2025 ; Accepted: August 31,2025)

เกศณี สีรี[1]
Kesanee Seeree [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อย โรงเรียนไทรโยควัยเก๋า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง (TEAMV) และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาของโรงเรียนไทรโยควัยเก๋า ได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วย MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT TEST (MoCA test) และมีคะแนน การรู้คิดน้อยกว่า 25 คะแนน จำนวน 25 คน ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) พร้อมเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง (TEAMV) พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดเล็กน้อย เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าคะแนนก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง, ผู้สูงอายุ, การรู้คิด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the mean cognitive scores of older adults with mild cognitive impairment before and after participating in the Brain Potential Enhancement Program (TEAMV), as well as at a one-month follow-up. The participants consisted of 25 elderly individuals who were registered students at the Sai Yok Senior School in Kanchanaburi Province. They were screened for cognitive impairment using the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test and scored below 25 points. All participants voluntarily consented to take part in the study and completed the entire program. The research instruments included the TEAMV program and a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and repeated measures analysis of variance (Repeated Measures ANOVA), followed by Bonferroni pairwise comparisons.

The results revealed that after participating in the TEAMV program, the mean cognitive scores of older adults with mild cognitive impairment significantly increased. The scores immediately after the intervention and at the one-month follow-up were significantly higher than those before the program.

Keywords: Brain Potential Enhancement Program, older adults, cognition

บทนำ

การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นระหว่างการเปลี่ยนแปลงตามปกติของอายุและภาวะสมองเสื่อม ซึ่งพบได้ในผู้สูงอายุทั่วโลกอย่างแพร่หลาย โดยมีความชุกของภาวะนี้อยู่ในช่วงร้อยละ 3–25 ขึ้นอยู่กับคำนิยามและวิธีการศึกษาของแต่ละงานวิจัย นอกจากนี้ อุบัติการณ์ของ MCI ยังเพิ่มขึ้นราวร้อยละ

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

1 ต่อปี ส่งผลให้ภาวะนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก[1,2] สำหรับประเทศไทย มีรายงานความชุกของการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 21.54[3] และในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังพบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 52.76 นอกจากนี้ ประเทศไทยยังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.1 คาดการณ์ในปี พ.ศ. 2583[4] การสำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลไทรโยค ซึ่งมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 15.6 ของประชากรทั้งหมด พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับน้อยถึงร้อยละ 9.41 และระดับรุนแรงร้อยละ 0.29 (ข้อมูล พ.ศ. 2567) ทั้งนี้ ข้อมูลจากโรงพยาบาลและทีมสหวิชาชีพในพื้นที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับการเกิดการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด[5]

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานของสมองในด้านความจำ การคิด การตัดสินใจ รวมถึงพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาเป็นภาวะสมองเสื่อมเต็มรูปแบบ (dementia) โดยมีอัตราการเปลี่ยนแปลงเป็นสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 10-15 ต่อปี[6] อาการที่พบในผู้มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) ได้แก่ การหลงลืมคำศัพท์ เล่าเรื่องซ้ำ และมีความยากลำบากในการทำกิจวัตรขั้นสูง เช่น การจัดการยา การใช้โทรศัพท์ และการบริหารการเงิน แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถทำกิจวัตรพื้นฐานได้เอง แต่ปัญหาดังกล่าวมีผลต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอิสระ[7] นอกจากนี้ ภาวะสมองเสื่อมยังส่งผลกระทบโดยตรงต่อครอบครัว ผู้ดูแล และระบบสาธารณสุข เนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรและการดูแลระยะยาว ตลอดจนก่อให้เกิดความเครียดและภาระทางเศรษฐกิจอย่างมาก[8] ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุไทย

แม้ว่าจะมีงานวิจัยหลายชิ้นศึกษาภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในผู้สูงอายุทั้งในระดับโลกและประเทศไทย แต่ยังมีช่องว่างความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับการป้องกันและการดูแลในชุมชนที่เน้นการกระตุ้นสมองอย่างเป็นระบบในบริบทท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ตำบลไทรโยคที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากและมีปัจจัยเสี่ยงโรคเรื้อรังสูง[5] นอกจากนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกสมอง (cognitive stimulation) และการใช้เทคนิคการกระตุ้นทางสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ยังมีน้อยในบริบทของประเทศไทย โดยงานวิจัยระบบต่างประเทศพบว่าการฝึกสมองสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการรับรู้และลดการลุกลามของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้ (systematic review)[6,7] แต่ยังขาดการศึกษาที่นำมาปรับใช้กับบริบทชุมชนในประเทศไทยอย่างเหมาะสม และยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ชนบท[8] ดังนั้น การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและการกระตุ้นสมองที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลไทรโยคจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและชะลอความเสื่อมของสมอง ตลอดจนลดภาระของครอบครัวและระบบสาธารณสุขในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง (TEAMV) ในผู้สูงอายุที่มีระดับการรู้คิดบกพร่องน้อย โรงเรียนไทรโยควัยเก๋า

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อย โรงเรียนไทรโยควัยเก๋า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง (TEAMV) และระยะติดตามผล 1 เดือน

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research design) ทำการศึกษากลุ่มเดียว แบบวัดซ้ำ (One group pretest-posttest and follow-up design) เก็บข้อมูลก่อนและหลัง และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง (TEAMV) ในผู้สูงอายุที่มีระดับการรู้คิดบกพร่องน้อย โรงเรียนไทรโยควัยเก๋า โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง (TEAMV) ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยการเก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาของโรงเรียนไทรโยควัยเก๋า ที่ได้รับการประเมินระดับการรู้คิดพบว่ามีความบกพร่องเล็กน้อย จำนวน 80 คน[5]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ได้กำหนดและคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.7 โดยตั้งค่าการทดสอบเป็น t-tests ในช่อง Test Family และเลือก Mean: Difference between two independent means (two groups) ในช่อง Statistical test ส่วนการวิเคราะห์กำหนดเป็น A priori: Compute required sample size - given power and effect size ในช่อง Type of power analysis โดยกำหนดค่า Tails เป็น Two-sided test, ค่า alpha error probability (err prob) เท่ากับ 0.05 และกำหนดค่า Power (1 - beta error probability) เท่ากับ 0.95 โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้าเพื่อกำหนดค่า effect size เท่ากับ 1.10 หลังจากกดคำนวณ (Calculate) พบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และเพิ่มกลุ่มทดลองอีก 20% เป็น 21 คน เพื่อรองรับการหลุดออกจากการศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดใช้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 25 คนโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

(1) เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้างานวิจัย (Inclusion criteria) ประกอบด้วย (1) มีอายุระหว่าง 60–75 ปีบริบูรณ์ (2) ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel ADL Index) อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่12 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน[9] (3) ได้รับการประเมินภาวะการรู้คิดโดยใช้แบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) และมีคะแนนน้อยกว่า 26 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ซึ่งแสดงถึงภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย[10] (4) ได้รับการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) แล้วมีผลคะแนนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ โดยจำแนกตามระดับการศึกษา ดังนี้: 4.1) ไม่ได้เรียนหนังสือ: ≥ 15 คะแนน จาก 23 คะแนน 4.2) ระดับประถมศึกษา: ≥ 18 คะแนน จาก 30 คะแนน 4.3) ระดับสูงกว่าประถมศึกษา: ≥ 23 คะแนน จาก 30 คะแนน[11] (5) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด การได้ยิน และสามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ (6) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการศึกษาและการติดตามผล

(2) เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย (1) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม (2) ผู้สูงอายุที่เกิดเหตุสุดวิสัยหรืออุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนดเวลา

เครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

(1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองที่ใช้ในครั้งนี้พัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แนวปัญญานิยม (Cognitive Learning Theory) โดยจัดกิจกรรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ภายในกิจกรรมประกอบด้วยการกระตุ้น

การรับรู้ทั่วไป ได้แก่ การรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล การเคลื่อนไหวร่างกาย และการฝึกทักษะการทำงานของสมองผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น เกมคำศัพท์ การวาดภาพ การนับเลขย้อนหลัง ฯลฯ

(2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Check List) รวม 5 ข้อ

2) แบบประเมินระดับการรู้คิด: The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

ดัดแปลงมาจากแบบประเมิน *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)* ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก ใช้เวลาประเมิน 10–15 นาที มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนน ≥26 ถือว่ามีการรู้คิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประเมินการทำงานของสมอง 11 ด้าน ได้แก่:

2.1) การเชื่อมโยงลำดับ (Alternative Trail Making)

2.2) การสร้างภาพ 3 มิติ (Cube Drawing)

2.3) การวาดนาฬิกา (Clock Drawing)

2.4) การเรียกชื่อสัตว์ (Naming)

2.5) ความจำ (Memory Recall)

2.6) ความตั้งใจและสมาธิ (Attention)

2.7) การพูดทวนประโยค (Sentence Repetition)

2.8) ความสามารถในการใช้คำพูด (Verbal Fluency)

2.9) ความคิดเชิงนามธรรม (Abstraction)

2.10) การจำคำล่าช้า (Delayed Recall)

2.11) การรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation)

การให้คะแนนพิจารณารายข้อแบบละเอียดตามคู่มือ MoCA และเพิ่ม 1 คะแนนให้กับผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเพื่อประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และทดสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับวัตถุประสงค์ ที่เรียกว่าค่าดัชนี IOC (Index of Item Objective Congruence) ในการศึกษาครั้งนี้ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์ มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบทดสอบที่ผ่านการตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ตัวอย่าง แล้วคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ และการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปใช้สถิติดังนี้

1) วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์หาค่าสถิติ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2) วิเคราะห์ระดับการรู้คิด ในผู้สูงอายุที่มีระดับการรู้คิดบกพร่องน้อย โรงเรียนไทรโยควัยเก๋า โดยนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์หาค่าสถิติประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระดับการรู้คิด ในผู้สูงอายุที่มีระดับการรู้คิดบกพร่องน้อย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง (TEAMV) และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures analysis of variance [ANOVA]) เมื่อพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับการรู้คิด ในผู้สูงอายุที่มีระดับการรู้คิดบกพร่องน้อยมีความแตกต่างกันในแต่ละระยะ

จากนั้นทำการทดสอบ เป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบแบบรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี (Bonferoni)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างการวิจัยและขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อพิจารณารับรองการศึกษาวิจัย และได้รับใบรับรองจริยธรรมเลขที่ EC.NO. 7/2568 วันที่รับรอง 04 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุเฉลี่ย 66.96 ปี ระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 76.00 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.00 อาชีพ มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.00

2. ข้อมูลการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อยของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เป็นรายด้าน ดังนี้

1) VISUOSPATIAL/EXECUTIVE พบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จทันที มีค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean=3.48, S.D.= .91) และระยะติดตามผล 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean=4.24, S.D.= .72) เปลี่ยนแปลงตามลำดับ

2) NAMING พบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จทันที มีค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean=2.56, S.D.= .50) และระยะติดตามผล 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean=2.96, S.D.= .20) เปลี่ยนแปลงตามลำดับ

3) ATTENTION พบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จทันที มีค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean=4.12, S.D.= .83) และระยะติดตามผล 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean=5.68, S.D.= .55) เปลี่ยนแปลงตามลำดับ

4) LANGUAGE พบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จทันที มีค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean=2.24, S.D.= .66) และระยะติดตามผล 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean=2.80, S.D.= .40) เปลี่ยนแปลงตามลำดับ

5) ABSTRACTION พบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จทันที มีค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean=1.16, S.D.= .68) และระยะติดตามผล 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean=1.84, S.D.= .37) เปลี่ยนแปลงตามลำดับ

6) DELAYED RECALL พบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จทันที มีค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean=2.76, S.D.= 1.09) และระยะติดตามผล 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean=4.56, S.D.= .71) เปลี่ยนแปลงตามลำดับ

7) ORIETATIONAL พบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จทันที มีค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean=5.04, S.D.=.78) และระยะติดตามผล 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean=5.96, S.D.=.20) เปลี่ยนแปลงตามลำดับ

คะแนนการรู้คิดรวม พบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จทันที มีค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean=21.36, S.D.= 2.25) และระยะติดตามผล 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean=28.04, S.D.= 1.13) เปลี่ยนแปลง ตามลำดับ

3. การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อยในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures analysis of variance [ANOVA])

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อยในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง (n=25)

การรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อย	SS	df	MS	F	p-value
ระยะก่อนการทดลอง					
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	1253.307	2	626.653	198.727	.000
ระยะติดตามผล 1 เดือน					

p-value < .05

จากตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อยในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures analysis of variance [ANOVA]) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อย ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จทันที เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อย ทั้ง 3 ครั้ง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อย อย่างน้อย 1 คู่ ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 198.727$, $p< 0.05$)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

ระยะเวลา	Mean	ระยะเวลา		
		ระยะก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	ระยะติดตามผล 1 เดือน
ระยะก่อนการทดลอง	18.24		3.120*	9.800*
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	21.36			6.680*
ระยะติดตามผล 1 เดือน	28.04			

p-value < .001*

จากตารางที่ 2 ผลการทดสอบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อย ของกลุ่มทดลอง ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง (TEAMV) ในผู้สูงอายุที่มีระดับการรู้คิดบกพร่องน้อย โรงเรียนไทรโยควัยเก๋า มีประเด็นน่าสนใจนำมาอภิปราย ดังนี้

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อยในระยะก่อนการ

ทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures analysis of variance [ANOVA]) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อย ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จทันที เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อย ทั้ง 3 ครั้ง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อย อย่างน้อย 1 คู่ ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 198.727$, $p< 0.05$) ผลการทดสอบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อย ของกลุ่มทดลอง ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องน้อยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน สอดคล้องกับจิราภรณ์ ศรีเวียงธวัช[12] ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เขตเทศบาลตำบลวานรนิวาส อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพความจำดีขึ้น มีความเปลี่ยนแปลงด้านการรู้คิดหลัง ได้รับการฝึกฝนทักษะเกี่ยวกับการบริหารสมอง โดยมีกิจกรรมฝึกกระตุ้นสมองทำให้เกิดภาพช่วยจำ การทำหนังสือแผนภูมิครอบครัว และอัตชีวประวัติของตนเอง ได้ช่วยให้ระลึกความจำระยะยาวได้ ฝึกกิจกรรมการรับรู้ข้อมูลที่ดีมีความจดจ่อต่อเรื่องที่เลือกสนใจเป็นหลัก ทำให้จดจำเรื่องราวและสรุปใจความได้มากขึ้น กิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน ทำให้จำเรื่องราวได้ดีขึ้น แล้วเมื่อทำกิจกรรมการรับรู้ทางมิติสัมพันธ์ จนทำให้จำตำแหน่งสถานที่หรือเส้นทางได้ดี และกิจกรรมการจำเป็นภาพหรือการจินตนาการทำให้จำได้ง่ายขึ้น ประสบการณ์การลืมของหรือลืมเอาสิ่งของที่ตั้งใจ เกิดกับตนเองบ่อยๆ วิธีการใช้ความจำภาพและเสียงคู่กันใช้แล้วทำให้มโนภาพได้ดี จะนำไปใช้เพราะคิดว่ามีประโยชน์ป้องกันการลืมได้และหลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถภาพความจำดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.001$ สอดคล้องกับจิตติมา ดวงแก้ว และคณะ[13] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองต่อความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำาคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F1,48 = 58.62$, $p = < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงมากขึ้นในระยะติดตามผล 3 เดือน อย่างมีนัยสำาคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดนี้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคและชะลอการเกิดภาวะการบกพร่องด้านการรู้คิดได้ โดยควรได้รับการฝึกทักษะการใช้แบบประเมินที่เกี่ยวข้องและทักษะการใช้โปแกรมก่อนนำโปรแกรมไปใช้

2. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายในการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองเพื่อส่งเสริมการรู้คิดและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้

3. ด้านการศึกษา คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดจากการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้

4. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการโปรแกรมการกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดเพื่อส่งเสริมระบบประสาทและสมอง และชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องในกลุ่มประชากรอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการรู้คิดบกพร่อง เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื่อรัง หรือผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า 4 ปี เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

จากการศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดในครั้งนี้มีการติดตามผลการทำหน้าที่ด้านรู้คิดในระยะ 1 เดือน ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อในการติดตามผลระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามดูประสิทธิภาพความคงอยู่ของโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาของโรงเรียนไทรโยควัยเก๋าที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามในครั้งนี้จนทำให้งานสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียนไทรโยควัยเก๋า ที่สนับสนุนในงานวิจัยฉบับนี้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Anstey KJ, Lipnicki DM, Low LF.(2008). Cholesterol as a risk factor for dementia and cognitive decline: a systematic review of prospective studies with meta-analysis. Am J Geriatr Psychiatry. 2008;16(5):343–54.
2. Mitchell AJ, Shiri-Feshki M.(2009). Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia: Meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. Acta Psychiatr Scand. 2009; 119:252–65.
3. วรพรรณ เสนาณรงค์.(2554). แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบัน. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2554;1(1):17–22.
4. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.(2555). ทำเนียบองค์กรชมรมด้านผู้สูงอายุ พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: สำนัก; 2555.
5. โรงเรียนไทรโยควัยเก๋า.(2567). สถิติผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาของโรงเรียนไทรโยควัยเก๋า ที่ได้รับการประเมินระดับการรู้คิดพบว่ามีความบกพร่องเล็กน้อย ปี 2567. กาญจนบุรี: โรงเรียนไทรโยควัยเก๋า; 2567.
6. Rodrigues RC, Faria AC, Macedo AP, Sartori IA, de Mattos Mda G, Ribeiro RF.(2009). An in vitro study of non-axial forces upon the retention of an O-ring attachment. Clin Oral Implants Res. 2009;20(12):1314–9.
7. Videbeck SL.(2020). Psychiatric-mental health nursing. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020.
8. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล.(2556). การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2556.
9. Mahoney FI, Barthel DW.(1965). Functional evaluation: The Barthel index. Md State Med J. 1965;14(2):61–5.
10. โสพพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์.(2550). หลักการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย; 2550.
11. คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (ฉบับภาษาไทย).(2543). โครงการสำรวจภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุไทย 2543. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์; 2543.
12. จิราภรณ์ ศรีเวียงธวัช.(2565). ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เขตเทศบาลตำบลวานรนิวาส อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. สกลนคร: โรงพยาบาลวานรนิวาส; 2565.
13. จิตติมา ดวงแก้ว, และคณะ.(2564) ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองต่อความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564;37(3):129–41.

การพยาบาลวิสัญญีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว สำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation

Anesthetic Nursing to Prevent Complications in Patients Undergoing General Anesthesia for Pancreatic Head Cancer Surgery with Distal Bile Duct Resection via Whipple's Operation.

(Received: August 24,2025 ; Revised: August 27,2025 ; Accepted: August 29,2025)

จิตรา สีใส[1]
Jitra Srisai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากรณีศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลวิสัญญีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว สำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยหม้าย อายุ 63 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทองด้วยอาการปวดท้องเป็น ๆ หาย ๆ ตัวตาเหลือง น้ำหนักลด แพทย์ตรวจวินิจฉัยเป็นมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายและวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดด้วยวิธี Whipple's Operation พยาบาลวิสัญญีเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ กลัวการได้รับยาระงับความรู้สึกและกลัวการผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพวิสัญญีได้ให้ความรู้ การเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับความรู้สึก และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ติดตามเยี่ยมประเมินสภาพและให้การพยาบาลที่หอผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้และแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

คำสำคัญ: มะเร็งตับอ่อน, การผ่าตัดด้วยวิธี Whipple's Operation, ภาวะแทรกซ้อน, การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว

Abstract

This case study aimed to examine anesthetic nursing care for the prevention of complications in a patient undergoing general anesthesia for pancreatic head cancer with distal bile duct involvement requiring Whipple's procedure. The study focused on a 63-year-old Thai widowed female patient admitted to Ang Thong Hospital presenting with intermittent abdominal pain and jaundice. Following diagnosis of pancreatic head cancer with distal bile duct obstruction, the treatment plan involved surgical intervention via Whipple's operation. During preoperative assessment at the female surgical ward.

Result: the anesthetist nurse identified the patient's anxiety regarding her condition, fear of anesthesia, and apprehension about the surgery. The nurse anesthetist provided comprehensive education covering pre-anesthetic preparation, intraoperative care, and postoperative recovery. Continuous monitoring and nursing care were provided in the ward, along with discharge planning that included patient education and guidance about available support resources following hospital discharge.

Keywords: Pancreatic cancer, Whipple's operation, complications, general anesthetic nursing care

บทนำ

การให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's operation นับเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อนสูงและมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว[1] วิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด

[1] พย.บ. โรงพยาบาลอ่างทอง

และหลังผ่าตัด ในการประเมินความเสี่ยง ป้องกัน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากการศึกษาของโรงพยาบาลศูนย์ใหญ่และโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้มีอัตราภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจสูงถึง 25-35%[2]

ความท้าทายสำคัญในการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดนี้คือ การจัดการระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจที่อาจไม่เสถียร เนื่องจากการผ่าตัดใช้เวลานาน) 4-8 ชั่วโมง (และมีการสูญเสียเลือดค่อนข้างมาก) เฉลี่ย 500-1000 มล (.วิสัญญีพยาบาลจำเป็นต้องเตรียมพร้อมสำหรับภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension) จากเลือดออกและการเปลี่ยนแปลงของสารน้ำในร่างกาย นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากและมีโรคประจำตัวร่วม เช่น เบาหวานและโรคหัวใจ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด การประเมินความเสี่ยงก่อนผ่าตัด) pre-anesthetic evaluation) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่วิสัญญีพยาบาลต้องเฝ้าระวังคือ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ) hypothermia) จากระยะเวลาการผ่าตัดที่ยาวนานและภาวะเสียสมดุลเกลือแร่จากการสูญเสียสารน้ำ การใช้เทคนิคการระงับปวดหลายรูปแบบ) multimodal analgesia) รวมถึง epidural analgesia และ opioid-sparing techniques ช่วยลดความเครียดจากการผ่าตัดและเร่งกระบวนการฟื้นตัวหลังผ่าตัด[3] การจัดการทางเดินหายใจก็มีความสำคัญเนื่องจากตำแหน่งการผ่าตัดอยู่ใกล้กะบังลม อาจส่งผลต่อการหายใจและการระบายอากาศระหว่างผ่าตัด ภาวะหายใจล้มเหลว ปอดแฟบ (Atelectasis) และภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว[4] วิสัญญีพยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะความเชี่ยวชาญในการการประเมินอย่างเป็นระบบ ทั้งขณะให้ยาระงับความรู้สึกตลอดการผ่าตัดและการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในระยะพักฟื้น สามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้ การศึกษาของเวนเกอร์และคณะ [4] ชี้ให้เห็นว่าการดูแลตามแนวทางปฏิบัติที่ดีสามารถลดอัตราภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจได้ถึง 40%

ในบริบทของโรงพยาบาลอ่างทอง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขาดข้อมูลสถิติที่ชัดเจนเกี่ยวกับอัตราภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด Whipple's operation อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 3 ปี พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติม เช่น อายุมาก มีโรคประจำตัว ซึ่งเพิ่มความท้าทายในการดูแลของวิสัญญีพยาบาล การประเมินภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) และการจัดการทางเดินหายใจในระยะหลังผ่าตัดเป็นบทบาทหลักที่ต้องอาศัยทักษะและความเชี่ยวชาญของวิสัญญีพยาบาลโดยเฉพาะ

การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเฉพาะทางของวิสัญญีพยาบาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Whipple's operation โดยเฉพาะการเฝ้าระวังและจัดการภาวะปวด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดบริเวณช่องท้องส่วนบนซึ่งรวมถึงการจัดการด้านวิสัญญีวิทยาที่เหมาะสม สามารถลดระยะเวลาพักฟื้นและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ[4] โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มและกระบวนการพยาบาล (Nursing process) มาเป็นแนวทางปฏิบัติ ซึ่งกระบวนการพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม (Holistic patient care) ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึงป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิสัญญี ปฏิบัติงานกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี จึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายเรื่องการพยาบาลวิสัญญีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว สำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple’s Operation โดยได้นำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม[5,6]นำมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลที่

สามารถใช้ได้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพเป็นต้นไป เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว สำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation ตามมาตรฐานการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลวิสัญญีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัวสำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation

วิธีการศึกษา/ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. คัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอ่างทอง ในช่วงวันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567-วันที่ 30 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 1 ราย

2. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิตจากเวชระเบียน โดยการสัมภาษณ์ สังเกตจากผู้ป่วยและญาติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ แผนการรักษาของแพทย์

3. ศึกษาค้นคว้าการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความตลอดจนงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแผนให้การพยาบาลทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน

6. สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา

7. จัดพิมพ์รูปเล่ม ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข และเผยแพร่ผลงานที่ศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป แหล่งที่มาของข้อมูล (ผู้ป่วย ญาติ แฟ้มประวัติ) ข้อมลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 63 ปีน้ำหนัก 51 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาอิสลาม การศึกษาประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 สถานภาพหม้าย อาชีพรับจ้าง รายได้ 7,000 บาทต่อเดือน สิทธิในการรักษา หลักประกันสุขภาพ โรงพยาบาลอ่างทอง มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดอ่างทอง อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล 3 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการตัว ตาเหลือง ทานข้าวได้น้อย เบื่ออาหาร ปวดท้องเป็น ๆ หาย ๆ น้ำหนักลด ผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลโพธิ์ทอง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น R/O Acute Cholangitis with pancreatic cancer จึงแนะนำให้มาตรวจที่โรงพยาบาลอ่างทองเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม แรกรับไว้ในโรงพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง ประเมินสัญญาณ

ชีพแรกรับ BP= 157/81 mmHg, P=76 bpm, RR=20 bpm, T=37 °C ผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งได้ ตรวจประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score : GCS) ได้ E4V5M6 ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุรุนแรงและไม่เคยได้รับการผ่าตัดใด ๆ มาก่อน การตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการ CT Upper abdomen พบก้อน (mass) บริเวณตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลาย (Uncinate CA of pancreas) มีการขยายตัวของท่อทางเดินน้ำดีและมีการอุดตันที่ท่อทางเดินน้ำดีส่วนปลาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Hct=32% (ค่าปกติ=34-45%) และผลการตรวจ eGFR=66.77 (ค่าปกติ= 90-100ml/min/1.73 m2) วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 11 ตุลาคม 2567 เวลา 10.59 น. วันที่ผ่าตัด 15 ตุลาคม พ.ศ. 2567 วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 15 พฤศจิกายน 2567 เวลา 16.00 น. รวมระยะเวลาที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 35 วัน

แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลาย (Uncinate CA of pancreas) และวางแผนผ่าตัดด้วยวิธี Whipple's Operation วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ก่อนการผ่าตัดในวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2567 พยาบาลวิสัญญีไปเยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่หอศัลยกรรมหญิง โดยแจ้งวัตถุประสงค์การมาเยี่ยมเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย โดยให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมถึงวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ความจำเป็นในการทำผ่าตัด เตรียมร่างกายจิตใจของผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและกลัวการผ่าตัด ผู้ขอรับการประเมินได้ให้คำแนะนำและอธิบายขั้นตอนวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด อธิบายถึงแผนการดูแลการผ่าตัด การระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งให้โอกาสผู้ป่วยและญาติซักถาม พูดคุยและอภิปรายเพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเหตุผลและความจำเป็นของการผ่าตัดและวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อการรักษาและแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ข้อดี ข้อเสียของการผ่าตัดและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติเพื่อลดความวิตกกังวล

วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกและก่อนผ่าตัดเบื้องต้นซ้ำอีกครั้งที่จุดห้องรอผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง อาการทั่วไปปกติ มีอาการปวดท้องด้านขวาเล็กน้อย ก่อนทำการผ่าตัดมีการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต่าง ๆ ให้พร้อมใช้ นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด พร้อมตรวจสอบ (Sign in) ข้อมูลผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อนการระงับความรู้สึก เมื่อได้รับการระงับความรู้สึก จัดท่าผู้ป่วยให้นอนท่านอนหงาย (supine position) เป็นหลัก และอาจปรับเป็นท่า reverse Trendelenburg (ศีรษะสูงเล็กน้อย) เพื่อช่วยให้ศัลยแพทย์เห็น surgical field ชัดเจนขึ้นระหว่างการผ่าตัด การพยาบาลที่ได้รับคือป้องกันการบาดเจ็บจากการจัดท่าการผ่าตัดโดยเฉพาะระวังการกดหรือยืดเส้นประสาท brachial plexus (จัดแขนกางไม่เกิน 90°) และ ulnar nerve (ป้องกันการกดทับข้อศอก)

ขณะผ่าตัด ตรวจนับเครื่องมือและผ้าซับเลือดก่อนเริ่มการผ่าตัด ติดแผ่นสื่อไฟฟ้า เครื่องจี้ไฟฟ้าเพื่อป้องกันอุบัติเหตุผิวหนังไหม้จากเครื่องจี้ไฟฟ้า ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณทำผ่าตัดเพื่อลดปริมาณเชื้อโรคบริเวณผิวหนังที่จะทำผ่าตัด ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกและก่อนแพทย์ลงมีดผ่าตัด มีการยืนยันผู้ป่วยตำแหน่งผ่าตัด ทีมผ่าตัด และวิธีการผ่าตัด (time out) แพทย์ทำการผ่าตัดโดยใช้กล้องช่วยในการผ่าตัด (Laparoscopic) โดยศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะผ่าตัดไตขวาและนำไตออกเพื่อทำการส่งตรวจพยาธิวิทยา ก่อนแพทย์เย็บปิดช่องท้องพยาบาลส่งเครื่องมือตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าก๊อซและผ้าซับเลือดให้ครบถ้วน ขณะผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือด 500 ซีซี ตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด= 27 % วิสัญญีแพทย์พิจารณาการรักษาร่วมกับศัลยแพทย์ให้ PRC 1 ยูนิต ระหว่างผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น อาทิเช่น ไม่พบการบาดเจ็บ

ของอวัยวะต่าง ๆ จากการใช้เครื่องมือการผ่าตัด ไม่พบรอยไหม้ หรือตุ่มน้ำพองบริเวณที่ติดแผ่นสื่อ เช็ดทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกาย (Keep warm) และนำส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยหนักวิกฤตแผนกศัลยกรรม (ไอซียูศัลยกรรม) รวมระยะเวลาผ่าตัด 6 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 15 นาที ผู้ศึกษาติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินอาการผู้ป่วย ตรวจสอบ แก้ปัญหาและให้ข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

วันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ.2567 ผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ On Endotracheal tube no 7.5 mm. fix 22 cm.และใช้เครื่องช่วยหายใจ Monitor Electrocardiography (EKG) Show Sinus tachycardia, On NG tube ไว้ สำหรับให้ยาและใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องปิด fixomull stretch ไว้ On LRI 1000 ml IV rate 80 ml/hr. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้งต่อนาที การหายใจ 24 ครั้งนาที ความดันโลหิต 130/60 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีอาการปวดตึงแผลผ่าตัดปานกลาง Pain score 5 คะแนน on epidural cathetor with 0.0625%+MO 0.02 mg/hr. drip rate 5 cc/hr. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 128/87 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที 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 ไม่เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท (nerve injury) ไม่เกิดภาวะหลอดเลือดอุดตัน (venous thrombosis) ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณแขนที่วางบนที่พักแขน วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2567 ผู้ป่วยออกจากไอซียูศัลยกรรมมารักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เริ่มจิบน้ำได้ ยังมีอาการปวดแผลเล็กน้อยถึงปานกลาง Pain score 4-5 คะแนน ยังคงมีไข้ 37.9-38.1°C ต่อมาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่ปวดแผล แผลผ่าตัดแห้งดี

วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2567 ผู้ป่วยรับอาหารอ่อน ไม่มีอาการแน่นท้อง ปวดแผลเล็กน้อย หลังผ่าตัด Pain score 3 คะแนน และได้ย้ายไปรับการรักษาต่อที่หอศัลยกรรม วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ.2567 ผู้ป่วยได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะ หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยปัสสาวะเองได้ ไม่แสบขัด สีเหลืองใส

วันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ.2567 ผู้ป่วยสามารถถอดท่อระบายเลือดออกได้ รับประทานอาหารปกติ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม มีการประเมินการทำงานของลำไส้ การติดเชื้อของแผล ค่าการทำงานของไต ค่าความสมดุลของสารน้ำและอิเล็คโทรไลทย์อย่างต่อเนื่องและได้รับการถอดท่อระบายชนิด Jackson pratt drain แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

วันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ.2567 รวมระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล 35 วัน และนัดติดตามอาการและแจ้งผลตรวจชิ้นเนื้ออีก 2 สัปดาห์ ผลการตรวจพยาธิสภาพพบ CA head carcinoma of pancreas พยาบาลวิสัญญีดูแลให้ความรู้ เรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และญาติได้ร่วมวางแผนการรักษาต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความมั่นใจและลดความวิตกกังวล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Hct=27% (ค่าปกติ=34-45%) แสดงว่าค่า Hct มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ ในผู้ป่วยมะเร็งไตการผลิตฮอร์โมนสร้างเม็ดเลือดแดง (erythropoietin) ลดลง ซึ่งทำให้ไขกระดูกได้รับการกระตุ้นลดลง ดังนั้นความเข้มข้นของเลือดจึงลดลง

BUN= 16 mg/dl เกณฑ์ปกติของค่า BUN ในวัยผู้ใหญ่ คือ 8-20 mg/dL เกณฑ์ปกติของเด็ก คือ 5-18 mg/dL ค่า BUN ในเลือดที่สูงเกินกว่าเกณฑ์จัดเป็นตัวบ่งบอกถึงสัญญาณของความผิดปกติการทำงานของไตหลายประการ เช่น ภาวะขาดสารอาหาร หรือร่างกายมีการดูดซึมสารอาหารได้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้อาจเป็นตัวบ่งชี้การทำงานที่ผิดปกติของตับ หรือการได้รับยาบางชนิดในปริมาณที่มากเกินไป

[10]ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ค่า BUN อยู่ในเกณฑ์ปกติ

Creatinine= 0.87 mg/dl (ค่าปกติ=0.5-1.5 mg) โดยปกติสารครีเอตินินจะถูกขับออกทางปัสสาวะอย่างสมบูรณ์ แต่หากยังตรวจพบสารนี้ในกระแสเลือดเกินกว่าค่าปกติ แสดงว่าไตมีการทำงานบกพร่อง ไม่สามารถขับสารนี้ออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น เกิดจากการอุดกั้นในทางเดินปัสสาวะ ยาที่ทำลายเนื้อไต เนื้องอกที่ไต หรือร่างกายขาดน้ำ ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ค่า Creatinine อยู่ในเกณฑ์ปกติ

eGFR=66.77 (ค่าปกติ = 90-100ml/min/1.73 m2) เป็นตัวบ่งชี้ประสิทธิภาพและอัตราการขับของเสียผ่านหน่วยกรองของไต โดยทั่วไปค่าปกติอยู่ที่ 90 มิลลิลิตรต่อนาทีหรือมากกว่า (ml/minute) ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ค่า eGFR ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติแสดงว่าการทำงานของไตส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความเร็วในการขับของเสียออกจากตัวกรองที่ไตและเป็นโรคไตระยะที่ 2

ตรวจปัสสาวะเบื้องต้น (Urine Examination; UA) ดูค่าเม็ดเลือดแดง (Red Blood Cells)= 0-1 cells/HD และเม็ดเลือดขาว (White Blood Cells)=2-3 cells/HD เพื่อหาความเสี่ยงการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะหรือภาวะบาดเจ็บในทางเดินปัสสาวะ ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ค่า UA อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

จากการศึกษากรณีศึกษานี้ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิสัญญีปฏิบัติงานกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี ศึกษาสังเคราะห์ความรู้จากทฤษฎีและกระบวนการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษานี้ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ภายใต้มาตรฐานการพยาบาลและเพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัวสำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation ปลอดภัยและให้การพยาบาลระงับความรู้สึกมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ผู้ศึกษาได้สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบในกรณีศึกษาเรียงลำดับความสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละระยะโดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (เยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ.2567 เวลา 15.00 น.) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายจากอาการปวดเรื้อรัง อันเนื่องมาจากการอักเสบของตับอ่อน ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยแจ้งว่ามีอาการปวดท้องรุนแรง มีอาการกระสับกระส่าย สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิต 159/98 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นเร็ว 96 ครั้งต่อนาที แสดงสีหน้าอึดอัดไม่สุขสบาย และประเมินความปวดได้ 7 คะแนนจาก 10 คะแนน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและได้รับการบรรเทาอาการปวดท้อง เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดใส แสดงท่าทีผ่อนคลาย ผู้ป่วยรายงานว่าอาการปวดลดลงหรือหายไป (pain score น้อยกว่า 3 คะแนน) สัญญาณชีพกลับสู่ค่าปกติ สามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ	กิจกรรมพยาบาล การประเมินลักษณะการปวด ตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของอาการปวด อาการไม่สุขสบายอื่นๆ และความต้องการการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบาย ติดตามและประเมินอาการผิดปกติ ได้แก่ มีไข้สูง ท้องอืดอ่อน ปวดท้องรุนแรง กดเจ็บบริเวณรอบสะดือ (Cullen's sign) หรือเกิดรอยช้ำบริเวณข้างลำตัว (Grey Turner's sign) และรายงานแพทย์ทันทีหากพบความผิดปกติ จัดการให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอเพื่อลดการหลั่งเอนไซม์จากตับอ่อน ซึ่งเกิดจากกระบวนการเมแทบอลิซึมที่เพิ่มสูงขึ้น จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนในท่า Semi-Fowler's position (ศีรษะสูง 45-60 องศา) โดยงอเข่าเล็กน้อย 15-20 องศา หรือจัดท่าอื่นๆ ที่ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย เช่น จัดท่านอนตะแคงด้วยการงอเข่าเข้าหาท้อง (Modified knee-chest position) เพื่อลดแรงกดดันของกะบังลมต่อบริเวณที่มีการอักเสบและช่วยบรรเทาอาการปวด ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดแสงสว่างที่รบกวน ประยุกต์ใช้เทคนิคการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาร่วมกับการให้ยาแก้ปวด ได้แก่ การหายใจลึกและช้า การเบี่ยงเบนความสนใจ เทคนิคการผ่อนคลาย และการสนับสนุนทางจิตใจผ่านการสื่อสาร ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ยาลดอาการหลั่งกรดและน้ำย่อยตับอ่อน รวมถึงดูแลให้งดน้ำและอาหารทางปากตามแผนการรักษา โดยให้ผู้ป่วยบ้วนปากหรือแปรงฟันเพื่อรักษาความชุ่มชื้นของช่องปากและสร้างความสุขสบาย การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดใสขึ้นและไม่มีอาการปวดท้อง โดยมีคะแนนการประเมินความปวด (pain score) น้อยกว่า 3 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับไม่ปวดถึงปวดเล็กน้อย สัญญาณชีพกลับสู่ค่าปกติ ได้แก่ ความดันโลหิต 118/76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที และอัตราการหายใจสม่ำเสมอ 20 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอและมีคุณภาพ หลังจากได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและการจัดท่าในท่า Semi-Fowler's position ที่เหมาะสม แสดงให้เห็นว่าการดูแลพยาบาลแบบองค์รวมที่ผสมผสานระหว่างการใช้ยาและเทคนิคไม่ใช้ยามีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดและส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนก่อนและหลังการผ่าตัดรวมถึงกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก **ข้อมูลสนับสนุน** ผลการตรวจ CT scan ของช่องท้องส่วนบนแสดงภาพมะเร็งบริเวณ Uncinate process ของตับอ่อน ผู้ป่วยจะต้องรับการผ่าตัดเพื่อเอาเนื้องอกในบริเวณหัวตับอ่อนพร้อมส่วนหนึ่งของท่อน้ำดีส่วนปลายโดยใช้เทคนิค Whipple's operation ผู้ป่วยแสดงสีหน้ากังวลใจและแสดงความกระวนกระวายใจ โดยผู้ป่วยให้ถ้อยแถลงว่า "ไม่ทราบว่าควรปฏิบัติตัวอย่างไรดี ภายหลังการผ่าตัดและการได้รับการระงับความรู้สึกแล้วจะมีผลกระทบอย่างไร ระยะเวลาการพักรักษาตัวในสถานพยาบาลจะนานเพียงใด" **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษาตนเองทั้งในช่วงก่อนและหลังการผ่าตัด **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยมีความสามารถในการตอบคำถามและแสดงทักษะย้อนกลับเกี่ยวกับเทคนิคการหายใจและการไอที่มีประสิทธิผล การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างรวดเร็ว และการจัดการอาการเจ็บปวด ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจและร่างกายที่พร้อมสำหรับการรับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยไม่ประสบภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะปอดยุบตัว การอักเสบของปอด การอุดตันของหลอดเลือดดำในส่วนลึก ภาวะท้องพองและภาวะท้องผูก	**กิจกรรมพยาบาล** ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะของโรค กระบวนการรักษา ผลที่คาดหวังจากการผ่าตัด วิธีการและผลกระทบจากการได้รับยาระงับความรู้สึกอย่างภาพรวม รวมถึงสภาพของผู้ป่วยและอุปกรณ์การแพทย์ที่จะติดตามร่างกายภายหลังการผ่าตัด อธิบายขั้นตอนการเตรียมร่างกายของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดตามแนวทางการรักษาของแพทย์ ประกอบด้วย การทำความสะอาดร่างกายตั้งแต่ศีรษะจนถึงปลายเท้า รวมทั้งการอาบน้ำและสระผมด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค การตัดแต่งเล็บให้สั้น การหยุดการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำเป็นเวลา 6-8 ชั่วโมง หรือตั้งแต่หลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด เพื่อให้ระบบทางเดินอาหารว่างเปล่า ป้องกันการสำลักอาหารเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ จัดการให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามกำหนดของแพทย์ก่อนเข้าห้องผ่าตัด เช่น ยาลดความวิตกกังวล โดยอนุญาตให้ดื่มน้ำในปริมาณน้อยที่สุดไม่เกิน 30 มิลลิลิตร ก่อนเข้าห้องผ่าตัด พร้อมบันทึกเวลาที่ให้ยาและเฝ้าระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดจากอาการง่วงนอน การเตรียมการส่งตรวจและการเจาะเลือดเพื่อสำรองเลือดก่อนการผ่าตัดตามแผนการรักษา หากผลการตรวจเลือดมีความผิดปกติต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแก้ไขก่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด การเตรียมเภสัชภัณฑ์และเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการผ่าตัดตามแผนการรักษา การขอความยินยอมสำหรับการผ่าตัดโดยต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ประโยชน์ที่ได้รับ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ก่อนการลงนามในใบยินยอมการผ่าตัด และต้องมีญาติสายตรงเป็นพยานในการลงนาม เพื่อป้องกันปัญหาทางกฎหมาย การให้ผู้ป่วยฝากทรัพย์สินที่มีค่าและถอดเครื่องประดับ อุปกรณ์ต่างๆ เช่น คอนแทคเลนส์ ฟันปลอม เครื่องจัดฟัน เครื่องกระตุ้นหัวใจ หากมีอุปกรณ์ที่ไม่สามารถถอดออกได้ให้รายงานแพทย์และแพทย์วิสัญญีแพทย์ พร้อมบันทึกในแบบฟอร์มการตรวจสอบอุปกรณ์ก่อนเข้าห้องผ่าตัดให้ครบถ้วน เนื่องจากการสวมใส่เครื่องประดับและอุปกรณ์ต่างๆ อาจก่อให้เกิดอันตรายในการผ่าตัด เช่น การดูดติดหรือการลุกไหม้ขณะใช้เครื่องมือผ่าตัด การอุดกั้นทางเดินหายใจจากฟันปลอมหลุด สอนการออกกำลังกายบนเตียงผู้ป่วย ประกอบด้วยการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการลุกจาก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เตียงและการเดินอย่างรวดเร็ว เพื่อเป็นการปรับสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่ต้องนอนในท่าราบเป็นเวลานาน ซึ่งเมื่อเปลี่ยนท่าทางอาจทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง ประกอบด้วย การหายใจเข้าออกอย่างลึก การไอที่มีประสิทธิผล การออกกำลังกายของขาทั้งสองข้าง การพลิกตัวซ้ายขวาบนเตียง และการลุกจากเตียงและการเดินอย่างรวดเร็ว การควบคุมและการบรรเทาอาการเจ็บปวด โดยการอธิบายเกี่ยวกับวิธีการประเมินและการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วย **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีความสามารถตอบคำถามและสาธิตทักษะย้อนกลับเกี่ยวกับเทคนิคการหายใจและการไอที่มีประสิทธิผล การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างรวดเร็ว และการจัดการอาการเจ็บปวด ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจและร่างกายที่พร้อมสำหรับการรับการผ่าตัด โดยมีสัญญาณชีพในเกณฑ์ปกติก่อนการผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะผ่าตัด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** มีความเสี่ยงต่อการเกิดข้อผิดพลาดในการผ่าตัด อันได้แก่ การผ่าตัดผู้ป่วยที่ผิดตัวบุคคล ผิดด้านข้าง หรือผิดบริเวณที่กำหนด **ข้อมูลสนับสนุน** ในแต่ละวันมีผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้ารับบริการในห้องผ่าตัด โดยแผนกศัลยกรรมมีห้องผ่าตัดทั้งหมด 2 ห้อง และแพทย์ที่รับผิดชอบผู้ป่วยรายนี้มีการจัดตารางผ่าตัดในวันดังกล่าวทั้ง 2 ห้อง **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัย และปราศจากความผิดพลาดในการผ่าตัดทั้งด้านตัวบุคคล ด้านข้าง และประเภทของหัตถการ **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับการดำเนินการผ่าตัดในตัวบุคคลที่ถูกต้องและหัตถการที่เหมาะสม	**กิจกรรมพยาบาล** 1. กระบวนการยืนยันความถูกต้องและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการเริ่มหัตถการในห้องผ่าตัด (Sign In) เป็นขั้นตอนเบื้องต้นที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ โดยทีมบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์วิสัญญี พยาบาลวิสัญญี และพยาบาลประจำห้องผ่าตัด จะร่วมกันดำเนินการตรวจสอบข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ-สกุล ตำแหน่งของการผ่าตัด ประเภทของหัตถการ และความถูกต้องของเอกสารยินยอมการรักษา โดยอาศัยการสื่อสารโดยตรงกับผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อความแม่นยำสูงสุด นอกจากนี้ยังรวมถึงการทำเครื่องหมายระบุบริเวณผ่าตัด (site marking) ซึ่งต้องมีการยืนยันร่วมกันระหว่างทีม การตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์และเภสัชภัณฑ์ที่จำเป็นในกระบวนการระงับความรู้สึก การติดตั้งและทดสอบการทำงานของ pulse oximeter การสอบถามประวัติการแพ้ยา ความเสี่ยงในการใส่ท่อช่วยหายใจ และการประเมินความเสี่ยงของการเสียเลือดในระดับสูง โดยหากพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยง ให้เตรียมการใส่สายสวนหลอดเลือดและสารทดแทนที่เหมาะสมไว้ล่วงหน้า 2. ขั้นตอนก่อนการลงมีดผ่าตัด (Time Out) เป็นช่วงเวลาที่ทีมแพทย์ต้องหยุดกิจกรรมชั่วคราวเพื่อดำเนินการตรวจสอบร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อยืนยันความถูกต้องขั้นสุดท้าย และสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างสมาชิกในทีม ทีมบุคลากรประกอบด้วยแพทย์ศัลยกรรม แพทย์วิสัญญี/พยาบาลวิสัญญี และพยาบาลประจำห้องผ่าตัด ซึ่งจะเริ่มจากการแนะนำตัวและระบุตำแหน่งหน้าที่ของตนเอง จากนั้นดำเนินการยืนยันชื่อผู้ป่วย ประเภทของหัตถการ และตำแหน่งที่จะผ่าตัด พร้อมทั้งตรวจสอบการให้ยาปฏิชีวนะภายในช่วงเวลา 30–60 นาทีก่อนเริ่มผ่าตัด แพทย์ศัลยกรรมจะทบทวนขั้นตอนการผ่าตัด จุดเสี่ยงที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และประเมินระยะเวลาและปริมาณการเสียเลือดโดยประมาณ ในขณะที่แพทย์วิสัญญีและพยาบาลวิสัญญีจะเน้นการทบทวนประเด็นความเสี่ยงเฉพาะรายของผู้ป่วย ด้านพยาบาลประจำห้องผ่าตัดจะทำหน้าที่ตรวจสอบความพร้อมของ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เครื่องมือ อุปกรณ์ปลอดเชื้อ และข้อมูลทางคลินิกหรือภาพถ่ายรังสีที่จำเป็นต้องใช้ระหว่างการผ่าตัด 3. ขั้นตอนก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากห้องผ่าตัด (Sign Out) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและอุปกรณ์ทั้งหมดหลังจากสิ้นสุดการผ่าตัด โดยทีมแพทย์จะร่วมกันยืนยันประเภทของหัตถการที่ดำเนินการ รวมถึงการบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้องในเอกสารทางการแพทย์ มีการระบุอุปกรณ์หรือวัสดุทดแทนที่ใส่ในร่างกายผู้ป่วย การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และเข็มเย็บให้ครบถ้วน พร้อมทั้งการติดฉลากตัวอย่างส่งตรวจให้ถูกต้อง หากพบปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด ต้องมีการบันทึกรายละเอียดและแนวทางการแก้ไข นอกจากนี้ แพทย์ศัลยกรรมและแพทย์วิสัญญี/พยาบาลวิสัญญี จะทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างหัตถการและการให้ยาระงับความรู้สึก และส่งต่อข้อมูลให้ทีมในหน่วยพักฟื้นอย่างเป็นระบบ โดยพยาบาลประจำห้องผ่าตัดจะเป็นผู้ประกาศรายการตรวจสอบทั้งหมดให้ทีมแพทย์รับทราบและยืนยันร่วมกัน เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องหลังการผ่าตัดเป็นไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับการดำเนินการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกในตัวบุคคลที่ถูกต้องและประเภทการผ่าตัดที่เหมาะสม มีการปฏิบัติตามกระบวนการป้องกันเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้จากการผ่าตัดครบทั้ง 3 กระบวนการ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากกระบวนการผ่าตัด โดยมีการระบุตัวผู้ป่วย ประเภทของการผ่าตัด และการตรวจสอบบริเวณข้างที่จะผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วย ทีมแพทย์ และวิสัญญี ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึก การตรวจสอบเอกสารต่างๆ ที่มากับผู้ป่วย ผลการตรวจเอกซเรย์ต่างๆ ผลการตรวจ CT scan ให้สอดคล้องกับชื่อ-สกุลของผู้ป่วย การดำเนิน time out เพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วยครั้งสุดท้าย โดยประเภทของการผ่าตัดและการตรวจสอบบริเวณที่จะผ่าตัดก่อนเริ่มดำเนินการผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องมือผ่าตัดด้วยไฟฟ้าระหว่างการผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** ในห้องผ่าตัดมีการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือหลากหลายประเภทที่อาศัยพลังงานไฟฟ้าเป็นแหล่งพลังงานหลัก เช่น เครื่องมือสำหรับจี้ห้ามเลือดและตัดเนื้อเยื่อด้วยกระแสไฟฟ้า ซึ่งมีศักยภาพก่อให้เกิดความร้อนสะสมบริเวณที่สัมผัสผิวหนังผู้ป่วย หากไม่มีการควบคุมและประเมินการใช้งานอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่การเกิดบาดแผลไหม้หรือพอง โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้อุปกรณ์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานระหว่างการผ่าตัด **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออันเนื่องมาจากการใช้เครื่องมือผ่าตัดที่ใช้พลังงานไฟฟ้า และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุดตลอดระยะเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัด **เกณฑ์การประเมินผล** ไม่พบสัญญาณของความเสียหายต่อผิวหนังผู้ป่วย เช่น รอยแดง รอยไหม้ หรือแผลพอง ในบริเวณที่มีการสัมผัสกับอุปกรณ์ ได้แก่ บริเวณวางแผ่นสื่อนำกระแสไฟฟ้า (electrode	**กิจกรรมพยาบาล** เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้เครื่องมือผ่าตัดด้วยไฟฟ้า พยาบาลควรดำเนินการตามแนวทางดังต่อไปนี้ 1. ปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือที่ใช้พลังงานไฟฟ้าอย่างเคร่งครัด 2. ทบทวนการใช้งานอุปกรณ์ก่อนการผ่าตัด ระบุยี่ห้อและรหัสของเครื่องมือในแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง 3. ตรวจสอบสภาพความสมบูรณ์ของปลั๊กไฟ สายไฟ แผ่นสื่อนำกระแสไฟฟ้า หัวจี้ และอุปกรณ์ควบคุมการทำงาน หากพบความชำรุดต้องเปลี่ยนอุปกรณ์ทันทีและรายงานตามขั้นตอนที่กำหนด 4. ทดสอบระบบความปลอดภัยของอุปกรณ์ ได้แก่ ความสมบูรณ์ของฉนวนหุ้ม การทำงานของสัญญาณเตือน และไฟแสดงสถานะบนแผงควบคุม 5. หลีกเลี่ยงการใช้ซ้ำแผ่นสื่อนำกระแสไฟฟ้าที่ออกแบบให้ใช้เพียงครั้งเดียว และเลือกใช้แผ่นที่ยังอยู่ในบรรจุภัณฑ์ปิดสนิท เพื่อป้องกันการเสื่อมคุณภาพของเจลนำไฟฟ้า

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
pad), จุดติดตั้งอิเล็กโทรดตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, พื้นที่ผิวหนังที่สัมผัสกับอุปกรณ์ขยายแผล หรืออุปกรณ์ผ่าตัดอื่น ๆ	**การประเมินผล** ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่แสดงอาการของการบาดเจ็บที่ผิวหนัง เช่น รอยแดงหรือรอยไหม้พองในบริเวณที่สัมผัสกับอุปกรณ์ผ่าตัดด้วยไฟฟ้า ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของมาตรการป้องกันที่พยาบาลดำเนินการอย่างเหมาะสมและเป็นระบบ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1) ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว สำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation จะมีความซับซ้อนในบริเวณผ่าตัดที่เข้าถึงได้ยาก โดยเฉพาะตับอ่อนซึ่งเป็นอวัยวะที่อยู่ลึก ทั้งยังอยู่ใกล้หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ โดยเฉพาะเส้นเลือดใหญ่คือ portal vein, Hepatic artery, aorta 2) ขณะผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือด 500 ซีซี ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที เจาะความเข้มข้นของเลือดในห้องผ่าตัดได้ 27 % (ก่อนผ่าตัด 32%) 3) การผ่าตัดใช้เวลา 6 ชั่วโมง 15 นาที เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล 1) ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยร่วมกับทีมวิสัญญีจนกว่าจะสิ้นสุดการผ่าตัดเพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขได้ทันท่วงที 2) ตรวจสอบสภาพของเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องดูดของเหลว อุปกรณ์พิเศษในการผ่าตัดผ่านกล้องให้พร้อมใช้งาน 3) ประเมินสภาพการสูญเสียเลือดร่วมกับทีมวิสัญญีโดยสังเกตจำนวนเลือดในขวดดูดของเหลว การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะ Hypovolemic shock และ Massive blood loss ระหว่างผ่าตัด สามารถทำผ่าตัดได้ราบรื่น ขณะผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือด 500 ซีซี ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที เจาะความเข้มข้นของเลือดในห้องผ่าตัดได้ 27 % (ก่อนผ่าตัด 32%) ได้รับ PRC 1 ยูนิต ระหว่างผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (เยี่ยมหลังผ่าตัดวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ.2567 เวลา 15.00 น) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายเนื่องจากความเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัดภายหลังการผ่าตัด Whipple's operation **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบ Whipple's operation เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ตั้งแต่บริเวณใต้ชายโครงจนถึงใต้สะดือ ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมสื่อถึงความเจ็บปวดชัดเจน ได้แก่ มีสีหน้าเศร้าหมอง คิ้วขมวด เคลื่อนไหวร่างกายได้จำกัด และนอนอยู่ในท่าเดิมอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังมีอุปกรณ์ทางการแพทย์หลายชนิดติดตามร่างกาย เช่น สายให้ยาแก้ปวดทางไขสันหลัง สายให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง หลอดดูดกรดในกระเพาะอาหาร ท่อระบายของเหลว (Jackson drain) จำนวน 2 เส้น และสายสวนปัสสาวะแบบคงที่ ข้อมูลจากการประเมินสัญญาณชีพพบความดันโลหิต 168/98 มม.ปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที และแบบประเมินความปวดได้ 10 คะแนนเต็ม ซึ่งสะท้อนถึงภาวะเจ็บปวดอย่างรุนแรง **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ลดอาการเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัด และสามารถฟื้นฟูร่างกายได้อย่างเหมาะสม **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย อาการปวดลดลงอย่างชัดเจน คะแนนประเมินความปวดน้อยกว่า 3 คะแนน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ และสามารถเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงได้ด้วยตนเอง	**กิจกรรมพยาบาล** เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด พยาบาลควรประเมินระดับความเจ็บปวดอย่างเป็นระบบ โดยใช้แบบประเมินความปวดด้วยตัวเลข คำพูด และการแสดงสีหน้า ประกอบกับการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย พร้อมดำเนินการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ การให้ morphine ขนาด 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ควบคู่กับการติดตามภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะกดการหายใจ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ภายใน 30–60 นาทีหลังได้รับยา และประเมินความปวดซ้ำภายหลังการให้ยาแล้ว การจัดท่านอนแบบยกศีรษะสูง (Semi-Fowler's position) เพื่อช่วยลดความตึงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง และลดแรงดึงรั้งบริเวณแผล การให้คำแนะนำในการประคองแผลด้วยมือขณะเคลื่อนไหวหรือไอ เพื่อป้องกันการสั่นสะเทือนต่อแผลผ่าตัด และส่งเสริมการใช้เทคนิคการหายใจช้าและลึก รวมถึงกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อลดการรับรู้ความเจ็บปวด นอกจากนี้ พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ สนับสนุนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่าทาง การทำความสะอาดร่างกาย และจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบปลอดจากสิ่งรบกวน รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเริ่มลุกเดิน (early ambulation) เมื่อเหมาะสม เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและส่งเสริมการสมานแผล **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย สามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างมีคุณภาพ เคลื่อนไหวเปลี่ยนท่านอนได้ด้วยตนเอง และรายงานความรู้สึกเจ็บแผลเพียงเล็กน้อยขณะเคลื่อนไหว โดยคะแนนความปวดลดลงเหลือ 3 คะแนน สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการดูแลบรรเทาอาการปวดอย่างเหมาะสมและครอบคลุม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิด Hypovolemic shock เนื่องจากสูญเสียเลือดและน้ำในขณะผ่าตัด	**กิจกรรมพยาบาล** การติดตามและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพทุกครึ่งชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง ใน 12 ชั่วโมงแรก หลังจาก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีบาดแผลจากการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ได้รับการดำเนินการผ่าตัดแบบ Whipple's operation ซึ่งจำเป็นต้องตัดเอาอวัยวะในหลายส่วน รวมถึงหลอดเลือดและท่อน้ำเหลือง มีท่อระบายของเหลว Jackson drain บริเวณหน้าท้องจำนวน 2 เส้น ต่อเข้ากับถุงรองรับ สารของเหลวที่ระบายออกมาทางท่อมีลักษณะสีแดงสด ปริมาณประมาณ 50 มิลลิลิตร มีประวัติการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด 500 มิลลิลิตร และได้รับการให้เลือดแดง (PRC) ขณะผ่าตัด 1 ยูนิต ภายหลังการผ่าตัดได้รับเลือดแดง (PRC) ขณะผ่าตัด 2 ยูนิต และ FFP 2 ยูนิต แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องมีเลือดซึมออกมาเล็กน้อย **วัตถุประสงค์** เพื่อการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะ Hypovolemic shock ภายหลังการผ่าตัด **เกณฑ์การประเมินผล** แผลผ่าตัดไม่มีการซึมเลือดและไม่มีการสะสมเลือด (Hematoma) ท่อระบาย Jackson drain บริเวณหน้าท้อง 2 เส้น มีการระบายของเหลวออกมาน้อยกว่า 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ไม่มีไข้ ความดันโลหิตมากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที) ค่าความเข้มข้นของเลือดมากกว่า 30% และปริมาณปัสสาวะมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง	นั้นทุก 1 ชั่วโมง การดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายเพื่อการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และการให้ออกซิเจนผ่านหน้ากากพร้อมถุงลม 5 ลิตรต่อนาทีตามแผนการรักษา การสังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดและท่อระบาย เช่น ท่อดูดสารย่อยจากกระเพาะอาหาร หากปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบายเป็นเลือดสดมากกว่า 400 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงใน 1 ชั่วโมง, 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง x 2 ชั่วโมง, 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง x 4 ชั่วโมง หรือมีภาวะขาดปริมาตรเลือด เช่น ความดันโลหิตต่ำ ปลายมือปลายเท้าเย็น ให้รีบรายงานแพทย์ การดูแลท่อระบาย Jackson drain ที่ระบายจากช่องท้องให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและรักษาระบบปิดตลอดเวลา เพื่อป้องกันเลือดคั่งบริเวณแผลและสังเกตการทำงานของท่อระบายทั้ง 2 เส้นให้มีประสิทธิภาพ การบันทึกและสังเกตลักษณะสิ่งคัดหลั่งจาก Jackson drain โดยสังเกตสี ลักษณะ และปริมาณที่ออก ทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 4 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัด รายงานแพทย์หากมีปริมาณมากกว่า 150-200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และสีไม่จางลง เมื่อครบ 24 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด การดูแลท่อที่ใส่เข้าไปในกระเพาะอาหารต่อเข้ากับถุงรองรับพร้อมสังเกตสีและจำนวนของสารย่อยที่ดูดออกมา การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนและระมัดระวังการกระทบกระเทือนต่อแผลผ่าตัด การดูแลให้ได้รับสารทดแทนและผลิตภัณฑ์เลือด PRC, FFP ทดแทนตามแผนการรักษา เพื่อชดเชยการสูญเสียเลือดในภาวะที่ต้องหยุดการรับประทานอาหารและน้ำภายหลังการผ่าตัด การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct, Hb กรณีที่ผิดปกติ (Hct น้อยกว่า 30%, Hb น้อยกว่า 10 mg%) PT, PTT, INR เพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออก หากมีผลการตรวจเลือดที่ต่ำกว่าปกติให้รายงานแพทย์ทันที **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีปริมาณเลือดออกที่ท่อระบายเส้นแรกเท่ากับ 35 มิลลิลิตรต่อ 24 ชั่วโมง และเส้นที่สองเท่ากับ 40 มิลลิลิตรต่อ 24 ชั่วโมง มีเลือดซึมออกมาจากแผลผ่าตัดในปริมาณเล็กน้อย ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ยังคงมีไข้เล็กน้อย อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ชีพจรส่วนปลายมีความแรง การทดสอบการไหลเวียนเลือดปลายนิ้ว 2 วินาที ผิวหนังอุ่น ผลการตรวจ HB 9 mg/dl ผลการตรวจ Hct 31% ปริมาณปัสสาวะออกมา 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีความเสี่ยงต่อการเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเลคโทรไลต์ในร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการดำเนินการผ่าตัดเพื่อเอาเนื้องอกบริเวณหัวตับอ่อนออก เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2567 ยังคงต้องงดการรับประทานอาหารและน้ำทางปาก มีสารย่อยจากกระเพาะอาหารผ่านท่อ NG tube ลักษณะสีเขียว ปริมาณออกมา 110 มิลลิลิตรต่อกะ ยังคงมีอาการเหนื่อยล้า การเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร 1-2 ครั้งต่อนาที **เกณฑ์การประเมินผล** 1) ไม่พบอาการและอาการแสดงของ 2) ภาวะขาดสารน้ำ คือ ช่องปากแห้งกร้าน ความกระหายน้ำ ผิวหนังขาด	**กิจกรรมพยาบาล** การประเมินอาการและสัญญาณของภาวะขาดสารน้ำ คือ ช่องปากแห้งกร้าน ความกระหายน้ำ ผิวหนังขาดความยืดหยุ่น อ่อนล้าเหนื่อยง่าย ชีพจรเต้นเร็วผิดปกติ ปัสสาวะมีความหนาแน่นจำเพาะมากกว่า 1.030 การเฝ้าระวังอาการและสัญญาณของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ คือ คลื่นไส้อาเจียน สับสนไม่รู้สึกตัว สั่นสะเทือน อ่อนล้าเหนื่อยง่าย มีอาการปวดกล้ามเนื้อแบบกระตุกและอาการของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ คือ กล้ามเนื้อมีความแรงลดลง ชีพจรเต้นผิดจังหวะไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้อาเจียน ระดับสติลดลงง่วงซึม ลำไส้มีการเคลื่อนไหวช้าลง การบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง การดูแลให้ได้รับสารทดแทนทางหลอดเลือดดำตาม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ความยืดหยุ่น อ่อนล้าเหนื่อยง่าย ชีพจรเต้นเร็วผิดปกติ ปัสสาวะมีความหนาแน่นจำเพาะมากกว่า 1.030 3) ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ คือ คลื่นไส้อาเจียน สับสนไม่รู้สึกตัว สั่นสะเทือน อ่อนล้าเหนื่อยง่าย มีอาการปวดกล้ามเนื้อแบบกระตุก 4) ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ คือ กล้ามเนื้อมีความแรงลดลง ชีพจรเต้นผิดจังหวะไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้อาเจียน ระดับสติลดลงง่วงซึม ลำไส้มีการเคลื่อนไหวช้าลง ปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายสมดุลกัน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการตรวจวิเคราะห์อิเลคโทรไลต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ Na 135-145 mmol/L, K 3.5-5 mmol/L, Cl 96-113 mmol/L, CO2 22-26 mmol/L	แผนการรักษา การสังเกตลักษณะ สี และปริมาณของสารของเหลวที่ออกจากท่อ NG tube ท่อระบายต่างๆ ลักษณะของอุจจาระและปัสสาวะ หากพบความผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ การบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 4-8 ชั่วโมง หากออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ต้องรายงานแพทย์ การส่งตรวจและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การวิเคราะห์อิเลคโทรไลต์ การประเมินผล ผู้ป่วยไม่พบอาการและสัญญาณของภาวะขาดสารน้ำและเกลือแร่ ปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย คือ 1,500 มิลลิลิตร/1,400 มิลลิลิตร สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจวิเคราะห์อิเลคโทรไลต์ Na 135 mmol/L, K 3.6 mmol/L
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Postoperative pancreatic fistula (POPF) **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเอามะเร็งส่วนหัวของตับอ่อนออก วันที่ 15 ตุลาคม 2567 **เกณฑ์การประเมินผล** ไม่มีอาการแสดงของ Postoperative pancreatic fistula (POPF)	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตสารคัดหลั่งในขวดระบาย ทั้งสี และปริมาณ 3 วันหลังผ่าตัด ส่งตรวจ Serum amylase จากเลือด และสายระบายที่ออกมาหากมีค่า amylase ในสายระบาย (drain fluid) ที่สูงมากกว่าสามเท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ (upper normal limit) รีบรายงานแพทย์ทันที **การประเมินผล** พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ค่า amylase ในสายระบายสัดส่วน น้อยกว่าค่า Serum amylase ไม่พบการรั่วซึมหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด สามารถ off drain ออกได้

การวางแผนก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว สำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation เป้าหมายการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก คือการเอาก้อนมะเร็งออกทั้งหมดโดยไม่เหลือเซลล์มะเร็งบริเวณขอบก้อน (free surgical margin , RO margin) ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการพยากรณ์โรคที่ดี สำหรับการเตรียมผู้ป่วย ปัจจัยที่ต้องประเมินก่อนผ่าตัด ได้แก่ อายุ สภาพร่างกาย ภาวะโภชนาการ และโรค เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดในระหว่างการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด ความสำเร็จของการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับสภาพของโรคหรือของผู้ป่วยที่ตรวจพบจากการผ่าตัดมากกว่าการประเมินก่อนผ่าตัด

สรุปและอภิปรายผล

ในการศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัวสำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายของโรงพยาบาลอ่างทองนี้ มีการวางแผนการรักษาคือผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Whipple's Operation เป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน[7] เนื่องจากตำแหน่งการผ่าตัดอยู่ใกล้กะบังลม อาจส่งผลต่อการหายใจและการระบายอากาศระหว่างผ่าตัด ภาวะหายใจล้มเหลว ปอดแฟบ (Atelectasis) และภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น พยาบาลวิสัญญีต้องมีความรู้ ความสามารถในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อความปลอดภัยในการลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยจากการได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ขณะผ่าตัดมีความเสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะใกล้เคียงและอาจเกิดภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือด (Massive blood loss) และสารน้ำ (Hypovolemic shock) ขณะผ่าตัด[8] พยาบาลวิสัญญี

ต้องมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนหัตถการการผ่าตัดอย่างรวดเร็วแม่นยำ เพื่อให้ศัลยแพทย์สามารถทำผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เกิดขึ้น จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยด้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัวสำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation ของกรณีศึกษานี้ ควรมีการจัดอบรม และให้ความรู้เรื่องอุปกรณ์ เครื่องมือ ตามวิวัฒนาการของเครื่องมืออุปกรณ์ เพื่อช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี การผ่าตัดราบรื่นมีประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการผ่าตัดได้มาก

ผู้ป่วยกรณีศึกษาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลาย ได้รับการรักษาหลักคือ การผ่าตัด Whipple's operation โดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ก่อนผ่าตัดได้รับทราบข้อมูลการ ผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ขณะผ่าตัด และ หลังผ่าตัด ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและครอบครัว หลังผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัดได้รับทราบข้อมูลการ ผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและครอบครัว หลังผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัยไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด สามารถถอดสายระบายทั้งหมดได้ แผลผ่าตัดไม่พบอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ Bowel Function เริ่มกลับคืนสู่สภาพเดิม รับประทานอาหารได้มากขึ้น หลังจาก consult PMR กระตุ้น Passive Ambulation ผู้ป่วยมีการ Ambulation สม่ำเสมอ การขับถ่ายอุจจาระสามารถขับถ่ายได้โดยไม่ต้องใช้ยาระบาย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 9 ข้อ และได้รับการแก้ไขพร้อมทั้งให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลอ่างทองเป็นเวลา 34 วัน แพทย์นัดติดตามการรักษาในวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ที่ห้องตรวจศัลยกรรมและฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็นมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลาย แพทย์แนะนำให้มาตรวจตามนัด เพื่อติดตามประเมินอาการและรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Ghaferi AA, Schwartz TA, Birkmeyer JD.(2021). Variation in hospital mortality associated with inpatient surgery. J Surg Res. 2021;259:148–157.
2. Thai Anesthesia Incidents Study.(2020). A prospective analysis of perioperative anesthesia-related events in Thailand. Thai J Anesthesiol. 2020;46(2):45–53.
3. Wick EC, Grant MC, Wu CL.(2021). Postoperative multimodal analgesia pain management with nonopioid analgesics and techniques: A review. JAMA Surg. 2021;155(8):1–9.
4. Weinger MB, Gaba DM, Howard SK.(2018). Real-time error detection in anesthesia care using the SCOPE algorithm. Anesth Analg. 2018;126(1):223–232.
5. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ.(2563). พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
6. สมจิต หนุเจริญกุล. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
7. Srisukho S, Thawitsri T, Chotirosniramit A.(2022). Outcomes of pancreaticoduodenectomy in a tertiary care center in Thailand: A 10-year experience. Thai J Surg. 2022;43(2):45–52.
8. Bassi C, Marchegiani G, Dervenis C, Sarr M, Abu Hilal M, Adham M, et al.(2018). The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 years after. Surgery. 2018;161(3):584–591. doi:10.1016/j.surg.2016.11.014

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง

Development of a nursing model for pregnant women with high blood sugar levels with family participation Antenatal Clinic Khlong Luang Hospital.

(Received: August 25,2025 ; Revised: August 30,2025 ; Accepted: August 31,2025)

ชนัญชิดา บุตรคำโชติ[1]
Chananchida Butkumchote[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง 2) พัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และ 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบดังกล่าว โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิกฝากครรภ์ และโรงพยาบาลคลองหลวง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทีมร่วมพัฒนา จำนวน 20 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ สูติแพทย์ อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน นักโภชนาการ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ 2) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคลองหลวง จำนวน 10 คน ที่เข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบ โดยการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพการณ์การพยาบาลและความต้องการพัฒนารูปแบบ 2) พัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C Technique) และ 3) ศึกษาผลการใช้รูปแบบโดยประเมินจากประสิทธิภาพ ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบก่อนหลัง โดยใช้สถิติ pair t -test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ ครอบครัวและบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจในระดับสูง และสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการพยาบาลในบริบทโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การพยาบาล, หญิงตั้งครรภ์, ระดับน้ำตาลในเลือดสูง, การมีส่วนร่วม, รูปแบบการพยาบาล

Abstract

This study was Participatory Action Research (PAR) aimed to: (1) examine the current nursing care situation for pregnant women with high blood sugar levels, (2) develop a nursing care model for pregnant women with high blood sugar levels, and (3) evaluate the outcomes of implementing the developed model through the participation of families, antenatal care clinics, and Khlong Luang Hospital. The sample consisted of two groups: (1) a development team of 20 participants selected through purposive sampling, including obstetricians, internists, pediatricians, a pharmacist, registered nurses, home visit nurses, a nutritionist, nurse assistants, and village health volunteers (VHVs); and (2) ten registered nurses from Khlong Luang Hospital who participated in the trial implementation of the model. The research was conducted in three phases: (1) studying the current nursing care situation and needs for model development, (2) developing the model using the participatory planning technique (A-I-C Technique), and (3) evaluating the model in terms of effectiveness, appropriateness, and feasibility. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and pre–post comparison with the paired t-test at a significance level of .05, while qualitative data were analyzed using content analysis.

[1] คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง

The results revealed that the developed nursing care model significantly improved the effectiveness of care for pregnant women with high blood sugar levels. Families and healthcare personnel reported high levels of satisfaction, and the model was considered appropriate for application as a nursing guideline in community hospital settings.

Keywords: Nursing care, Pregnant women, High blood sugar levels, Participation, Nursing care model

บทนำ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) เป็นภาวะที่พบความผิดปกติในการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเป็นครั้งแรกระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นก่อนการตั้งครรภ์ ภาวะนี้ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญทั้งต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์[1] โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์จัดเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลก โดยอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จากการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูงและขาดการออกกำลังกาย ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้น[2] ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่ร้อยละ 1 ถึง 14 ขึ้นอยู่กับสถานที่และประชากรที่ศึกษา[3] โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง เช่น จังหวัดปทุมธานี พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงโรคเบาหวานสูงถึงร้อยละ 45-57 และอัตราการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในช่วงร้อยละ 38-44 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2564-2566[4]

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีผลกระทบที่รุนแรงต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาอย่างเหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะคลอดก่อนกำหนด การคลอดยากที่เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด การมีน้ำคร่ำมากกว่าปกติ และภาวะความดันโลหิตสูงในมารดา[5,6] สำหรับทารกในครรภ์มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะตัวโต (Macrosomia) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอด (Neonatal Hypoglycemia) และภาวะเม็ดเลือดแดงมากเกิน ซึ่งอาจนำไปสู่ความพิการทางสมองหรือสมองพิการ (Cerebral palsy) ในระยะยาว[7,8] นอกจากนี้ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ยังส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัย ว่าจะเกิดความวิตกกังวลและความเครียด โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่เคยรับรู้มาก่อนว่าตนเองเป็นเบาหวาน รวมถึงเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเวลาในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวอย่างชัดเจน[9,10]

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุของมารดามากกว่า 35 ปี ดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนการตั้งครรภ์สูงกว่า 27 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน เคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4 กิโลกรัม เคยมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ เช่น เบาหวานในครรภ์ครั้งก่อน ภาวะความดันโลหิตสูง หรือน้ำคร่ำมากกว่าปกติ[11] ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงควรได้รับการคัดกรองและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจและประเมินระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในหลายพื้นที่ พบว่ามีข้อจำกัดหลายประการที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ เช่น การเข้าถึงบริการคัดกรองที่ล่าช้าเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ การประเมินและคัดกรองที่ไม่เหมาะสม ขาดความรู้และทักษะที่เพียงพอของเจ้าหน้าที่ และการสื่อสารที่ไม่ทั่วถึงหรือไม่ชัดเจน ส่งผลให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพตามที่ควรจะเป็น[4]

ด้วยเหตุนี้ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จึงเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง การสนับสนุนจากครอบครัวช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลในช่วงตั้งครรภ์[9,12]บทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในฐานะผู้ประเมินสุขภาพและให้คำแนะนำเชิงรุก โดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลอย่างต่อเนื่องในช่วงตั้งครรภ์ ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง การให้ความรู้ และการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความพร้อมรับมือกับภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ[13]

สรุปได้ว่าโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญและซับซ้อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อย่างชัดเจน การป้องกันและการดูแลอย่างถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม โดยเฉพาะการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่มีการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จะช่วยลดภาระความเจ็บป่วยและผลกระทบระยะยาว รวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงในบริบทของประเทศไทยได้อย่างมีนัยสำคัญ

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง

2. เพื่อศึกษารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง

3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพการณ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง 2) เพื่อศึกษารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง 3) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง ตามปกติใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 1 เดือน

ประชากรประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาสภาพการณ์และพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ทั้งหมด 20 คน ประกอบด้วย (1) สูติแพทย์ จำนวน 2 คน (2) อายุรแพทย์ จำนวน 2 คน (3) กุมารแพทย์ จำนวน 2 คน (4) เภสัชกร จำนวน 1 คน (5) พยาบาลวิชาชีพที่

ปฏิบัติงานที่ คลินิกฝากครรภ์ จำนวน 2 คน (6) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 2 คน (7) ทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน จำนวน 3 คน (8) นักโภชนาการจำนวน 1 คน (9) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 2 คน (10) อสม.ที่รับผิดชอบงานเขตโรงพยาบาลคลองหลวงจำนวน 3 คน

2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคลองหลวง ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก โดยมีเครื่องมือเก็บข้อมูลดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาสภาพการณ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

เครื่องมือ: แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก

1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ (คำถามปลายเปิดและแบบเลือกตอบ)

2) คำถามเชิงกึ่งโครงสร้าง จำนวน 3 ข้อ (คำถามปลายเปิด) สำรวจสภาพการณ์ ข้อดี ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยสนับสนุน

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

เครื่องมือ: แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก

1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

2) คำถามเชิงกึ่งโครงสร้าง จำนวน 2 ข้อ เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อรูปแบบการพยาบาลและปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จ

ระยะที่ 3: การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาล

เครื่องมือ:

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ จำนวน 6 ข้อ

2) แบบประเมินการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว จำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น (1) การประเมินการคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 6 ข้อ (2) การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์โดยมีครอบครัวมีส่วนร่วม จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (1–5 คะแนน)

3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมแนวปฏิบัติการประเมินและคัดกรองเบาหวาน และการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลสูง ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (1–5 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ และแบบเก็บข้อมูล มาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ คำนวณโดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวงก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยใช้สถิติ pair t -test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์จังหวัดปทุมธานี หมายเลขรับรอง PPHO-REC 2568/27 วันที่ให้การรับรอง 22 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1: ศึกษาสภาพการณ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.00 อายุระหว่าง 28–35 ปี ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 39.35 ปี มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อย

ละ 90.00 และมีประสบการณ์ทำงานระหว่าง 3–10 ปี ร้อยละ 65.00 อายุการทำงานเฉลี่ย 15.10 ปี โดยร้อยละ 70.00 ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และร้อยละ 65.00 ไม่มีประสบการณ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้

1.2 สภาพการณ์การพยาบาลและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ภาพรวมสถานการณ์ พบว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวยังขาดอยู่ เช่น ขาดความรู้ความตระหนัก และไม่ชัดเจนในการติดตามหญิงตั้งครรภ์หลังการรักษาหรือหลังคลอด รวมถึงไม่มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในระบบ

ข้อดีของระบบปัจจุบัน มีการคัดกรองและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างครบถ้วน มีทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น สูติแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และอายุรแพทย์ที่พร้อมดูแลและให้คำปรึกษา รวมถึงมีอุปกรณ์สำหรับการตรวจน้ำตาลที่บ้าน (SMBG) และแนวทางการดูแลที่ทันสมัย

ปัญหาและอุปสรรค บุคลากรไม่เพียงพอจำนวนผู้รับบริการมากทำให้เวลาการดูแลจำกัด สถานที่ให้บริการไม่เอื้อต่อการดูแลแบบครบวงจร การติดต่อสื่อสารในเครือข่ายไม่ทั่วถึง และบางรายขาดความรู้หรือไม่ให้ความสำคัญกับการรักษา

ปัจจัยสนับสนุน

ควรเพิ่มจำนวนบุคลากรและพัฒนาศักยภาพ มีการทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ และประสานงานร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และเทศบาล พร้อมทั้งจัดกิจกรรมและสื่อสารให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วม

ระยะที่ 2: พัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมและสนทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้กำหนดประเด็นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและความชัดเจนของกระบวนการ

ข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง 1) ควรมีการวางแผนงานและลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนตาม Clinical Practice Guideline (CPG) 2) เน้นการคัดกรองและวินิจฉัยตามช่วงอายุครรภ์ และมีแนวทางดูแลหลังคลอด 3) เพิ่มสมุดบันทึกระดับน้ำตาลโดยเฉพาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ เพื่อแยกจากสมุดฝากครรภ์ทั่วไป 4) ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทร่วมในแผนการดูแล

ปัจจัยความสำเร็จ 1) การประชุมแลกเปลี่ยนความรู้และแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมโดยทีมสหวิชาชีพ 2) ส่งเสริมการตระหนักรู้และให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว 3) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบการพยาบาลฉบับร่าง 1 ประกอบด้วย 1) แนวทางปฏิบัติการประเมินและคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2) การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
ได้ส่งร่างดังกล่าวให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ก่อนนำมาปรับปรุงและทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลคลองหลวง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ของการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิคฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
ประเมินและคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ 1. ซักประวัติ ประวัติอาการสำคัญ การเจ็บป่วยในปัจจุบัน การเจ็บป่วยใน	**1. การประเมินการคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์** 1.1 ซักประวัติ โรคเบาหวานก่อนตั้งครรภ์

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ของการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิคฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
อดีต โรคประจำตัว การรักษาในอดีตและปัจจุบัน 2. ส่งตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือดทางห้องปฏิบัติการ 3. ประเมินและคัดกรองตามงานประจำ	1.2 คัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยการตรวจหาระดับน้ำตาลในกระแสเลือด โดยการทดสอบความทนต่อกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test: OGTT: OGTT) 1.3 คัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ด้วย 50gram OGTT 1.4 คัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ด้วย 100gram โดยใช้เกณฑ์วัดผลของ Carpenter criteria เกณฑ์วินิจฉัย 2 ใน 4 ข้อ . FBS 95 mg/dL · 1 hr 180 mg/dL · 2 hr 155 mg/dL · 3 hr 140 mg/dL 1.5 คัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ด้วย 50gram GCT เมื่อพบระดับน้ำตาลในกระแสเลือดมากกว่าหรือ เท่ากับ 140 มก./ดล. 1.6 คัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ด้วย 100gram OGTT ในกรณีที่พบว่า FBS ≥ 126 mg/dL หรือ 2hrPP ≥ 200 mg/dL **<u>ในกรณีเข้าเกณฑ์</u>** เป็น Pregestational DM ดำเนินการตรวจ HbA1C,EKG12 leads, UA, UPCR, BUN, Creatinine นัดตรวจตา ,Fetal echocardiography และปรึกษาอายุรแพทย์ 1.7 คัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ด้วย 100gram OGTT ในกรณีที่พบว่า FBS < 126 mg/dL หรือ 2hrPP < 200 mg/dL **<u>เข้าเกณฑ์เป็น</u>** DM in pregnancy (GDM) ตรวจซ้ำช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ 1.8 มีการสื่อสารเรื่องการคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ให้รับทราบ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวทราบทุกราย **2. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว** 2.1 ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังรับประทานอาหารครบ 2 ชั่วโมง (2hr PP) ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ - 2hr PP เป้าหมาย: < 120 mg% 2.2 ส่งพบนักโภชนาการเพื่อให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร 2.3 แนะนำหญิงตั้งครรภ์และญาติในการเจาะหาน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและอธิบายวิธีการใช้เครื่อง SMBG และบันทึกในใบติดตามระดับน้ำตาลที่บ้านเพื่อมาใช้ในการมาฝากครรภในครั้งถัดไป ในกรณีที่สามารถยืมเครื่องได้ 2.4 ให้ความรู้เรื่องภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และการปฏิบัติตนเมื่อเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ในเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และมาตรวจครรภ์สม่ำเสมอตามนัด 2.5 ให้แนะนำหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวสังเกตอาการผิดปกติ - อาการของน้ำตาลในเลือดสูง เช่น หิวน้ำบ่อย หิวบ่อยแม้จะพึ่งกิน อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว มองไม่ชัด - อาการของน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เวียนศีรษะ ใจสั่น กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น 2.6 ให้แนะนำหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวฝึกการหายใจ สมาธิ เพื่อการผ่อนคลายความเครียดอย่างสม่ำเสมอ 2.7 ให้แนะนำหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวสังเกตและนับจำนวนการดิ้นของลูก ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป 2.8 ปรึกษาอายุรแพทย์ พิจารณาใช้ยาอินซูลินเมื่อพบว่า - 2hr PP เกินมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง หรือ Self-monitoring of blood glucose (SMBG) คุมได้น้อยกว่า 70%

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ของการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิคฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
	2.9 ตรวจสุขภาพทารก เพื่อ Surveillance fetal well being ทุกสัปดาห์ ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ขึ้นไป 2.10 มีการสื่อสารเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดและสุขภาพมารดาและทารกให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวรับทราบทุกครั้งที่มาตามมาตรวจครรภ์

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่ารูปแบบของการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิคฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีการแบ่งเป็น 2 ตอนแต่ละขั้นตอนมีการระบุแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีรายละเอียดของการปฏิบัติ มีการระบุเกณฑ์และการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมของครอบครัว การติดตามอย่างต่อเนื่อง อาทิ เช่น การประเมินคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยการตรวจหาระดับน้ำตาลในกระแสเลือด โดยการทดสอบความทนต่อกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test: OGTT: OGTT) มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างชัดเจน

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิคฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิคฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิคฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.00 อายุอยู่ช่วงระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 44.50 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 90.00 ประสบการณ์ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ อยู่ช่วงระหว่าง 16-25 ปี ร้อยละ 40.00 เฉลี่ย 44.50 ปี ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 60.00 ไม่มีประสบการณ์ในการการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 60.00

3.2 การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว คลินิคฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การปฏิบัติการพยาบาล	รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง						t	p-value
	ก่อนการใช้รูปแบบ			หลังการใช้รูปแบบ				
	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ		
1. แนวทางปฏิบัติการประเมินการคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์	3.85	.70	สูง	4.75	.48	สูงมาก	-3.515	.007
2. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง	4.05	.43	สูง	4.70	.34	สูงมาก	-6.095	.002

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การปฏิบัติการพยาบาล	รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง						t	p-value
	ก่อนการใช้รูปแบบ			หลังการใช้รูปแบบ				
	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ		
รวม	**4.10**	**.56**	**สูง**	**4.71**	**.42**	**สูงมาก**	**-2.449**	**.037**

*p- value < .05

จากตารางที่ 2 โดยภาพรวมคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลคลองหลวง พบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ($\overline{X}$ = 3.85 SD = .70) เป็น ($\overline{X}$ = 4.70 SD= .42) อยู่ในระดับสูงมาก และส่วนใหญ่ต่างจากรูปแบบเดิม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก และด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) แนวทางปฏิบัติการประเมินการคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($\overline{X}$ = 4.75 SD = .42) 2) การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ($\overline{X}$ = 4.71 SD = .34) ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างก่อนรูปแบบการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว หลังใช้รูปแบบการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า โดยภาพรวมความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคลองหลวง หลังใช้รูปแบบการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง พบว่า ภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก ($\overline{X}$ = 4.42 SD = .66) เมื่อพิจารณารายข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนที่มีคะแนนมากที่สุดตามลำดับดังนี้ 1) แนวทางปฏิบัติการประเมินการคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($\overline{X}$ = 4.45 SD = .65) 2) การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ($\overline{X}$ = 4.40 SD = .68) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง โดยดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ศึกษาสภาพการณ์ (ระยะที่ 1) การพัฒนารูปแบบ (ระยะที่ 2) และการประเมินผลการใช้รูปแบบ (ระยะที่ 3) ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

สภาพการณ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (ระยะที่ 1) จากการสนทนากลุ่ม พบว่า แม้คลินิกฝากครรภ์จะมีระบบคัดกรองและทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมดูแล แต่ยังขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างเป็นระบบ ขาดการติดตามหลังคลอด ขาดการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ให้กับครอบครัว ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Family-Centered Care ของ Shelton et al.[14] ที่เน้นให้ครอบครัวมีบทบาทร่วมในการดูแลผู้ป่วย และแนวคิดของ Orem[15] ที่กล่าวว่าครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนพร นิลวิเชียร,

สุมาลี ทองสง, & วราภรณ์ ศรีบุญเรือง[16] ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดความเครียดของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

การพัฒนารูปแบบการพยาบาล (ระยะที่ 2) จากข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 ประกอบกับการสนทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพและการอ้างอิงแนวทาง RTCOG Clinical Practice Guideline ปี 2566 ส่งผลให้เกิดการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) แนวทางการประเมินคัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ และ (2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับแนวคิด Participatory Learning ของ Kolb[17] ซึ่งสนับสนุนให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ และมีบทบาทในการตัดสินใจดูแลสุขภาพร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์

ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาล (ระยะที่ 3) ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับสูงมาก โดยเฉพาะในด้านแนวทางการประเมินคัดกรองเบาหวานและการดูแลโดยมีครอบครัวมีส่วนร่วมผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jin et al.[18] ซึ่งพบว่า การมีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ และการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลกลุ่มเสี่ยงได้ อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing) ที่ให้ความสำคัญทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และครอบครัวของผู้ป่วย

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปผลได้ว่า การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง สามารถส่งเสริมประสิทธิภาพในการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญ มีการระบุแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และมีการบูรณาการการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว ส่งผลให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. ควรมีการประยุกต์ใช้รูปแบบนี้ในโรงพยาบาลอื่นๆที่มีบริบทคล้ายกัน เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

2. ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้พยาบาลและทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของหญิงตั้งครรภ์และทารกหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในเขตเมืองและชนบท เพื่อพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหลวง ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและ1) ทีมร่วมพัฒนา จำนวน 20 คน ได้แก่ สูติแพทย์ อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน นักโภชนาการ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ 2)

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคลองหลวง จำนวน 10 คน ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐนันท์ วารีเศวตสุวรรณ์.(2561). การตรวจสอบเฝ้าระวังอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) โดยใช้แผนภูมิควบคุม p ปรับแก้ [ดุษฎีนิพนธ์]. บางแสน: วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
2. IDF.(2013). Diabetes Atlas. Sixth edition. International Diabetes Federation; 2013. Available from: http://www.idf.org/diabetesatlas.
3. รุ่งฤดี เพ็งวิชัย.(2566). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ในชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):558-64.
4. คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง.(2567). สถิติหญิงตั้งครรภ์เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในปีงบประมาณ 2564–2566. ปทุมธานี: โรงพยาบาลคลองหลวง; 2567.
5. Zurawska-Klisl M, et al.(2016). Obstetric results of the multicenter, nationwide, scientific-educational program for pregnant women with gestational diabetes mellitus (GDM). Ginekologia Polska. 2016;87(9):651-8.
6. สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ.(2559). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.
7. เจนพล แก้วกิติกุล, และคณะ.(2555). ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพิจิตร. วารสารโรงพยาบาลพิจิตร. 2555;27(2):70-82.
8. สุชยา ลือวรรณ.(2558). โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนารีเวชวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558 [cited 2565 Aug 25]. Available from: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/pregnancy-with-diabetes-mellitus/
9. Carolan M.(2013). Women's experiences of gestational diabetes self-management: A qualitative study. Midwifery. 2013;29(6):637-45.
10. กฤษณี สุวรรณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์.(2562). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2562;30(2):1-13.
11. กนกวรรณ ฉันธนะมงคล.(2566). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมนรีเวชและศัลยกรรม. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์; 2556.
12. Schumacher KL, Meleis AI.(1994). Transition: A central concept in nursing. IMAGE J Nurs Sch. 1994;26(2):119-27.
13. กนกพร นทีธนสมบัติ.(2555). ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน : กรณีศึกษาสตรีตั้งครรภ์. มฉก.วิชาการ. 2555;6(13):103-15.
14. Shelton D, et al.(1687). Family-centered care: A concept analysis. J Pediatr Nurs. 1987;2(1):13-20.
15. Orem DE.(2001). Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.
16. ธนพร นิลวิเชียร, สุมาลี ทองสง, วราภรณ์ ศรีบุญเรือง.(2562). การมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2562;30(2):112-21.
17. Kolb DA.(1984). Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1984.
18. Jin X, Chen Y, Wang L, Zhang H.(2021). Effectiveness of multidisciplinary approach and clinical guidelines on diabetes management: A systematic review. J Nurs Manag. 2021;29(3):450-62.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะช็อกจากระบบประสาท ร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลว: กรณีศึกษา

Nursing Care for a patient with Cervical Spinal Cord Injury complicated by Neurogenic Shock and Respiratory Failure: Case Study.

(Received: August 27,2025 ; Revised: August 30,2025 ; Accepted: August 31,2025)

สลิลลา เลิศวงศ์อุดมพร[1]
Salinla Lertwongudomporn[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะช็อกจากระบบประสาทร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลว โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 64 ปี โรงพยาบาลชุมชนส่งมารักษาต่อ ด้วยประวัติการเจ็บป่วยเกิดอุบัติเหตุเดินหกล้ม ศีรษะด้านหลังกระแทกพื้น หลังจากนั้นแขน ขา ทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่ 3 และ 4 ระยะก่อนผ่าตัดมีภาวะช็อกจากระบบประสาท ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เกิดภาวะปอดอักเสบ หัวใจเต้นช้า ปอดแฟบ กระตุกบริเวณใบหน้าซีกซ้าย หายใจลำบาก โปรตีนในเลือดต่ำ หย่าเครื่องช่วยหายใจยาก ได้รับการรักษาด้วยสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาเพิ่มความดันโลหิต ยาปฏิชีวนะ โปรตีนอัลบูมิน ทำผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกที่กดประสาทไขสันหลังออกและเชื่อมกระดูกคอ ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ เจาะคอ การพยาบาลที่สำคัญ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางระบบประสาท ประเมินความเพียงพอของสารน้ำ ดูแลให้ยาเพิ่มความดันโลหิต ยาปฏิชีวนะ ยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ ให้อาหารเหลวทางสายยาง ดูแลให้ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ หย่าเครื่องช่วยหายใจเมื่อสภาพผู้ป่วยดีขึ้นม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอ และจากการเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ หลังได้รับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาหมดไป แต่ยังคงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขน ขา ทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 0 ต้องฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อและการทำงานของเส้นประสาทอย่างต่อเนื่อง ซึ่งใช้เวลานาน แพทย์จึงส่งกลับไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลชุมชน รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 46 วัน

คำสำคัญ: บาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ, ภาวะช็อกจากระบบประสาท, ภาวะการหายใจล้มเหลว

Abstract

This study was case study. The objective was to study nursing care for a patient with Cervical Spinal Cord Injury complicated by Neurogenic Shock, and Respiratory Failure. The study was conducted on a 64-year-old male patient who was referred to a community hospital for further treatment. He had a history of illness and an accident which he fell and hit the occipital region of his head. Following that, both arms and legs became weak. Seven hours before coming to the hospital, the doctor diagnosed him with a cervical spinal cord injury at levels 3 and 4. Preoperatively, he developed neurological shock and a urinary tract infection. Within 24 hours, he developed pneumonia, bradycardia, atelectasis, left hemifacial spasm, difficulty breathing, and hypoproteinemia. Treatment include Intravenous fluids, vasopressor, anticholinergic, steroids, antibiotics, and albumin Infusion. The operation performed was Anterior Cervical Discectomy and Fusion (ACDF) with metallic cage anterior plating, intubation and ventilator, and tracheostomy. Nursing interventions included assessing vital signs, assessing neurological signs, assessing fluid adequacy, administering vasopressor, steroids, antibiotics, and anticholinergic drug, providing a blenderized diet, using the ventilator effectively, weaning the ventilator upon signs of improvement in the condition, and preventing postoperative complications related to cervical spine surgery and immobility. After receiving treatment, the patient's condition resolved completely. He remained unable to self-care, with weakness in both arms and legs, The muscle strength was grade 0, requiring continuous rehabilitation of muscle strength and nerve

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

function, which takes a long time. The doctor subsequently referred him back to a community hospital for continued care. The total length of stay was 46 days.

Keywords: Cervical Spinal Cord Injury, Neurogenic Shock, Respiratory Failure

บทนำ

การบาดเจ็บไขสันหลังเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต และมักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในประเทศที่พัฒนาพบอุบัติการณ์การเกิดประมาณ 10.4 – 130.6 รายต่อประชากร 1 ล้านคนต่อปี[1] จากสถิติในประเทศไทยพบการบาดเจ็บไขสันหลังจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 57 และการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 31.4 โดยเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 45.1 ปี และเป็นเพศชายสูงถึงร้อยละ 67.5[2] เมื่อเกิดการบาดเจ็บไขสันหลัง ทำให้เกิดการบวมของประสาทไขสันหลัง ร่วมกับการตายของเซลล์ประสาท จากการเปลี่ยนแปลงภาวะสมดุลและขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตนเอง ในการทำกิจวัตรประจำวันหลายด้าน เกิดความบกพร่องการทำงานของระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบผิวหนัง ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบสืบพันธุ์ เป็นต้น[3] ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดการบาดเจ็บว่าเป็นแบบชนิดไม่สมบูรณ์หรือแบบสมบูรณ์ และระดับของไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ ได้แก่ ระดับคอ (C1 – C8) ระดับทรวงอก (T1 -T12) ระดับเอว (L1 -L5) ระดับกระดูกกระเบนเหน็บ (S1 -S5) และกระดูกก้นกบ โดย การบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอเป็นอันตรายสูงสุด เนื่องจากมีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินหายใจและระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการหายใจล้มเหลว อัมพาตทั้งตัว อัมพาตครึ่งล่าง และเสียชีวิต[4] นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลายอย่าง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ ภาวะช็อกจากไขสันหลัง ภาวะช็อกจากระบบประสาท ความเจ็บปวด การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อทั้งในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะปอดอักเสบ ติดเชื้อ ปอดแฟบ ภาวะเส้นเลือดดำอักเสบหรือ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ เป็นต้น อีกทั้งการบาดเจ็บไขสันหลัง ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล การสูญเสียภาพลักษณ์ การสูญเสียอาชีพ ขาดรายได้ รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญตั้งแต่ระยะวิกฤต โดยมีเป้าหมาย เพื่อค้นหาการบาดเจ็บรุนแรงที่อาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ได้แก่ การประเมินการหายใจ การประเมินระบบไหลเวียนโลหิต และให้การรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อลดการบาดเจ็บเพิ่มของ ไขสันหลัง ลดอัตราการตาย และการป้องกันภาวะ แทรกซ้อน จนกระทั่งถึงระยะฟื้นฟู ซึ่งถือว่าเป็นระยะที่มีความสำคัญในการดูแล เพื่อส่งเสริมและช่วยให้เกิดการฟื้นหายของระบบประสาทไขสันหลัง ได้แก่ กำลังของกล้ามเนื้อและการรับรู้ความรู้สึก รวมไปถึงป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายๆระบบดังกล่าวมาข้างต้น[3] โดยพบว่าจำนวนผู้รอด ชีวิตจากการบาดเจ็บไขสันหลังและเข้าสู่ระยะฟื้นฟูมีแนวโน้มสูงขึ้นถึงร้อยละ 87 ในระยะเวลา 2 ปี หลังการจำหน่ายกลับบ้าน[2]

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีหน้าที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีพยาธิสภาพของกระดูก กล้ามเนื้อ เอ็น เส้นประสาท และข้อต่อต่างๆ โดยในปี พ.ศ. 2564, 2565, และ 2566 มีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอจำนวน 7, 10, และ 12 ราย ตามลำดับ[5] ซึ่งพบจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยอื่น แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากประสบการณ์การปฏิบัติงานพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีการเจ็บป่วยที่รุนแรง โดยมีปัญหาการบาดเจ็บไขสันหลังร่วมด้วย เนื่องจากประสบอุบัติเหตุอย่างรุนแรง ส่งผลต่อการทำงานของร่างกายผิดปกติอย่างมาก เช่น การสูญเสียการทำงานของระบบประสาทการเคลื่อนไหว การรับความรู้สึก ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบหายใจล้มเหลว หรือการทำงานของลำไส้และกระเพาะปัสสาวะผิดปกติ มีอาการปวดรุนแรง ลำตัว แขนหรือขาชาและอ่อนแรง ในบางราย เกิดภาวะช็อกจากไขสันหลัง ช็อกจาก

ระบบประสาท ต้องการการดูแลช่วยเหลือและการรักษาอย่างทันท่วงที นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลและนอนบนเตียงนาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง รวมทั้งเมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้ว บางรายต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำหลายครั้ง เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาความรู้เรื่องพยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง การรักษา การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน จนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อนำองค์ความรู้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ลดการบาดเจ็บเพิ่มของไขสันหลัง ลดอัตราการเสียชีวิต และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล จนกระทั่งถึงระยะฟื้นฟู ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้เร็วที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะช็อกจากระบบประสาท
ร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลว

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะช็อกจากระบบประสาทร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลว เป็นกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน รุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ความชำนาญ ประสบการณ์สูงในการดูแลทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะก่อนจำหน่าย

3. ศึกษาทฤษฎี แนวคิดที่เกี่ยวข้อง จากเอกสาร ตำราวิชาการ บทความและงานวิจัยต่างๆ

4. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยกรณีศึกษา จากประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหา ประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยกรณีศึกษา กำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 7 รับวันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2567 การวินิจฉัยโรค Spinal cord injury at C3, C4 การผ่าตัด ACDF with Metallic cage anterior plating วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2567

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

แขนขา ทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ยกขยับไม่ได้ 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

7 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล หลังดื่มสุรา เดิน หกล้มศีรษะด้านหลังกระแทกพื้น หลังจากนั้นแขน ขา ทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรง ยกขยับไม่ได้ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลชุมชน พบมีปัญหาความดันโลหิตต่ำ แพทย์วินิจฉัย Spinal cord injury with Shock ได้รับการรักษาด้วย IV

Fluid load และ Levophed Ⓥ drip keep BP และส่งรักษาต่อโรงพยาบาลจังหวัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

10 ปีก่อน เป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาไม่ต่อเนื่อง

ประวัติการแพ้ยา/ใช้สารเสพติดและอื่นๆ

ดื่มสุรา ½-1 ขวด/วัน และสูบบุหรี่ 1 ซอง/วัน

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

ผู้ป่วยรู้ตัวดี GCS = 10 คะแนน ($E_4M_1V_5$) แขน ขา ทั้ง 2 ข้าง ไม่เคลื่อนไหว กำลังกล้ามเนื้อเกรด 0 ชาตั้งแต่ไหล่ถึงปลายเท้า ความรุนแรงของอาการชาระดับ1 สัญญาณชีพ BT= 36.6°C, PR = 60 beat/min, RR = 24 beat/min, BP = 100/60 mmHg,O_2 sat = 99% Bulbocavernosus reflex negative

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากระบบประสาทเนื่องจากการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติกลดลงจากไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมาด้วย 7 ชั่วโมงก่อนมา หลังดื่มสุรา เดินหกล้ม ศีรษะด้านหลังกระแทกพื้น หลังจากนั้น แขน ขา ทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ยกขยับไม่ได้ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลชุมชนแรกรับ แขน ขาทั้ง 2 ข้างไม่เคลื่อนไหว กำลังกล้ามเนื้อเกรด 0 BP ต่ำ= 70/40 mmHg, PR ช้า = 54 beat/min, RR = 18 beat/min EKG 12 lead พบ Sinus bradycardia ให้การรักษาด้วย NSS Ⓥ load 1,500 ml, Levophed (4:250) Ⓥ drip 10 ml/hr, Atropine 1.2 mg Ⓥ และส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด 2. ผล CT C-spine พบ non displaced fracture of cervical spine, grade I retrolisthesis of C3 on C4, cervical spondylosis with disc space narrowing of C4 - C5 level 3. MRI C-spine พบ Retrolisthesis of C4 over C5 and C5 over C6, Disc disruption spinal canal stenosis at C3/4, C4/5 and C5/6 levels, spinal contusion at C4/5 level 4. แพทย์วินิจฉัยเป็น Spinal cord injury at C3, C4 with Neurogenic shock **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียนเลือดให้เพียงพอ	1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที ทดสอบ Capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด 2. ตรวจวัดและประเมิน O_2 sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจน 3. on Monitor EKG เพื่อติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง 4. ดูแลให้ O_2 Mask with bag 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในระบบไหลเวียนเลือด 5. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือ ปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื้น ใช้กล้ามเนื้อ หน้าท้อง กล้ามเนื้อคอช่วยในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความแรงของชีพจรส่วนปลายลดลง ผิวหนังเย็นและชื้น O_2 sat < 90% Capillary refill time ≥ 3 วินาที 6. ใส่คาสายสวนปัสสาวะ บันทึกปริมาณปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไตและประเมินอาการขาดน้ำ 7. ดูแลให้ Levophed (4:250) Ⓥ drip rate 10 ml/hr titrate ทีละ 5 ml/hr keep BP > 90/60 mmHg โดยบริหารยาผ่านเครื่อง infusion pump เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นช้าหรือเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้ อาเจียน และปัสสาวะคั่ง เนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับยาถูกทำลายจากการรั่วของยา (Extravasation) เป็นต้น 8. ดูแลให้ Dexamethasone 4 mg Ⓥ q 6 hr ตามแผนการรักษา เพื่อลดการอักเสบและบวมของเส้นประสาทไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ปวดศีรษะ เลือดออกในทางเดินอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ติดเชื้อในร่างกาย ความดันโลหิตสูง 9. ดูแลให้ NSS 1,000 ml Ⓥ drip rate 80 ml/hr เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียนเลือด 10. ติดตามผลการตรวจ Bulbocavernosus reflex ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการพ้นภาวะช็อกและการฟื้นตัวของเส้นประสาทไขสันหลัง **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขน ขา 2 ข้าง ชา ไม่เคลื่อนไหว สัญญาณชีพ PR = 58 -70 beat/min, RR = 20-24 beat/min, BP= 112/63 - 120/83 mmHg, MAP = 80 - 95 mmHg, Pulse pressure =37 - 49 mmHg, O_2 sat = 97- 98%, Capillary refill time < 2 วินาที ให้ Levophed (4:250) Ⓥ drip rate 5 ml/hr, urine output 70 - 85 ml/ hr ทดสอบ Bulbocavernosus reflex positive

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อก	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของไขสันหลังเพิ่มขึ้นเนื่องจากกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อน และยังไม่ได้ยึดตรึง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยหกล้ม ศีรษะด้านหลังกระแทกพื้น แขนขาทั้ง 2 ข้าง ไม่เคลื่อนไหว ชาตั้งแต่ไหล่ถึงปลายเท้า อาการชาอยู่ระดับ 1 สามารถรับความรู้สึกได้เล็กน้อย (Impaire) 2. ยังไม่ได้รับการผ่าตัด 3. ผล CT C-spine พบ non displaced fracture of cervical spine, grade I retrolisthesis of C3 on C4, cervical spondylosis with disc space narrowing of C4 - C5 level 4. MRI C-spine พบ Retrolisthesis of C4 over C5 and C5 over C6, Disc disruption spinal canal stenosis at C3/4, C4/5 and C5/6 levels, spinal contusion at C4/5 level **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของไขสันหลังเพิ่มขึ้น	1.จัดท่านอนราบหรือศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อป้องกันไขสันหลังได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลายมากขึ้น 2. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยแบบท่อนซุง (Log rolling) โดยใช้เจ้าหน้าที่อย่างน้อย 3 คน พลิกตะแคงตัวให้ไหล่ ลำตัวและสะโพก ไปพร้อม ๆ กัน ไม่ให้ส่วนคอและหลังบิด 3. สวมใส่อุปกรณ์พยุงคอ (Soft collar support) เพื่อให้กระดูกคออยู่ในแนวตรงป้องกันไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ 4. ประเมินการทำหน้าที่ของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการกดทับไขสันหลังเพิ่มขึ้น โดยการตรวจกำลังกล้ามเนื้อ การตอบสนองอัตโนมัติ ให้ผู้ป่วยขยับหรือยกแขน ขาให้ได้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ การรับความรู้สึก โดยประเมินอาการชาของแขน ขาที่อาจเกิดขึ้นใหม่หรือชามากกว่าเดิมและสอบถามอาการชา ทุก 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์หากมีอาการทางระบบประสาทไขสันหลังทรุดลง 5. สอบถามผู้ป่วยถึงอาการหายใจขัด หายใจไม่อิ่ม หรือรู้สึกหายใจไม่สะดวก 6. สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอกขณะหายใจเข้าและออก เพื่อเฝ้าระวังภาวะการหายใจลำบาก และการหยุดหายใจ 7. ตรวจวัดสัญญาณชีพ O_2 sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินและติดตามอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก เช่น อัตราการหายใจ และการเต้น ชีพจรเร็ว 8. เตรียมความพร้อมรถ Emergency เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันท่วงทีหากผู้ป่วยภาวะการหายใจลำบาก และการหยุดหายใจ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขน ขาทั้ง 2 ข้าง ไม่เคลื่อนไหว กำลังกล้ามเนื้อเกรด 0 ระดับการชาตั้งแต่ไหล่ถึงปลายเท้าเท่าเดิม BT= 36-38.4°C, PR = 58 -70 beat/min, RR = 20-24 beat/min, BP= 112/63 - 120/83 mmHg, O_2 sat = 97- 98% ลักษณะการหายใจปกติ ทรวงอกเคลื่อนไหวปกติขณะหายใจเข้าและออก ไม่ใช้กล้ามเนื้อคอหรือกล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากภูมิคุ้มกันลดลง และใส่คาสายสวนปัสสาวะ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยดื่มสุราเป็นประจำ ½-1 ขวด/วัน โดยแอลกอฮอล์มีผลทำให้จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวลดลง จึงติดเชื้อได้ง่าย 2. ผู้ป่วยควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่ได้ต้องใส่คาสายสวนปัสสาวะ 3. มีไข้ BT = 37.9°C - 38.6°C 4. Urine exam พบ RBC 10 - 20 cell/CFU, WBC > 100 cell/CFU, Bacteria numerous 5. Urine culture พบ Enterococcus face > 10^5 CFU/mL **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดและกำจัดเชื้อที่เป็นสาเหตุทำให้ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 2. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	1. ให้การพยาบาลตามหลัก Aseptic technique เพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย โดยการรักษาความสะอาด ล้างมืออย่างถูกวิธีทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล 2. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสบู่ เช้า-เย็น ทำความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง 3. แขวนถุงเก็บปัสสาวะต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ และห่างจากพื้น อย่างน้อย 15 เซนติเมตร 4. ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้หัก พับ งอหรืออุดตัน เพื่อช่วยปัสสาวะไหลสะดวก ป้องกันการคั่งค้างของปัสสาวะ บีบรูดสายบ่อยๆ เพื่อทำให้เกิดแรงดูดสิ่งที่ติดอยู่ในสายให้ออกมา 5. ล้างมือให้สะอาดก่อน-หลังเทน้ำปัสสาวะ เช็ดปลายท่อสำหรับเทน้ำปัสสาวะก่อนและหลังเทน้ำปัสสาวะ ด้วย 70% แอลกอฮอล์ทุกครั้ง เทน้ำปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมงหรือเมื่อมีน้ำปัสสาวะประมาณ 3/4 ของถุงรองน้ำปัสสาวะ 6. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา หากพบการรั่ว อุดตันให้เปลี่ยนหรือใส่สายสวนปัสสาวะใหม่ 7. ระวังไม่ให้สายสวนปัสสาวะดึงรั้ง ยึดตรึงของสายสวนปัสสาวะตลอดเวลา เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อทางเดินปัสสาวะบาดเจ็บเป็นแผล และเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำได้ 8. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่งโมง เพื่อลดการเกิดตะกอนในน้ำปัสสาวะ 9. ดูแลให้ NSS 1,000 ml Ⓥ drip rate 80 ml/hr เพื่อช่วยชะล้างแบคทีเรียออกจากทางเดินปัสสาวะ 10. ประเมินลักษณะ สีของปัสสาวะ หากมีอาการผิดปกติที่เป็นการแสดงถึงการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะมีสีขุ่น มีตะกอน หรือมีเลือดปน รายงานแพทย์ทราบ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	11. ฉีดยา Ceftriaxone 2 gm Ⓥ OD ตามแผนการรักษา เพื่อฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ แพ้รุนแรง (ผื่นลมพิษ บวมที่หน้า ริมฝีปาก คอและลิ้น หายใจลำบาก) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย มีไข้ หนาวสั่น ต่อมน้ำเหลืองโต ชัก อักเสบบริเวณที่ฉีดยา 12. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะไข้ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีไข้ BT= 36.0-37.5°C ปัสสาวะสีเหลืองใส ออกดี ในช่วงก่อนผ่าตัด ไม่ได้ส่งตรวจ Urine exam และ Urine culture ซ้ำ
ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยหายใจเองไม่เพียงพอ เนื่องจากกล้ามเนื้อช่วยหายใจทำงานลดลง จากเส้นประสาทควบคุมการเคลื่อนไหวของกะบังลมและกล้ามเนื้อยึดซี่โครงบาดเจ็บ ฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก ร่วมกับการระบายอากาศลดลงจากเสมหะคั่งค้างในทางเดินหายใจ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. แพทย์วินิจฉัย Spinal cord injury at C3, C4 2. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ACDF with Metallic cage anterior plating C3, C4 โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกมีฤทธิ์กดศูนย์หายใจ ได้แก่ Thiopental, Fentanyl, Morphine ซึ่งฤทธิ์ยาอาจตกค้างในร่างกาย 3. Spontaneous tidal volume 150 ml **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจน 2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายใจเองได้	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่และปกติ 2. ติดตามค่า O_2 sat ทุก 15 – 30 นาที 3. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่าย สับสน เหงื่อออก ปลายมือ ปลายเท้าเย็น และริมฝีปากซีด เขียว หัวใจเต้นเร็วผิดปกติหรือผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูงในช่วงแรก 4. ดูแลให้ on Ventilator PCAC mode, PEEP 5 cmH_2O, FiO_2 0.4 5. ดูแล ET -Tube ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ วัด cuff pressure ไม่เกิน 25 mmHg เพื่อป้องกันหลอดลมได้รับบาดเจ็บ เยื่อบุหลอดลมขาดเลือด 6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ มองเห็นได้ในท่อช่วยหายใจ ได้ยินเสียงเสมหะในท่อช่วยหายใจ ฟังเสียงปอดได้ยินเสียง crepitation 7. จัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา เพื่อทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนมากขึ้น 8. วัดค่า Spontaneous tidal volume ทุก 8 ชั่วโมง 9. สังเกตลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอกและฟังเสียงลมเข้าปอดทั้งสองข้าง ติดตามผล ABG 10. สอนผู้ป่วยฝึกการหายใจเข้าและออกลึกๆ เพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อการหายใจและช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนในร่างกาย 11. ประเมินข้อบ่งชี้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ สัญญาณชีพปกติ มีความสมดุลของเกลือแร่ในเลือด spontaneous tidal volume มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ml ต่อน้ำหนักตัว 1 kg ค่า O_2 sat มากกว่า 90% ABG พบค่า PaO_2 มากกว่า 60 mmHg, ค่า $PaCO_2$ = 35-45 mmHg **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจกระตุ้นเครื่องช่วยหายใจและสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณชีพปกติ PR = 60-80 beat/min, RR = 18-22 beat/min, BP = 90/60-118/70 mmHg, O_2 sat = 100%, Spontaneous tidal volume = 400 - 503 ml ไม่ได้เจาะเลือดส่งตรวจ ABG หลังผ่าตัด 1 วัน try wean ventilator จน off ventilator และ ET. tube ได้ ให้เป็น O_2 mask with bag และ O_2 Cannula ตามลำดับ ผู้ป่วยหายใจเองได้ ไม่เหนื่อย O_2 sat = 96-98%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเกิดภาวะปอดอักเสบเนื่องจากมีเสมหะคั่งค้างในปอด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีน้ำลายในปาก และเสมหะในคอจำนวนมาก ขับออกเองไม่ได้ 2. หลังผ่าตัดมีเสมหะในท่อช่วยหายใจจำนวนมาก สีขาวขุ่นเหนียวข้น ขับออกเองไม่ได้ 3. หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง มีไข้ BT= 37.8°C 4. CXR portable พบมี Pneumonia	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ 2. ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ โดยการดูดในปากก่อน และดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในลำดับต่อไป เพื่อป้องกันการสำลักและการปนเปื้อนเชื้อ ใช้แรงดันในการดูดเสมหะไม่เกิน 120 mmHg เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อทางเดินหายใจ 3. ดูแลให้ NSS 1,000 ml Ⓥ drip rate 80 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยทำให้เสมหะที่คั่งค้าง อยู่ในปอดอ่อนตัวลงและขับออกมาได้ง่ายขึ้น 4. ดูแลรักษาความสะอาดในช่องปากและฟันทุก 8 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก ซึ่งอาจทำให้ปอดอักเสบเพิ่มขึ้น 5. ให้การพยาบาลด้วย technique universal precaution เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล ใส่ผ้าปิดปาก-จมูกทุกครั้ง ทำความสะอาดปลายเปิดท่อช่วยหายใจและปลายข้อต่อช่วยหายใจ fingertip suction ด้วยสำลีชุบ 70%

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
5. Sputum gram stain พบ Gram negative cocci 6. Sputum C/S พบ Moderate Pseudomonas aeruginosa **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดและกำจัดเชื้อที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดปอดอักเสบ 2. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 3. เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดจากปอดอักเสบ	alcohol ก่อนและหลังดูดเสมหะ เฝ้าระวังและเทน้ำที่ตกค้างใน Ventilator circuit เพื่อป้องกันไหลย้อนเข้าทางท่อช่วยหายใจ 6. สังเกตลักษณะ สี กลิ่นและปริมาณของเสมหะว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่ 7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ 7.1 Ceftriaxone 2 gm Ⓥ OD x 3 วัน เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ แพ้รุนแรง (ผื่นลมพิษ บวมที่หน้า ริมฝีปาก คอและลิ้น หายใจลำบาก) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย มีไข้ หนาวสั่น ต่อมน้ำเหลืองโต ชัก อักเสบบริเวณที่ฉีดยา 7.2 Clindamycin 600 mg Ⓥ q 8 hr x 5 วัน เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ แพ้รุนแรง (ผื่นลมพิษ บวมที่หน้า ริมฝีปาก คอและลิ้น หายใจลำบาก) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ผื่นแดง ปัสสาวะน้อยลง ตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม 7.3 Tazocin 4.5 gm Ⓥ q 8 hr x 15 วัน เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา แพ้รุนแรง (ผื่นลมพิษ บวมที่หน้า ริมฝีปาก คอและลิ้น หายใจลำบาก) ตัวเหลือง ตาเหลือง เลือดกำเดาไหล ชัก ปัสสาวะสีแดงหรือน้ำตาล เม็ดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดต่ำ ภาวะซีดจากเม็ดเลือดแดงแตก 8. ดูแลให้ Flumucil 1 x 3 pc NG Tube feed เพื่อช่วยลดความข้นของเสมหะ ทำให้ขับเสมหะออกจากระบบทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น 9. ประเมิน SIRS criteria ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ 1) BT > 38°C หรือ< 36°C 2) Heart rate > 90 beat/min 3) Respiratory rate > 20 beat/min หรือ PaCO2 < 32 mmHg 4) WBC > 12,000 cell/mm^3หรือ< 4,000 cell/mm^3 หรือมี band form neutrophil >10 % 10. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Sputum culture, Sputum gram stain, WBC และผล CXR เพื่อติดตามผลการดูแลรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย ไม่มีไข้ BT= 36.7 – 37.5°C ไม่พบ SIRS criteria เสมหะในท่อช่วยหายใจยังมีปริมาณมาก สีขาวขุ่น ฟังปอดพบเสียง crepitation ผล CXR ซ้ำ พบ infiltration both lung แต่ลดลงจากเดิม
ระยะพักฟื้น **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เนื่องจากหัวใจเต้นช้า **ข้อมูลสนับสนุน** 1. สัญญาณชีพ PR ช้า = 46 -50 beat/min 2. EKG 12 lead พบ Sinus bradycardia **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาทีให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ระดับความรู้สึกตัว ทดสอบ Capillary refill time ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด 2. ตรวจวัดและประเมิน O_2 sat ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินว่าเนื้อเยื่อร่างกายส่วนปลายได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือไม่ 3. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการทำงานของหัวใจ และเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น 4. ดูแลให้ on Ventilator PCAC mode, PEEP 5 cmH_2O, FiO_2 0.4 เพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเพียงพอ 5. ประเมินอาการและอาการแสดงของปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาทีลดลง ได้แก่ ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ สับสน กระสับกระส่าย ชีพจรเต้นเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็น ซีด ปัสสาวะออกน้อย 6. ตรวจ EKG 12 lead ทุกครั้งที่มีอาการเปลี่ยนแปลง และเฝ้าระวังติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง 7. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย โดยเฉพาะปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต 8. ฉีด Atropine 1 amp Ⓥ stat ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ม่านตาขยาย ไม่ตอบสนองต่อแสง ตามัว ผิวหนังร้อนแห้ง กลืนลำบาก ปัสสาวะคั่ง หายใจเร็วขึ้น หัวใจเต้นเร็ว อุณหภูมิกายต่ำ ความดันโลหิตสูง 9. เตรียมรถ Emergency with Defibrillator ให้พร้อมใช้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี BP= 96/66 - 110/70 mmHg, PR = 60 -70 beat/min (สม่ำเสมอ ความแรงปกติ 3^+ เท่ากันทั้ง 2 ข้าง), RR = 20 beat/min, MAP = 76 - 83 mmHg, O_2 sat = 96- 98% ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น Capillary refill time < 2 วินาที urine ทาง Foley's catheter ออกเฉลี่ย 70 ml/kg/hr, EKG monitor show normal sinus rhythm
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดลดลงจาก ปอดติดเชื้อและปอดแฟบ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย RR =26 beat/min เสมหะขุ่นเหนียวจำนวนมาก ไอขับออกไม่ได้ O_2 sat ต่ำ = 46 - 50%, BP ต่ำ = 65/40 mmHg มีไข้ BT = 37.8°C 2. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้นอนอยู่บนเตียงตลอด 3. CXR พบ infiltration both lung และ Left lung atelectasis 4. แพทย์วินิจฉัย Respiratory Failure **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ค่า O_2 sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินและติดตามอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน 2. เฝ้าระวังอาการภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือ ปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื้น ใช้กล้ามเนื้อคอและหน้าท้องช่วยในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง 3. ฟังเสียงปอดทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินเสียงเสมหะ และเสียงลมเข้าปอด 4. ดูแลช่วยแพทย์ใส่ ET. tube และ on Ventilator P-CMV mode, FiO_2= 0.4, RR =16 beat/min, IP = 18 cmH_2O, PEEP = 5 cmH_2O 6. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่ และเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซมากขึ้น 7. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ สังเกตลักษณะสีของเสมหะ 8. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Clindamycin 600 mg Ⓥ q 8 hr x 5 วัน และ Tazocin 4.5 gm Ⓥ q 8 hr x 15 วัน สังเกตและ เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา 9. ดูแลให้ Levophed (4:250) Ⓥ drip rate 5 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น โดยบริหารยาผ่านเครื่อง infusion pump เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นช้าหรือเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้ อาเจียน และปัสสาวะคั่ง เนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับยาถูกทำลายจากการรั่วของยา (Extravasation) เป็นต้น 10. สอนผู้ป่วยฝึกการหายใจเข้าและออกลึกๆ เพื่อทำให้กล้ามเนื้อช่วยการหายใจแข็งแรงและช่วยให้ถุงลมปอดขยายตัวเต็มที่ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณชีพปกติ BP= 96/66 - 110/70 mmHg, PR = 60 -70 beat/min, RR = 16 beat/min, MAP = 76 - 83 mmHg, O_2 sat = 96- 98% เสมหะสีขาวเหนียว จำนวนมาก ไอขับออกไม่ได้ ฟังเสียงปอดพบ crepitation ผลCXR ซ้ำ พบ infiltration both lung
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะโปรตีนในเลือดต่ำเนื่องจากร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้นจากการติดเชื้อ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยติดเชื้อที่ปอดและทางเดินปัสสาวะ ทำให้ร่างกายมีความต้องการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการสลายโปรตีนเพิ่มขึ้นเพื่อนำไปใช้เป็นพลังงาน 2. ผล LFT พบ Total protein ต่ำ = 4.5 g/dl, Albumin ต่ำ = 1.3 g/dl **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มปริมาณโปรตีนในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. ปรึกษานักโภชนาการ เพื่อให้คำแนะนำและจัดอาหารเหลวทางสายยางในปริมาณและความเข้มข้นของพลังงานให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย 2. ดูแลให้ BD (1:1) 300 ml x 4 feed x 7 วัน, BD (1.2:1) 300 ml x 4 feed x 26 วัน และ BD (1.5:1) 300 ml x 4 feed จนจำหน่าย 3. ดูแลให้ 20% Albumin 50 ml Ⓥ drip in 1 hr q 12 hr x 3 วัน ตามแผนการรักษา 4. เฝ้าระวังอาการของภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ ได้แก่ บวมที่เท้า ข้อเท้าและขา กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบเล็กลง น้ำหนักลดลง 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Total protein, Albumin **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีอาการบวมที่เท้า ข้อเท้าและขา กล้ามเนื้อไม่ลีบ ค่า Total protein เพิ่มขึ้นเป็น 5.0 g/dl, Albumin เพิ่มขึ้นเป็น 2.4 g/dl ไม่ได้ชั่งน้ำหนัก เนื่องจากผู้ป่วยยืนไม่ได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยหย่าเครื่อง ช่วยหายใจยากเนื่องจากความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหายใจและมีเสมหะในทางเดินหายใจจำนวนมาก	1. ปรึกษาแพทย์ ENT เพื่อทำผ่าตัดเจาะคอ ตามแผนการรักษา 2. เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัดเจาะคอ (Tracheostomy) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ และความจำเป็นของการ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมี Spinal cord injury C3, C4 ส่งผลให้กล้ามเนื้อกะบังลม ที่ทำหน้าที่หลักในการหายใจเข้า ร่วมกับกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ช่วยในการไอและขับเสมหะอ่อนแรง 2. ผู้ป่วยมีเสมหะขุ่นเหนียว จำนวนมาก ไอขับออกเองไม่ได้ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อส่งเสริมความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ	เจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ ภาวะ แทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะทำและหลังเจาะคอ การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และเซ็นยินยอมรับการผ่าตัด 3. ให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดเจาะคอ 3.1 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะเมื่อมีข่อบ่งชี้ 3.2 เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การมีเลือดออกรอบ ๆ ตำแหน่งที่เจาะคอ การมีลมอยู่ในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง 3.3 ทำความสะอาด (Dressing) แผลผ่าตัดเจาะคอ วันละ 2 ครั้ง 3.4 ตรวจสอบ cuff pressure ของท่อหลอดลมคอ ไม่ควรเกิน 20-25 mmHg 4. ปรึกษานักกายภาพบำบัดให้การบำบัดทรวงอก (Chest PT) เพื่อกำจัดเสมหะในทางเดินหายใจและฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจ 5. ดูแลให้ on Ventilator P-CMV IP 18 cmH_2O, FiO_2 0.4, RR = 16 beat/min และประเมินข้อบ่งชี้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ปริมาตรอากาศที่หายใจเข่าหรือออกปกติ 1 ครั้ง (Spontaneous Tidal Volume; STV ≥ 5 ml/kg ระดับความรู้สึกตัวดี RR ≤ 35 beat/min, PR ≤120 beat/min, O_2 sat ≥ 95 % ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่มีการใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยหายใจ PEEP≤ 8 cmH_2O 6. หากผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ปรับรูปแบบเป็น SIMV mode และ CPAP mode ตามลำดับ 7. หากผู้ป่วยมีความผิดปกติขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ เชน RR ≥ 35 beat/min O2sat ≤ 90%PR ≥ 140 beat/min SBP ≥ 180 mmHg หรือ ≤ 90 mmHg ผู้ป่วยกระสับกระส่าย เหงื่อออกมาก ให้หยุดการหยาเครื่องช่วยหายใจ (Liberating) และปรับรูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นรูปแบบ (Mode) เดิมกอนหน้านี้ 8. สอน แนะนำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (Deep breathing exercise) เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ และทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที โดยให้หายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาวๆ โดยสูดหายใจเข้าเต็มที่ยาวๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ ในลักษณะการห่อปาก ทำอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น โดยทำครั้งละ 10 รอบ 9. สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยหายใจเข้าลึก ๆ ช้า แล้วกลั้นหายใจไว้ประมาณ 1-3 วินาที จากนั้นไอออกมาแรง ๆ โดยใช้แรงดันจากช่องท้อง **ประเมินผลการพยาบาล** หลังได้รับการเจาะคอ 1 วัน ผู้ป่วยไอขับเสมหะออกเองได้ เสมหะน้อยลง หายใจไม่เหนื่อย เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็น SIMV mode และ CPAP mode ตามลำดับในระยะเวลา 1 วัน สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจออกได้ ให้เป็น O_2 T-piece 10 lit/min อยู่ 14 วัน และเปลี่ยนเป็น Silver tube tracheostomy ให้เป็น O_2 Collar Mask 10 lit/min
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อใบหน้ากระตุกเนื่องจากการทำงานของเส้นประสาทคู่ที่ 7 ผิดปกติ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีอาการกระตุกบริเวณใบหน้า โดยเริ่มจากมุมปาก แก้ม และรอบดวงตาซีกขวาเป็นครั้งคราว **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดอาการกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและตากระตุก 2. เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและตากระตุก ได้แก่ การแผ่กระจายไปยังกล้ามเนื้อส่วน	1. สังเกต ประเมินอาการกระตุกบริเวณกล้ามเนื้อใบหน้า ลักษณะการกระตุก ความถี่ ระยะเวลา และปัจจัยที่ทำให้อาการเป็นมากขึ้นหรือดีขึ้น 2. ทดสอบการมองเห็นของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมองนิ้วและนับนิ้วที่มองเห็นหรืออ่านตัวหนังสือ 3. ดูแลให้ยาต้านอาการชัก ตามแผนการรักษา ได้แก่ 3.1 Keppra 300 mg Ⓥ q 12 hr x 2 วัน เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ง่วงซึม พฤติกรรมผิดปกติ เช่น ก้าวร้าว วิตกกังวล ซึมเศร้าอารมณ์ อ่อนไหวง่าย เป็นต้น อาเจียน คอหอยอักเสบ เยื่อจมูกอักเสบ การติดเชื้อ 3.2 Clonazepam (2 mg) 1x1 hs เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ง่วงซึม กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน กล้ามเนื้อเปลี้ย สับสน มึนงง เวียนศีรษะ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว 4. ดูแลให้ยา Baclofen (10 mg) ½ x3 pc ตามแผนการรักษา เพื่อลดอาการกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ง่วงซึม หายใจช้าหรือตื้น หายใจลำบาก นอนไม่หลับ ท้องผูก เวียนศีรษะ สับสน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ต่างๆ ของใบหน้า กล้ามเนื้อกระตุกอย่างต่อเนื่อง พูดไม่ชัด และการมองเห็นผิดปกติ	5. ให้คำแนะนำหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกระตุกบริเวณกล้ามเนื้อใบหน้า ได้แก่ ความเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ **ประเมินผลการพยาบาล** หลังได้รับการดูแลรักษา 2 วัน ผู้ป่วยไม่มีกระตุกบริเวณใบหน้าและตาซีกขวา การมองเห็นปกติ พูดชัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวตัวเองได้ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขน ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ไม่เคลื่อนไหว และนอนอยู่บนเตียงตลอด **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก	1. ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ปฏิบัติดังนี้ 1.1 ประเมินและบันทึกการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้ Barden scale และปฏิบัติตามแนวทางที่ประเมินได้ 1.2 ดูแลผิวหนังให้แห้ง ไม่ให้อับชื้น ดูแลผ้าปูที่นอนให้สะอาด แห้ง และเรียบตึงอยู่เสมอ 1.3 พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง อย่างนุ่มนวล สังเกตผิวหนังว่ามีรอยแดงรอยช้ำ ถลอก ตามปุ่มกระดูกต่างๆ หรือไม่ 1.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา 1.5 ทำความสะอาดทุกครั้งที่มีการขับถ่ายอุจจาระและซับผิวหนังให้แห้ง 1.6 ใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงกด ได้แก่ ที่นอนลม หมอนรองบริเวณปุ่มกระดูก 1.7 ใช้อุปกรณ์ลดแรงเสียดทานในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 2. ป้องกันข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ ปฏิบัติดังนี้ 2.1 ทำ passive exercise โดยการเคลื่อนไหวข้อทุกข้อ (Passive range of motion) วันละ 2 รอบ รอบละ 15-20 นาที ยืดเหยียดกล้ามเนื้อแขน ขา เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น ลดการตึงของกล้ามเนื้อ และป้องกันการยึดติดของข้อ 2.2. สอนญาติให้ช่วยทำ passive exercise ขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ช่วยยกแขน ขาทั้ง 2 ข้าง ขึ้นลงและงอแขน ขาเข้า ออก ทำสลับกัน 20 ครั้ง วันละ 2 ครั้งเช้า เย็น 2.3 จัดให้นอนในท่าที่เหมาะสมและสุขสบาย โดยวางหมอนบางๆใต้เข่า หลีกเลี่ยงการเอาขามาไขว้กัน 3. ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก 3.1 ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก 3.2 ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกทุก 8 ชั่วโมง ได้แก่ ขาบวมข้างเดียว (Unilateral leg swelling) ปวดที่ขาข้างเดียว Homan's sign แสดงผลบวก ผิวหนังแดงและอุณหภูมิที่ผิวหนังสูงขึ้น สังเกตเห็นหลอดเลือดดำที่อยู่ในชั้นใต้ผิวหนังได้ชัดขึ้น และสอบถาม อาการปวดน่อง ชา หรือเป็นตะคริว อาการกดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบทุกเวร 3.3 วัดเส้นรอบวงต้นขาและน่องทุกวันๆ ละ 1 ครั้ง ถ้าพบว่าขาบวม ข้างเดียว มากกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร รายงานให้แพทย์ทราบ 3.4 ดูแลให้ได้รับน้ำประมาณ 2,000 - 3,000 ml/day เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด 3.5 ทำ Passive exercise โดยกระดกข้อเข่าขึ้นลง (Ankle pump) การหมุนข้อเท้า (Ankle cycle) และเลื่อนเท้าขึ้นลงบนเตียง (Ankle slide) อย่างน้อยท่าละ 15 ครั้ง 2 รอบต่อวัน **ประเมินผลการพยาบาล** ผิวหนังตามปุ่มกระดูกต่างๆ ไม่มีรอยแดงหรือแผลกดทับ ข้อต่าง ๆ ไม่ยึดติด เคลื่อนไหวได้จนสุดพิสัย กล้ามเนื้อไม่ลีบ ขาข้างซ้ายไม่บวม ไม่มีอาการปวดน่อง อาการชา หรือเป็นตะคริว หรือกดเจ็บ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยพร่องการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขน ขาทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรง ไม่เคลื่อนไหว กำลัง	1.ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index 2. ดูแลเรื่องสุขวิทยาให้แก่ผู้ป่วย complete bed bath เปลี่ยนเสื้อผ้า ทุกวัน แปรงฟัน เช้า เย็น 3. ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เปลี่ยนผ้าเมื่อขับถ่าย 4. ดูแลผู้ป่วยให้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 6 -8 ชั่วโมง จัดสถานที่ให้ผู้ป่วยนอนในที่โล่ง อากาศถ่ายเทสะดวก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
กล้ามเนื้อ เกรด 0 มีอาการชาตั้งแต่ไหล่ถึงปลายเท้า นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา 2. คะแนนประเมิน Barthel Activity of Daily Living Index (ADL index) = 2/20 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์) **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านกิจวัตรประจำวันในเรื่อง การทำความสะอาดร่างกาย ปากฟัน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อน การเคลื่อนไหวร่างกาย 2. เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อแขน ขา ให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองให้ได้มากที่สุด	5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายบนเตียง โดยทำ Passive exercise ท่ายืดเหยียดกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของข้อต่อระยางค์ส่วนบนและล่าง 6. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ทุก 2 ชั่วโมง 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเหลวทางสายยาง BD (1:1) 300 ml x 4 feed และเพิ่มปริมาณอาหารตามความต้องการพลังงานของผู้ป่วย 8. ประสานนักกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 9. ติดตามประเมินผลระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขา 2 ข้าง อ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อเกรด 0 ADL index = 2/20 คะแนน ผิวหนังตามร่างกาย ช่องปากสะอาด ได้รับอาหารครบตามแผนการรักษา การขับถ่ายอุจจาระปกติ 1-2 วัน/ครั้ง นอนหลับพักผ่อนได้วันละ 6 ชั่วโมง ได้รับกรเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยมีความ รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. จากการสังเกต ผู้ป่วยนอนขมวดคิ้ว สีหน้าเคร่งเครียด ไม่ยิ้มแย้ม สอบถามอาการของตนเอง แนวทางและระยะเวลาการรักษาบ่อยครั้ง 2. ผู้ป่วยมีอารมณ์หงุดหงิด พฤติกรรมก้าวร้าวรู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อช่วยสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ ระบายความคิด ความรู้สึกต่อเจ้าหน้าที่หรือญาติ 3. แสดงการยอมรับผู้ป่วยโดยเรียกชื่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง และทักทายอย่างสม่ำเสมอ ไม่แสดงท่าทีคุกคาม ตำหนิ หัวเราะ ขบขัน วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เอาใจใส่รับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยด้วยท่าที่จริงใจและเป็นมิตร 4. กระตุ้นและช่วยให้ผู้ป่วยฝึกกิจกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ซับซ้อนและเห็นผลสำเร็จว่าสามารถปฏิบัติได้ในระยะสั้นๆ เช่น การฝึกการหายใจ การไอ 5. ให้กำลังใจผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำกิจกรรมสำเร็จ 6. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกาย หากมีการจัดการตนเองและปฏิบัติตัวถูกต้องตามคำแนะนำ จะสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างสอดคล้องกับสภาพร่างกาย มีภาวะพึงพาผู้อื่นน้อยที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี 7. ประมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้คำถาม 2Q, 9Q **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีอารมณ์หงุดหงิด ไม่มีภาวะซึมเศร้า สีหน้าแสดงความดีใจที่สามารถฝึกการหายใจได้ ผู้ป่วยยอมรับฟังคำแนะนำ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษาได้รับบาดเจ็บของไขสันหลังระดับคอที่ 3 และ 4 ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ ได้แก่ ภาวะช็อกจากระบบประสาท ซึ่งเป็นภาวะช็อกที่เกิดจากความผิดปกติของการควบคุมการทำงานระบบประสาทอัตโนมัติ สูญเสียการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก หลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงลดต่ำลง และหัวใจเต้นช้า[6] ภาวะ แทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ คือ ภาวะปอดติดเชื้อ ถุงลมแฟบ สาเหตุจากการบาดเจ็บไขสันหลังระดับสูง ทำให้เกิดการสูญเสียการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ส่งผลให้ไม่สามารถหายใจได้เต็มที่ ซึ่งจะช่วยให้อากาศเข้าไปในถุงลมปอดได้มากขึ้น รวมทั้งยังส่งผลให้การไอไม่มีประสิทธิภาพ เกิดการสะสมของเสมหะในทางเดินหายใจและขัดขวางการทำงานของถุงลม ทำให้ปริมาณอากาศที่เข้าสู่ถุงลมลดลง[3] นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ เช่น แผลกดทับ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ ภาวะลิ่มเลือดอุด

ตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ภาวะขาดอาหาร การติดเชื้อระบบต่างๆของร่างกาย อีกทั้งยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล การสูญเสียคุณค่าในตนเอง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสำคัญตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่องเมื่อพ้นภาวะวิกฤต และระยะฟื้นฟู โดยในระยะวิกฤตเป็นการดูแลเพื่อค้นหาการบาดเจ็บรุนแรงที่อาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ได้แก่ การประเมินการหายใจ การประเมินระบบไหลเวียนโลหิต และให้การดูแลรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อการแก้ไขภาวะช็อกจากระบบประสาท ลดการบาดเจ็บเพิ่มของ ไขสันหลัง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะการหายใจล้มเหลว ภาวะการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติมากเกินไป (Autonomic dysreflexia) เป็นต้น ระยะการดูแลต่อเนื่องเมื่อพ้นภาวะวิกฤต จนกระทั่งถึงระยะฟื้นฟู ซึ่งถือว่าเป็นระยะที่มีความสำคัญ เป็นการดูแล เพื่อส่งเสริมและช่วยให้เกิดการฟื้นหายของระบบประสาทไขสันหลัง ได้แก่ กำลังของกล้ามเนื้อและการรับรู้ความรู้สึก โดยต้องใช้ระยะเวลานานขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ รวมถึงป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายๆ ระบบดังที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยรายนี้มีความยุ่งยาก ซับซ้อนมาก ซึ่งจำเป็น ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ และทักษะที่หลากหลายทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลังส่วนคอ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ครอบคลุมการดูแลระยะวิกฤต (Acute care) การดูแลระยะกลาง (Intermediate care) และการดูแลระยะยาว (Long term care)

2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลังส่วนคอที่มีภาวะช็อกจากระบบประสาท

เอกสารอ้างอิง

1. Zileli M, Osorio-Fonseca E, Konovalov N, CardenasJalabe C, Kaprovoy S, Mlyavykh S, et al.(2020). Early management of cervical spine trauma: WFNS spine committee recommendations. Neurospine 2020; 17(4): 710-422.
2. Hossain MS, Rahman MA, Herbert RD, Quadir MM, Bowden JL, Harvey LA.(2016). Two-year survival following discharge from hospital after spinal cord injury in Bangladesh. Spinal Cord 2016; 54(2): 132-136.
3. พัชรี บุตรแสนโคตร, และจุฑามาศ คงกลาง.(2564). การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังในระยะฟื้นฟู ศรีนครินทร์เวชสาร 2564, 36(5), 639-648.
4. Young. W. (2025). Spinal Cord Injury Levels & Classification. [internet]. 2025 [cited February 2025 12]. Available from: https://www.travisroyfoundation.org/sci/resources/spinal-cord-injury-levels-classification/)
5. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.(2567). รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2564, 2565, 2566 [อินทราเน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
6. คนึงนิจ เพชรรัตน์, วิมลพร ศรีโชติ, และนาฏอนงค์ พิชญะกุล.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากระบบประสาท. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2566; 50(4):252-261.

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา

Nursing care for a patient with Congestive Heart Failure underlying disease Old Myocardial Infarction with Diabetes Mellitus and Hypertension: Case study.

(Received: August 27,2025 ; Revised: August 30,2025 ; Accepted: August 31,2025)

มณีรัตน์ ศรีสวัสดิ์[1]
Maneerat Srisawat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิง อายุ 58 ปี มาตรวจตามนัด เพื่อติดตามอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เบาหวานขึ้นจอประสาทตา แผลเบาหวานที่เท้า 2 ข้าง ตัดเท้าข้างขวา กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำผ่าตัดขยายหลอดเลือดหัวใจจำนวน 2 ครั้ง ไตเรื้อรังระยะ 3 นิ่วในไตทั้ง 2 ข้าง และภาวะหัวใจล้มเหลว ในระยะก่อนตรวจรักษาผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง เสี่ยงต่อเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ระยะหลังการตรวจรักษาผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจาง มีแผลเบาหวานเรื้อรังที่เท้าข้างซ้าย เสี่ยงต่อเกิดผลข้างเคียงจากยาต้านเกล็ดเลือด เสี่ยงต่อไตเสื่อมสภาพระดับรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำภาวะหัวใจล้มเหลว และวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือด ยาขับปัสสาวะ ยาลดน้ำตาลในเลือด อินซูลิน ยาลดไขมันในเลือด ยาลดความดันโลหิต และยาเสริมธาตุเหล็ก ได้รับการพยาบาล คือ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางระบบประสาท ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม เฝ้าระวังอาการผิดปกติจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง และการมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ให้คำแนะนำและฝึกทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ หลังจากให้การดูแลรักษาอยู่ 5 เดือน ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เหมะสมได้ การทำงานของไตดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงเพิ่มขึ้น และไม่เกิดกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลว

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลว, โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care for a patient with Congestive Heart Failure underlying disease Old Myocardial Infarction with Diabetes Mellitus and Hypertension. The study was conducted on a 58-year-old female patient who came for a follow-up for her Congestive Heart Failure after discharged from the hospital. She has a history of Diabetes Mellitus, Dyslipidemia, Diabetic Retinopathy, Diabetic foot on both feet, right foot amputation, Myocardial Infarction, two previous PCI, stage 3 Chronic Kidney Disease, Renal Calculi in both kidneys, and Congestive Heart Failure. Pre-examination period, the patient was at risk of tissue hypoxia, acute complications from hyperglycemia, and falls. Post- examination period, the patient developed anemia, a chronic diabetic foot on the left foot, and was at risk of side effects from antiplatelet drugs. She was at risk of severe Chronic Kidney Disease and complications from Diabetic Retinopathy. She was at risk of heart failure recurrence and was anxious about her illness. She received antiplatelet drugs, diuretics, insulin, antihyperlipidemic drugs, antihypertensive drugs, and iron supplements. Nursing care includes assessing vital signs, assessing neurological signs, ensuring adequate oxygenation, preventing falls, monitoring for abnormalities related to hyperglycemia and bleeding in various organs, and providing advice and training on self-care skills related to her

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

illness or condition. After five months of treatment and nursing care, the patient maintained appropriate blood sugar, blood pressure, and lipid levels. Kidney function improved, with no increase in complications from Diabetes Mellitus, Hypertension, or Dyslipidemia, and no evidence of recurrent Congestive Heart Failure.
Keywords: Congestive Heart Failure, Old Myocardial Infarction, Diabetes Mellitus, Hypertension

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure: CHF) เป็นกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ อาจเกิดจากโครงสร้างหัวใจหรือการทำงานที่ผิดปกติของโครงสร้าง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ ระบบหลอดเลือดทั้งที่หล่อเลี้ยงร่างกายและปอด มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ[1] ความชุกของภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกคาดว่าอยู่ที่ร้อยละ 1-3 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 56.2 ล้านคน ในปี 2019 อัตรา การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นร้อยละ 29 ระหว่างปี ค.ศ. 2010 ถึง ค.ศ 2019 โดยพบอัตราสูงสุดในเอเชียตะวันออก อเมริกาเหนือ และยุโรปตะวันตก[2] ซึ่งประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบความชุกของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวของประชากรร้อยละ 4.5-6.7 มากกว่าประชากรในเขตอื่นของโลกที่มีความชุกเพียงร้อยละ 0.5-2[3] สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันส่วนใหญ่ พบว่ามีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 45 โรคลิ้นหัวใจร้อยละ 19 โรคกล้ามเนื้อหัวใจ ร้อยละ 14 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 12 ตามลำดับ และพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5.5 แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนพ้นระยะเฉียบพลันสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 69.2 ยังมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากรอยโรคความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจยังคงอยู่ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาจมีปัจจัยกระตุ้นหลายอย่าง เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การไม่ควบคุมอาหาร โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น[3] ทำให้มีการกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลว และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง[4] โดยพบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน โดยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 13[5]

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต้องกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล คือ เหนื่อย บวม นอนราบไม่ได้ โดยอาการเหล่านี้เป็นอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน ซึ่งการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการเริ่มจากการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พักผ่อนให้เพียงพอ จัดการความเครียด การใช้ยา เช่น ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ยาในกลุ่ม ACE inhibitors หรือ ARBs ยาในกลุ่ม Beta-blockers ยาอื่น ๆ เช่น ยาในกลุ่ม Digoxin, SGLT2 inhibitorsหรือยาอื่น ๆ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ ละราย การใช้เครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องช่วยการทำงานของหัวใจห้องล่าง การผ่าตัด เช่น การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Bypass surgery) การผ่าตัดแก้ไขลิ้นหัวใจ (Valve surgery) การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplant) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)[6]

จากข้อมูลของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าในปี พ.ศ. 2565 ถึง พ.ศ. 2567 พบจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของโรคทางด้านอายุรกรรม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีจำนวน 211, 222, และ 246 ราย ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5.11, 6.11,และ 4.51 ตามลำดับ อัตราการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 12.22, 15.74, และ 15.49 ตามลำดับ[7] จากประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรมพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มักมาโรงพยาบาลก่อน วันนัดด้วยอาการหายใจไม่สะดวก

เหนื่อยง่าย แขน ขาบวม และส่วนใหญ่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำๆ ในผู้ป่วยรายเดิม ดังนั้น พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจึงมีความสำคัญในการคัดกรอง ประเมินปัญหา ความต้องการ และวางแผนและให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบในขณะผู้ป่วยมารับบริการ โดยมีเป้าหมายการดูแลระยะสั้น คือ ให้การช่วยเหลือ บรรเทาอาการเบื้องต้นได้ทันท่วงทีตามลำดับความรุนแรง และเร่งด่วนอย่างมีประสิทธิภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สำหรับเป้าหมายการดูแลระยะยาวคือ การชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดสาเหตุชักนำที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น และควบคุมอาการกำเริบของโรค โดยการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เพื่อคงสภาวะสุขภาพไว้ การเฝ้าติดตาม อาการตนเอง และการช่วยให้มีทักษะในการจัดการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ไม่เกิดการกลับซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติและข้อมูลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าย้อนหลัง ระยะเวลา 3 ปี

2. เลือกผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน รุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ความชำนาญ ประสบการณ์สูงในการดูแลทั้งขณะมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และการให้คำแนะการสอนฝึกทักษะการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

3. ศึกษาทฤษฎี แนวคิดที่เกี่ยวข้อง จากเอกสาร ตำราวิชาการ บทความและงานวิจัยต่างๆ

4. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยกรณีศึกษา จากประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหา ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยกรณีศึกษา กำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 58 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 7 มาตรวจตามนัดที่คลินิกโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2568

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล แพทย์นัดมาตรวจ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 เดือนก่อนมามีอาการหายใจเหนื่อย ปัสสาวะออกน้อย ขาและเท้าข้างซ้ายบวม แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Congestive Heart Failure ให้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ยาขับปัสสาวะเข้าทางหลอดเลือดดำ อาการดีขึ้น แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

- 17 ปีก่อน เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง
- 15 ปีก่อน ตรวจพบมีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะเริ่มต้น (Non-Proliferative Diabetic Retinopathy: NPDR)
- 9 ปีก่อน ตรวจพบมีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะรุนแรง (Severe Proliferative Diabetic Retinopathy; Severe PDR) ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
- 3 ปีก่อน เป็นแผลติดเชื้อที่เท้าข้างขวา ได้รับการตัดเท้าขวาและใส่ขาเทียม เป็นแผลเบาหวานที่เท้าข้างซ้าย ส่งดูแลที่คลินิกเท้าเบาหวาน
- 2 ปีก่อน (กลางปี) มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (NSIEMI) ส่งรักษาต่อโรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้รับการผ่าตัดทำ PCI ที่ Left Anterior Descending Artery (LAD)และ Drug-Coated Stent (DCI) ตรวจพบมี Renal calculi both kidney และไตเรื้อรังระยะ 3 ปลายปีมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้รับการผ่าตัด ทำ PCI ที่ Left Circumflex Artery (LCA)

ประวัติการแพ้ยา/ใช้สารเสพติดและอื่นๆ

ปฏิเสธการแพ้ยา และใช้สารเสพติด

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

ผู้ป่วยรู้ตัวดี GCS = 15 คะแนน ($E_4M_6V_5$) แขน ขาทั้ง 2 ข้าง เคลื่อนไหวได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 BT=37^{o}C, PR = 80 beat/min, RR = 22 beat/min, BP = 144/67 mmHg, O_2 sat = 98%, Body weight = 62.5 kgs, BMI = 24.11 kg/m^2 ขาและเท้าบวมกดบุ๋ม 1^+ หลอดเลือดที่คอไม่โป่งพอง ตับไม่โต Breath sound ปกติ ซีด อ่อนเพลีย

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ระยะก่อนตรวจรักษา **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่** 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดลดลง และตัวนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อในร่างกายลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีประวัติ 2 สัปดาห์ก่อน เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Congestive Heart Failure) 2. ผู้ป่วยบอกว่า เหนื่อยขณะและหลังเดิน RR = 22 beat/min 3. ขาและเท้าบวมกดบุ๋ม 1^+ 4. ผลการตรวจ CBC พบ Hemoglobin = 9.2 g/dl, Hematocrit = 29.4%, **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อการเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว เพื่อประเมินมอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 2. ตรวจวัด O_2 sat เพื่อประเมินความเพียงพอของปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย 3. ตรวจร่างกายและซักประวัติ เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย เช่น หายใจเหนื่อยหอบ เหนื่อยเมื่อนอนราบ ไอเสมหะเป็นฟองสีชมพู บวมกดบุ๋มบริเวณระยางค์ส่วนล่างของร่างกาย เช่น เท้า ขา เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง (Jugular vein distention) ตับโต เสียงปอดพบ crepitation เป็นต้น 4. ชั่งน้ำหนักตัวทุกครั้งที่มาตรวจ เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน 5. สอบถามกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ที่บ้าน เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย 6. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ปลายมือ ปลายเท้าเย็น ริมฝีปากซีดเขียว หัวใจเต้นเร็วผิดปกติหรือผิดจังหวะ 7. ใช้รถนั่งให้บริการผู้ป่วยขณะมาพบแพทย์ เพื่อลดการเดิน เป็นการลดการใช้พลังงานของร่างกายและความต้องการในการใช้ออกซิเจน จัดท่าให้นั่งในท่าที่สบาย เพื่อให้กะบังลมหย่อนตัวเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด 8. สอนผู้ป่วยฝึกการหายใจเข้าและออกลึกๆ เพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อการหายใจและช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนในร่างกาย 9. เตรียมความพร้อม O_2 และอุปกรณ์สำหรับให้ O_2 ให้สามารถใช้งานทันที เมื่อผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน 10. ติดตามผล CXR เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา และความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย 11. ติดตามผล CBC เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา และประเมินปริมาณเม็ดเลือดแดงที่เป็นตัวนำพาออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพปกติ PR =76 beat/min , PR = 20 beat/min, BP = 124/82 mmHg O_2 sat = 98 % และจากการติดตามอาการเมื่อมาตรวจตามนัดครั้งที่ 2-4 พบ สัญญาณชีพปกติ BT= 36.3 -36.6°C, PR =70 - 82 beat/min (สม่ำเสมอ ความแรงปกติ 3^+), PR = 20 beat/min, BP = 131/71 - 132/72 mmHg, O_2 sat = 98 - 99% ไม่เหนื่อยเมื่อนอนราบ ขาและเท้ายุบบวมลง ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงผิดปกติ เช่น crepitation, wheezing, Chest X-ray ปกติ ไม่พบ Pulmonary congestion, Hemoglobin = 10.4 g/dL, Hematocrit = 31.2%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2. FBS = 253 mg/dL 3. ผู้ป่วยบอกว่าเหนื่อยขณะและหลังเดิน RR = 22 beat/min **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ กรดคีโตนในเลือด (Diabetic Ketoacidosis; DKA) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง (Hyperosmolar Hyperglycemic Nonketotic Syndrome; HHNS)	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรงและภาวะกรดคีโตนในเลือด 2. ประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะกรดคีโตนในเลือด ได้แก่ ปวดท้องอย่างรุนแรง หายใจหอบเหนื่อย หายใจแรง แน่นหน้าอก มีอาการขาดน้ำ เช่น ปวดศีรษะ ปากแห้ง หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น ลมหายใจมีกลิ่นผลไม้หรือกลิ่นคีโตน สับสน หมดสติ 3. ประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง ได้แก่ หน้าแดง ปัสสาวะมากและบ่อย กระหายน้ำ มีภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน หมดสติ 4. แนะนำผู้ป่วยและญาติการสังเกตอาการกระสับกระส่าย หน้าแดง คลื่นไส้ อาเจียน กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย ชีพจรเต้นเร็ว ปวดท้อง หายใจหอบเหนื่อย หายใจแรง แน่นหน้าอก ซึมลง หากมีอาการดังกล่าวให้แจ้งพยาบาลทันที 5. หลังได้รับการตรวจจากแพทย์ให้คำแนะนำและเน้นย้ำแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่อง การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 6. ติดตามผล FBS ในการมาตรวจตามนัดครั้งต่อไป **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ PR =76 beat/min, PR = 20 beat/min, BP = 124/82 mmHg หายใจไม่เหนื่อย ไม่มีอาการของภาวะขาดน้ำ ผล FBS เมื่อมาตรวจตามนัดครั้งที่ 2-4 แนวโน้มลดลงจาก 180 mg/dL เป็น 118 mg/dL และ 124 mg/dL ตามลำดับ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากการมองเห็นไม่ชัดเจนและสูญเสียการทรงตัว **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะรุนแรง (Severe Proliferative Diabetic Retinopathy; Severe PDR 2. ผู้ป่วยบอกว่าตาทั้ง 2 ข้างมองไม่ชัด 3. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นแผลติดเชื้อที่เท้าข้างขวารุนแรง ได้รับการตัดเท้าขวาและใส่ขาเทียม 4. ผู้ป่วยเดินมาเอง โดยใช้ไม้เท้าช่วยพยุงเดิน 5. ผลการตรวจการมองเห็น พบ VA ตาข้างขวา 20/30 ตาข้างซ้าย 20/50 **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - เพื่อป้องกันเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม	1. ประสานเจ้าหน้าที่ศูนย์เปลนำรถนั่งมาให้บริการผู้ป่วยขณะมาพบแพทย์ เพื่อป้องกันการเดินลื่น สะดุด หกล้ม 2. ตรวจความพร้อมใช้ของรถเข็นนั่งต้องมีที่ล็อคล้อทั้ง 2 ด้าน มีเข็มขัดนิรภัย 1 เส้น 3. แนะนำญาติดูแลผู้ป่วยในขณะอยู่บนรถเข็นนั่ง ดังนี้ 3.1 ต้องตรวจดูว่าล้อรถเข็นนั่งหันตรงไปด้านหน้า เพื่อให้รถเข็นนั่งทรงตัวได้ คงที่และสมดุล 3.2 ตรวจสอบให้แน่ใจก่อนทุกครั้งว่าผู้ป่วยได้วางเท้าบนที่วางเท้าแล้ว ก่อนการเคลื่อนย้ายรถเข็นนั่งไป โดยเท้าผู้ป่วยไม่ลากกับพื้น 3.3 หากเข็นทางลาดชัน และทางออกจากประตู ให้ดึงรถเข็นทางด้านหลังผู้ป่วย ผู้เข็นนกันอยู่ด้านหลัง เพื่อป้องกันการไถลลื่น 3.4 ตรวจสอบดูว่าล้อรถเข็นได้ล็อคแล้วเสมอ ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากรถเข็นนั่ง 3.5 ไม่ให้ผู้ป่วยยืนบนที่วางเท้า 3.6 เมื่อผู้ป่วยลงนั่งเก้าอี้สำหรับรถเข็นนั่ง ต้องคาดเข็มขัดนิรภัยยึดตัวผู้ป่วยกับรถเข็นนั่งทุกครั้ง 3.7 ให้คำแนะนำญาติอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ไม่มีรอยฟกช้ำ ถลอกหรือบาดแผลตามร่างกาย
2. ระยะการตรวจรักษา	1. ยืนยันตัวผู้ป่วย ด้วยการสอบถามชื่อ-สกุล วันเดือนปีเกิด ก่อนการ ซักประวัติ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการตรวจรักษาผิดคนเนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากและชื่อซ้ำกัน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. มีผู้ป่วยที่รอรับบริการหน้าห้องตรวจคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชื่อซ้ำกับผู้ป่วย 3 คน 2. บริเวณหน้าห้องตรวจคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีผู้ป่วยรอแพทย์ตรวจจำนวนมาก **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษา ผิดคน	และเรียกเข้าห้องตรวจ 2. ตรวจทาน (Double check) ชื่อ-สกุล และวันเดือนปีเกิด โดยอ่านออกเสียงให้ได้ยินชัดเจน (Verbal identity confirmation) หรือสอบถามและให้ผู้ป่วยขานชื่อ– สกุลของตนเอง หรือตรวจสอบความถูกต้องของตัวผู้ป่วยกับญาติ 3. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารต่างๆ ได้แก่ ใบนัด เวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่รายงาน ทาง LIS ผล CXR ที่รายงานทางระบบ RIS ผล EKG 12 lead ให้ตรงกับชื่อ นามสกุล อายุผู้ป่วย 4. เมื่อผู้ป่วยพบแพทย์แล้วตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยา ใบนัด **ประเมินผลการพยาบาล** เวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล CXR ผล EKG ใบสั่งยา และใบนัดของผู้ป่วยถูกคน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการตรวจรักษาล่าช้าเนื่องจากมีผู้ป่วย รอรับบริการจำนวนมาก **ข้อมูลสนับสนุน** บริเวณหน้าห้องตรวจรอแพทย์ตรวจคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมาก **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนดตามประเภทผู้ป่วยและตามลำดับคิวการตรวจรักษา	1. ประเมินสภาพอาการเบื้องต้น จัดลำดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของการเข้ารับการตรวจจากแพทย์ 2. จัดเตรียม และตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือ อุปกรณ์สำหรับตรวจประเมินผู้ป่วยในห้องตรวจ 3. จัดเตรียม ตรวจสอบความพร้อมของเอกสารต่างๆ ของผู้ป่วย รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่รายงานทาง LIS และ Link เข้าระบบ HIS 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาตามลำดับคิวที่จัดไว้ และระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แต่ละระดับความรุนแรงของสภาพอาการผู้ป่วย **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์ตามลำดับคิวการตรวจรักษา ระยะเวลารอรับบริการ 75 นาที
3. ระยะหลังการตรวจรักษา **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางเนื่องจากร่างกายสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงและเม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลงจากไตเสื่อมสภาพ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมสภาพระยะ 3 2. ผู้ป่วยบอกว่า หายใจเหนื่อยง่าย เมื่อออกแรงทำงานบ้าน 3. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เปลือกตาล่างและลิ้นซีดเล็กน้อย 4. ผล CBC พบ Hemoglobin = 9.2 g/dL, Hematocrit = 29.4%, 5. ผล Creatinine =1.90 mg/dL, GFR = 28.46 ml/min/1.73 m^2 **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อเพิ่มปริมาตรเม็ดเลือดแดงในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะโลหิตจาง	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และ O_2 sat ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด 2. ประเมินอาการและอาการของภาวะซีด ได้แก่ บริเวณเยื่อบุตา ริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้าซีด อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย หัวใจเต้นเร็ว กระสับกระส่าย 3. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กและโปรตีนคุณภาพสูง เช่น เนื้อปลา ไข่ขาว ตับ ผักสีเขียว ข้าวกล้อง หรือ ข้าวโอ๊ต เพื่อช่วยให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดง 4. แนะนำให้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Ferrous Fumarate (200 mg) 1x3 pc, Folic acid (5 mg) 1x1 pc เพื่อช่วยให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงได้อย่างเพียงพอ โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานพร้อมยาบางชนิด เช่น ยาลดกรด หรือเครื่องดื่มประเภทนม และกาแฟ เนื่องจากจะขัดขวางการดูดซึมของธาตุเหล็กเข้าสู่ร่างกาย และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย เช่น อุจจาระเป็นสีเขียวหรือสีดำ ท้องผูก ไม่สุขสบายท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นต้น 5. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีวิตามินซีสูง เช่น ส้ม มะละกอ จะช่วยเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็ก ควรหลีกเลี่ยงอาหาร เช่น ชา กาแฟ เพราะมีสารแทนนิน จะลดการดูดซึมธาตุเหล็ก 6. วางแผนร่วมกับญาติในการดูแลการทำกิจกรรม ไม่ทำกิจกรรมต่อเนื่องนานและหนักจนผู้ป่วยรู้สึก เหนื่อยโดยแบ่งเวลาที่จะให้ผู้ป่วยได้พักและกำหนดกิจกรรมโดยให้พักเป็นระยะๆหยุดทำกิจกรรมเมื่อรู้สึกเหนื่อย 7. หากอาการหน้ามืด เวียนศีรษะให้รีบหยุดกิจกรรม และนั่งพักทันที เพื่อป้องกันการหกล้ม **ประเมินผลการพยาบาล** เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดครั้งที่ 2-4 ตรวจร่างกายพบ เปลือกตา ลิ้น มีลักษณะมีสีแดงมากขึ้น สามารถทำกิจกรรมงานบ้านได้นานขึ้นโดยไม่เหนื่อย ไม่มีอาการหายใจลำบาก สัญญาณชีพปกติ BT= 36.3 -36.6°C, PR =70 - 82 beat/min (สม่ำเสมอ ความแรง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ปกติ 3+), PR = 20 beat/min, BP = 131/71 - 132/72 mmHg, O_2 sat = 98 - 99% ผลการตรวจ CBC พบ Hemoglobin =10.4 - 10.8 g/dl, Hematocrit =31.2 - 33.4%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยาต้านเกล็ดเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ Ticata (Ticagrelor) (90 mg) 1x2 pc, ASA (81 mg) 1x1 pc **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด 2. ตรวจร่างกายและสอบถามผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการแสดงของการมีเลือดออกทั้ง Internal - External bleeding ได้แก่ อาการของเลือดออกในสมอง เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง แขนขาอ่อนแรง อาการของเลือดออกในช่องท้อง เช่น ปวดจุกแน่นท้อง ท้องอืด กดเจ็บ อาการของเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เช่น อุจจาระมีเลือดปน อาการของเลือดออกในระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด อาการของเลือดออกที่ผิวหนังและเยื่อบุต่างๆ เช่น มีจุดเลือดและจ้ำเลือดตามตัว เลือดออกจมูก เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล หากพบอาการดังกล่าวรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้การรักษาต่อไป 3. ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล กิจกรรมที่เสี่ยงต่อการมีเลือดออกง่ายอย่างระมัดระวังไม่ให้กระทบกระเทือนผู้ป่วยอย่างรุนแรง เช่น การเจาะเลือด การฉีดยาอินซูลิน การทำแผล 4. ประเมินภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ถ้าพบชีพจรเบาเร็ว pulse pressure ≤ 20 mmHg รายงานแพทย์ทันที 5. แนะนำให้งดอาหารสีดำ สีแดง สีน้ำตาล เพื่อป้องกันความสับสนในการประเมินภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหาร 6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและรับรู้ต่อภาวะเสี่ยงโดยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กระตุ้นให้เลือดออก ง่าย เช่น ระมัดระวังการแปรงฟัน การใช้ของมีคม การพลัดตกหกล้ม เป็นต้น โดยให้ญาติดูแลและคอยช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 7. ติดตามค่า Hemoglobin, Hematocrit, Platelet count ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินแนวโน้มเลือดออกในร่างกาย **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดครั้งที่ 2-4 รู้สึกตัวดี ไม่ปวดท้อง ท้องไม่อืด อุจจาระสีเหลืองไม่มีเลือดปน ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีเลือดปน แขนขา 2 ข้างกำลังปกติเกรด 5 ไม่มีจุดเลือดและจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออกจมูก เลือดออกตามไรฟัน และเลือดกำเดาไหล สัญญาณชีพปกติ BT= 36.3 -36.6°C, PR =70 - 82 beat/min (สม่ำเสมอ ความแรงปกติ 3+), PR = 20 beat/min, BP = 131/71 - 132/72 mmHg ผลการตรวจ CBC พบ Hemoglobin = 10.8 g/dL, Hematocrit = 33.4%, Platelet count 227,000 cell/mm^3 อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังที่เท้าเนื่องจากมีความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลายและระบบหลอดเลือดส่วนปลายจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานนาน 17 ปี 2. ผู้ป่วยบอกว่าเท้าข้างซ้ายชา 3. ผลการประเมินสภาพปลายประสาท ด้วยโมโนฟิลาเมนท์ น้ำหนัก 10 กรัม พบว่าสูญเสียระดับความรู้สึกในการป้องกันตนเองที่เท้าข้างซ้ายทั้ง 4 จุด 4. มีแผลที่ฝ่าเท้าข้างซ้าย เส้นผ่าศูนย์กลาง	1. ประเมินลักษณะเนื้อแผล ตำแหน่งของแผล ขนาดของแผล สารคัดหลั่งออกจากแผล 2. ขูดผิวหนังบริเวณที่หนา (callus) รอบแผล และขูดเนื้อตาย (Slough) ออกจนหมด เพื่อกำจัดสิ่งขัดขวางการหายของแผล 3. แนะนำให้ใส่รองเท้าเบาหวานที่นักกายอุปกรณ์ตัดให้ เพื่อกระจายแรงกดที่เท้า ลดการเสียดสีบริเวณแผล ป้องกันการบาดเจ็บที่เท้า 4. แนะนำในการดูแลบาดแผล ดังนี้ 4.1 ระวังอย่าให้แผลเปียกชื้นหรือถูกน้ำ เพราะอาจทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ หากแผลเปียกน้ำ ควรมาทำความสะอาดแผลที่โรงพยาบาล คลินิก หรือโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลใกล้บ้านทันที 4.2 นอนยกเท้าข้างที่มีบาดแผลให้สูงกว่าระดับหัวใจ เพื่อให้เลือดดำและน้ำเหลืองไหลกลับสะดวกและป้องกันการบวม 4.3 หากมีสิ่งคัดหลั่งเป็นหนองหรือน้ำซึมออกมาจากแผล ร่วมกับมีอาการมีไข้ บวม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ประมาณ 2 เซนติเมตร ลึก 0.3 เซนติเมตร ก้นแผลมี slough สีเหลืองเล็กน้อย ขอบแผลมีหนังด้าน นูน แข็ง (Callus	แดง ร้อน และกดเจ็บตำแหน่งรอบแผล ควรรีบมาพบแพทย์ 4.4 พักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อลดกระบวนการเผาผลาญภายในเซลล์ที่ไม่จำเป็น เนื้อเยื่อสามารถนำออกซิเจนและสารอาหารไปใช้ได้เพียงพอ และลดการเคลื่อนไหวบริเวณที่มีบาดแผล เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนบาดแผล 4.5 แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้เพียงพอ และมีประโยชน์ต่อกระบวนการหายของแผล ได้แก่ อาหารประเภทโปรตีน เป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ และเป็นส่วนประกอบในการนำออกซิเจนไปยังบาดแผล วิตามินซีช่วยในการสร้างคอลลาเจน ไฟโบรบลาสต์ (Fibroblast) ช่วยทำลายแบคทีเรีย วิตามินเอช่วยในการสร้างเยื่อบุผิวขึ้นปกคลุมบาดแผล สังกะสีเป็นโคเอนไซม์ (coenzyme) ในกระบวนการสังเคราะห์คอลลาเจน 4.6 ไม่ใช้มือสัมผัส แกะหรือเกาบาดแผล เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่บาดแผล 4.7 รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไปอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อโรคเข้าสู่บาดแผล 4.8 แนะนำการบริหารเท้า เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ข้อไม่ติด เพิ่มการไหลเวียนเลือดที่เท้า 4.9 งดการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา เนื่องจากมีผลทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ส่งผลให้แผลหายช้า 4.10 ห้ามใช้สมุนไพรหรือผงโรยแผล ปิดลงบนแผล เพราะอาจทำให้แผลติดเชื้อได้ 4.11 ควบคุมการบริโภคอาหารและรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ฉีดอินซูลิน ตามแผนการรักษา เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะเป็นปัจจัยสำคัญทำให้แผลหายช้าลง เพราะสารอาหารและออกซิเจนถูกนำไปใช้ได้ลดลง ประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกันลดลง และเซลล์ในร่างกายมีการอักเสบเพิ่มขึ้น 5. นัดมาตรวจที่คลินิกเท้าเบาหวานทุก 1 เดือน จนแผลหาย เน้นย้ำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เพื่อประเมินและติดตามการหายของแผล **ประเมินผลการพยาบาล** จากการติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกเท้าเบาหวานครั้งที่ 5 พบว่า แผลมีขนาดเล็กลง เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 0.2 เซนติเมตร ลึก0.05 เซนติเมตร แผลแดง ไม่มีเนื้อตาย แผลแห้ง ผิวหนังรอบแผลสีน้ำตาลคล้ำเล็กน้อย ไม่มีอาการบวม แดง หรือร้อน ไม่ปวดแผล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อ ไตเสื่อมสภาพระดับรุนแรงขึ้น ภาวะแทรก ซ้อนจากเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ภาวะ แทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่ถูกต้อง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมสภาพระยะ 3 2. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มานาน 17 ปี 3. ผู้ป่วยเป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะรุนแรง (Severe Proliferative Diabetic Retinopathy; Severe PDR) มานาน 9 ปี 4. ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 5. ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารที่มีรสจัด โดยเฉพาะรสหวาน อาหารทอด และรับประทาน	1. เลือกรับประทานอาหารที่ครบ 5 หมู่ ในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยเลือกรับประทานผักที่มีปริมาณโปแตสเซียมน้อย เช่น ฟักเขียว บวบ แตงกวา มะเขือยาว เป็นต้น รับประทานอาหารประเภทที่มีโปรตีนคุณภาพสูง เช่น เนื้อปลา ไข่ขาว นมพร่องมันเนย 2. จำกัดการรับประทานเกลือหรืออาหารที่มีรสเค็ม เนื่องจากไตต้องทำงานหนักเพื่อขับเกลือส่วนเกินออกทางปัสสาวะ และเกลือยังมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 3. จำกัดอาหารที่มีไขมัน โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์ ไข่แดง กะทิ และน้ำมันพืชที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูงเช่น น้ำมันปาล์ม น้ำมันบัว เนย มาการีน หันไปใช้กรดไขมันไม่อิ่มตัวสูงแทน เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย และน้ำมันมะกอก เป็นต้น เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดโดยเฉพาะระดับแอลดีแอลให้น้อยกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 4. จำกัดอาหารที่มีรสหวาน แบ่งได้ 3 ประเภทดังนี้ ประเภทที่ 1 อาหารที่ควรงด ได้แก่ ขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา นมข้นหวาน น้ำอัดลม ผลไม้กวน ผลไม้เชื่อม ผลไม้บรรจุกระป๋อง ประเภทที่ 2 อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด ผักตำลึง ผักบุ้ง กะหล่ำปลีสด ต้นหอม มะระ แตงกวา ผักคะน้า ประเภทที่ 3 อาหารที่รับประทานได้ แต่จำกัดปริมาณและชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง ขนมปังและอาหารผลไม้ต่างๆ มะละกอสุก ลำไย เป็นต้น 5. ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ แนะนำให้ดื่มน้ำ 1.500 มิลลิลิตร/วัน หากมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
อาหารจุกจิก ไม่เป็นเวลา รับประทานยาต้มสมุนไพร และไม่ออกกำลังกาย 6. ขาและเท้าบวมกดบุ๋ม 1^+ หายใจเหนื่อยเล็กน้อย RR 24 beat/min 7. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS =253 mg/dL, Creatinine =1.90 mg/dL, GFR = 28.46 ml/min/1.73 m^2, HbA1C = 8.3% Triglyceride =222mg/d, HDL = 65 mg/dL, LDL = 211.6 mg/dL **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อชะลอการเสื่อมสภาพของไต 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานขึ้นจอประสาท ได้แก่ จอประสาทตาบวม จอประสาทตาหลุดลอก หรือมีเลือดออกในวุ้นตา 3. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง	ร่วมกับอาการบวม ให้กลับมาพบแพทย์ 6. หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวดกระดูก ยาลูกกลอน และยาสมุนไพรที่ไม่ได้การรับรอง เนื่องจากยาบางชนิดทำให้ไตเสื่อมเร็ว หรือเป็นผลเสียต่อไต ส่วนยาสมุนไพร มักมีโปแตสเซียมสูง อาจเกิดอันตรายทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ 7. ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้น้ำหนักเกินดัชนีมวลกาย (BMI) < 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร 8. ออกกำลังกายอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ วันละ 30 นาที เช่น การเดิน การบริหารร่างกายชนิดอยู่กับที่ จะช่วยทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น 9. งดสูบบุหรี่ เนื่องจากในผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ จะส่งผลให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อหน่วยไตและทำ ให้ไตเสื่อมลง 10. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ปัสสาวะบ่อย ร่างกายจะสูญเสียน้ำ ส่งผลให้ความเข้มข้นของโซเดียมสูง ไตต้องทำงานหนัก เพื่อขับโซเดียมออกจากร่างกาย 11. หลีกเลี่ยงและกำจัดความเครียด เนื่องจากความเครียดทำให้ร่างกายพักผ่อนได้ไม่เต็มที่ หายใจเอาออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆได้ไม่เต็มที่ ซึ่งไตก็เป็นอวัยวะหนึ่งที่ได้รับผลกระทบลำดับแรกๆ 12. สังเกตอาการผิดปกติของภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 12.1 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตาย อาการผิดปกติ ได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอกคล้ายมีสิ่งของทับที่หน้าอก เจ็บบริเวณหัวไหล่ หายใจเหนื่อย 12.2 โรคหลอดเลือดสมอง อาการผิดปกติ ได้แก่ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น เวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน 12.3 จอประสาทตาเสื่อมเพิ่มขึ้น อาการผิดปกติ ได้แก่ ตาพร่ามัวลงจากเดิม การมองวัตถุลักษณะเป็นคลื่น หรือเส้นตรงดูบิดเบี้ยว เงาดำปรากฏในลานสายตา มองเห็นแสงวาบ การมองเห็นมืดลง 12.4 ไตเสื่อมสภาพมากขึ้นเป็นระยะที่ 4 อาการผิดปกติ ได้แก่ ปัสสาวะเป็นฟอง ปัสสาวะสีส้มหรือสีน้ำล้างเนื้อ อาการบวมบริเวณหนังตา ใบหน้า และขาทั้งสองข้าง หายใจหอบเหนื่อย ความดันโลหิตสูงขึ้น 12.5 หลอดเลือดส่วนปลายตีบ ได้แก่ อาการปวดขา ชาหรืออ่อนแรงของแขนหรือขา รู้สึกเย็นที่ขาส่วนล่าง เกิดแผลที่เท้า 12.6 เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ได้แก่ อาการชาที่ปลายมือปลายเท้าทั้งสองข้าง บางรายจะมีอาการปวดแสบปวดร้อน หรือปวดเหมือนถูกแทง ส่วนใหญ่อาการมักจะเกิดตอนกลางคืน ในระยะต่อมาอาการปวดจะลดลง แต่จะรู้สึกชาและการรับสัมผัสลดลง 13. ให้คำแนะนำการดูแลเท้า เพื่อป้องกันการเกิดแผล ได้แก่ เช็ดเท้า ซอกระหว่างนิ้วให้แห้ง ด้วยผ้าเช็ดตัวหรือผ้านุ่มที่สะอาด ห้ามใช้แอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้เท้าแห้ง ตรวจเท้าและเล็บเท้าอย่างละเอียดทุกวัน ว่ามีแผล รอยแดง บวมหนังด้าน หรือมีเล็บขบหรือไม่ 14. รับประทานยา ได้แก่ ASA (81 mg) 1x1 pc, Caraten (Carveditol) (6.25 mg) ½ x 2 pc, Atorvastatin (Lipitor) (40 mg) 1x1 hs, Ticata (Ticagrelor) (90 mg) 1x2 pc, Glipizide (5 mg) 1x1 pc รวมถึงฉีด Novomix insuli 18 unit (Subcutaneous) ก่อนอาหารเช้า ตามแผนการรักษา 15. ตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรคร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ดังนี้ 15.1 ระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ระหว่าง 80-130 mg/dL, HbA1C น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7% 15.2 ระดับความดันโลหิต ต่ำกว่า 140/90 mmHg

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	15.3 ระดับไขมันในเลือด LDL-C น้อยกว่า 100 mg/dL 16. ติดตามผลตรวจการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ BUN, Creatinine, GFR, FBS, HbA1C, Lipid Profile ผลตรวจการมองเห็น 17. ให้คำแนะนำการมาตรวจตามนัดแพทย์นัดทุกครั้ง **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี BP=131/71- 132/72 mmHg ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีแนวโน้มดีขึ้น FBS= 124 mg/dL, Creatinine = 1.75 mg/dl, GFR = 31.44 ml/min/1.73 m^2, HbA1C = 7.4% LDL = 143 mg/Dl ขาและเท้าไม่บวม หายใจไม่เหนื่อย ปัสสาวะออกดี ความสามารถการมองเห็นเท่าเดิม ไม่เห็นแสงวาบ เงาดำปรากฏในลานสายตา ผลการตรวจการมองเห็น พบ VA ตาข้างขวา 20/30 ตาข้างซ้าย 20/50 ไม่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตาย โรคหลอดเลือดสมอง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและไตลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีประวัติ 2 ปีก่อนประมาณกลางมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำ PCI ที่ Left Anterior Descending Artery (LAD) และ Drug-Coated Stent (DCI) ในช่วงปลายปีเกิดการกลับซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำ PCI ที่ Left Circumflex Artery 2. ผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมสภาพระยะ 3 (Creatinine =1.90 mg/dL, GFR = 28.46 ml/min/1.73 m^2) **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการการกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลว	1. อธิบายถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็น คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวและโรคที่เป็นสาเหตุเบื้องต้นของหัวใจล้มเหลว ตลอดจนแผนการรักษาของแพทย์ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว อาการของสารน้ำคั่งสะสมในร่างกาย เช่น น้ำหนักเพิ่ม รู้สึกผิวหนังตึง ข้อเท้า เท้าบวม ไอเวลานอน นอนราบไม่ได้ หายใจเหนื่อย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถประเมินภาวะน้ำเกินได้ 3. ให้คำแนะนำและสอนผู้ป่วยเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน โดยการชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน และบันทึกน้ำหนัก บันทึกจำนวนน้ำดื่ม จำนวนปัสสาวะ 4. ให้คำแนะนำหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม เช่น อาหารแช่แข็ง อาหารหมักดอง มาการีน ผงชูรส ผงปรุงรสทุกชนิด 5. ให้คำแนะนำเรื่องการดื่มน้ำ ปริมาณน้ำที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย คือ 1,500 มิลลิลิตร/วัน 6. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา โดยอธิบายประโยชน์และชนิด และผลข้างเคียงของยา เพื่อทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ดังนี้ 6.1 Furosemide (Lasix) (40 mg) ½ tab x 1 pc เป็นยาขับปัสสาวะ ผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะขาดน้ำ ภาวะอิเล็กโทรไลต์ขาดความสมดุล 6.2 Caraten (Carveditol) (6.25 mg) ½ x 2 pc เป็นยาช่วยให้การทำงานของหัวใจดีขึ้นโดยลดแรงต้านของหลอดเลือดและทำให้หลอดเลือดขยายตัว ผลข้างเคียงของยา ได้แก่ เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ท้องเสีย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ หายใจลำบาก มีจ้ำเลือดหรือภาวะเลือดออกผิดปกติ 7. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อป้องกันความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ทำให้เสี่ยงต่อเกิดอาการหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ 8. งดสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่ทำให้เส้นเลือดแดงแข็งตัวและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ 9. งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากแอลกอฮอล์ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งจะทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจโตและหัวใจวายได้ 10. จัดการความเครียด เช่น การระบายความรู้สึกกับบุคคล ใกล้ชิด การสวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ เนื่องจากความเครียดส่งผลต่อระบบ sympathetic nervous system ทำให้หัวใจ เต้นเร็วขึ้นได้และเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ 11. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันกล้ามเนื้อลีบและปรับการไหลเวียนเลือดส่วนปลายให้ดีขึ้น 12. สังเกตและประเมินภาวะน้ำเกินที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ การบวมบริเวณเท้า ข้อเท้า และขา ซึ่งจะมีลักษณะบวมแบบกดบุ๋ม อาการเหนื่อยนอนราบไม่ได้ หายใจลำบาก ในตอนกลางคืนตื่นลุกขึ้น มาหายใจเหนื่อย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ่วในไต **ข้อมูลสนับสนุน** 1. จากประวัติผู้ป่วย 2 ปีก่อน ตรวจพบมี Renal calculi both kidney 2. ผู้ป่วยถามว่า “ต้องดูแลตนเองอย่างไร เพื่อขับก้อนนิ่วออกหรือไม่มีขนาดใหญ่ขึ้น” 3. ผู้ป่วยชอบรับประทานน้ำพริกกะปิ ชะอมทอด **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ่วในไต	1. ให้ความรู้เรื่องโรคนิ่วในไต สาเหตุการเกิดโรค อาการและภาวะแทรกซ้อน 2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการสลายของก้อนนิ่วหรือก้อนนิ่วไม่มีขนาดใหญ่ขึ้น และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2.1 รับประทานอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสม ไม่ควรรับประทานอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งซ้ำ เป็นเวลานาน รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ 2.2 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีออกซาลิกสูง เช่น น้ำชา โกโก้ ใบชะพลู ผักโขม มันฝรั่ง มันสำปะหลัง เป็นต้น อาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น กุ้งแห้ง นม เนยแข็ง ชีส ปลาเล็กปลาน้อย กวางตุ้ง คะน้า ใบขึ้นฉ่าย ผักกระเฉก ผักโขม สะเดา เป็นต้น อาหารที่มีโปรตีนประเภทพิวรีนสูง เช่น เครื่องในสัตว์ทุกชนิด ปลาซาร์ดีน กะปิ หน่อไม้ฝรั่ง เป็นต้น 2.3 ควรบริโภคอาหารที่มีกากใยสูงและอาหารที่มีรสเปรี้ยว เช่น ส้ม มะนาว มะเขือเทศ เพื่อเพิ่มสารซิเตรทในการยับยั้งการก่อนิ่ว และลดการบาดเจ็บของเยื่อบุไต 2.4 ควรดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 2,000 - 3,000 มิลลิลิตร/วัน แต่ต้องไม่ขัดกับแผนการรักษาโรคอื่นที่เป็นอยู่ (ผู้ป่วยต้องจำกัดน้ำ แนะนำให้ดื่มน้ำ ประมาณ 1,500 มิลลิลิตร/วัน) 2.5 หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องเสียเหงื่อมากๆ เช่น อยู่ในที่มีอากาศร้อน หรืออยู่กลางแจ้งเป็นเวลานานๆ 2.6 หลีกเลี่ยงความเครียด และนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง/วัน 2.7 ควรถ่ายปัสสาวะทันทีเมื่อปวด ไม่ควรกลั้นปัสสาวะ สังเกตลักษณะของน้ำปัสสาวะ 2.8 สังเกตอาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะขัด ปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะมีเลือดปน มีไข้ หนาวสั่น หากมีอาการดังกล่าว ควรมาพบแพทย์ทันที **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ่วในไตได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วย สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมี 2 สาเหตุ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แม้จะได้รับการผ่าตัดขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใช้บอลลูน แต่ยังคงมีเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายอยู่เดิม ทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ เพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ทำให้ปริมาณเลือดในห้องหัวใจมาก หัวใจตองทำงานหนักเพิ่มขึ้นขึ้น สงผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว 2) ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานาน ทำให้มีแรงดันในหลอดเลือด Aorta สูงขึ้น ซึ่งจะต้านไม่ให้ลิ้นหัวใจ Aortic เปิดออก หัวใจจึงปรับการทำงาน โดยบีบตัวเพื่อสร้างความดันในหัวใจห้องล่างซ้ายให้สูงกว่าแรงดันต้านทานใน Aorta เพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อไม่สามารถปรับการทำงานของหัวใจได้ จึงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา 3) ผู้ป่วยเป็นไตเรื้อรังระยะที่ 3 ทำให้ประสิทธิภาพการดูดกลับน้ำและเกลือแร่ลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนเพิ่มขึ้น เพิ่มปริมาณเลือดก่อนหัวใจบีบตัว จึงเกิดแรงต้านการไหลเวียนในขณะหัวใจบีบตัว ทำให้หัวใจต้องทำงานหนัก ในการบีบตัวแรงเพื่อส่งเลือดเข้าในระบบไหลเวียนเลือด[8] นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางอ้อมที่ ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มานาน ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงหัวใจน้อยลง ส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ซึ่งจากสาเหตุของโรคดังกล่าว หาก

ผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ดี จึงมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลวและกลายเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นระยะหลังออกจากโรงพยาบาล และอยู่ในช่วงฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นพยาบาล จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป้าหมายของการรักษาด้วยการใช้ยาควบคู่กับการปรับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองให้ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรังระยะ 3 ซึ่งบทบาทดังกล่าว ได้แก่ การลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง การส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการเฝ้าติดตามอาการตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติเบื้องต้น และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย[9] เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ[8,9]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีระบบการติดตามภายหลังมารับการตรวจ เช่น การเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพ การใช้กลุ่ม line การโทรศัพท์ ติดตามอาการ การปฏิบัติตามคำแนะนำ ปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติการดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่อง

2. นำกรณีศึกษานี้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมป์.(2562). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ฉบับปรับปรุงปี 2562. สมุทรปราการ: เนคสเตป ดีไซน์; 2562.
2. Dutta SS.(2024). Global burden of heart failure: prevalence, incidence, and risk factors unveiled.[internet]. 2024 [cited 2025 February12]. Available from:https://www.news-medical.net/news/20240630/Global-burden-of-heart-failure-prevalence-incidence-and-risk-factors-unveiled.aspx#)
3. Lam CSP.(2015). Heart failure in Southeast Asia: facts and numbers. ESC Heart Fail 2015; 2(2): 46-49.
4. Ambrosy AP., Fonarow GC., Butler J., Chioncel O., Greene SJ., Vaduganathan M. ..., Gheorghiade M.(2014). The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. J Am Coll Cardiol 2014; 63(12): 1123-1133.
5. ปัณฑิตา เพ็ญพิมล และศิวพร ขันฮะ.(2562). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยการสูบฉีดเลือดของหัวใจห้องล่างซ้ายที่ใช้ในระยะยาว ในระยะกึ่งวิกฤตและระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
6. Foroutan F., Rayner DG., Ross HJ., Ehler T., Srivastava A., Shin S. ..., Lee DS.(2023). Global Comparison of Readmission Rates for Patients with Heart Failure. JACC Journals 2023; 82(3): 430–444.
7. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.(2567). รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2565, 2566,2567 [อินทราเน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
8. ใจนุช กาญจนภู.(2563). พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลว.[อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์2568]. เข้าถึงจาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org
9. อรวิกาญจน์ ชัยมงคล, ศริญญา ภูวนันท์, และศุทธิจิต ภูมิวัฒนะ.(2565). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ณ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก. วชิรสารการพยาบาล 2565 ; 24(1):75-95.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดการบำบัดตามแนวซาเทียร์ ร่วมกับสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

Development of an Integrated Care Model for Psychiatric Patients with Suicidal Ideation and Behavior Based on Satir Model Therapy and Community Participation: RICH Model.

(Received: August 27,2025 ; Revised: August 30,2025 ; Accepted: August 31,2025)

จิราพร มณีปกรณ์[1] อัครเดช กลิ่นพิบูลย์[2] ชญาดา กลิ่นพิบูลย์[3]
Jiraporn Maneepakorn[1] Akkaradech Klinpiboon[2] Chayada Klinpiboon[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดการบำบัดตามแนวซาเทียร์ ร่วมกับสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่าน RICH Model ซึ่งประกอบด้วย 4 แนวทางหลัก ได้แก่ R: การค้นหาและลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยง I: การบำบัดรายบุคคลตามแนวซาเทียร์ C: การมีส่วนของชุมชน H: การดูแลแบบองค์รวม เครื่องมือที่ใช้วัด CSI, 9Q, 8Q วิเคราะห์ด้วย repeated measure ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า RICH Model สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (CSI) จาก 84.649 เป็น 122.351 หลังการบำบัดและยังคงสูงในช่วงติดตามผล 2 และ 4 สัปดาห์ ขณะเดียวกันคะแนนซึมเศร้า (9Q) และความคิดฆ่าตัวตาย (8Q) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและการกลับมารักษาซ้ำเท่ากับ 0

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย, การป้องกันการฆ่าตัวตาย, การบำบัดรักษาตามแนวคิดซาร์เทียร์, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This study was Participatory Action Research (PAR) aimed to develop and evaluate a care model for psychiatric patients with suicidal ideation and behaviors, integrating Satir-based therapy with community participation through the RICH Model. The model comprises four core components: R–Risk group identification and registration, I–Individual therapy based on the Satir approach, C–Community involvement, and H – Holistic care. Assessment tools included the Coopersmith Self-Esteem Inventory (CSI), the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), and the Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8). Data were analyzed using repeated measures ANOVA.

The results demonstrated that the RICH Model significantly increased self-esteem (CSI scores rose from 84.649 to 122.351 post-intervention and remained high at 2 and 4 weeks follow-up) and significantly reduced depression (PHQ-9) and suicidal ideation (PHQ-8). Notably, the suicide completion rate and readmission rate were both zero.

[1] พย.ม. โรงพยาบาลสกลนคร
[2] ปรด.มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ศรีสะเกษ Corresponding Author: tu.akk@hotmail.com
[3] พย.ม.มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ศรีสะเกษ

Keywords: Psychiatric Patients with Suicidal Ideation and Behavior, suicide prevention, Satir's Model, Community Participation

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก การฆ่าตัวตายสำเร็จพบได้ 10.6 ต่อแสนประชากร[1] กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึง ร้อยละ 45 กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด[2] ซึ่งการดื่มสุราอย่างหนักและการฆ่าตัวตายจะมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด[3] ในทุก ๆ 5 คนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีปัญหาความผิดปกติจากการใช้สุรา[4] ที่ก่อให้เกิดความหุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว ล่วงละเมิดบรรทัดฐานทางสังคม ขาดการใช้วิจารณญาณ มีสัมผัสรู้ผิดปกติ มีความเจ็บปวดที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายและมักมีปัจจัยกดดันนำมาก่อน เช่น มีภาวะซึมเศร้า สุขภาพทรุดโทรม ทะเลาะกับบุคคลใกล้ชิดและพบว่าผู้ป่วยสุราร่วมกับโรคซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้า[5,6] ส่วนปัจจัยกระตุ้นมีมากมายคล้ายกับกลุ่มประชากรทั่วไป เช่น เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหน้านี้ รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เป็นเพศชาย มีโรคร่วม มีบาดแผลทางใจ (PTSD) มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นจากความเครียด เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสัมพันธภาพ[1,4] ขาดทักษะในการแก้ปัญหา รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าและหลีกหนีปัญหา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมแยกตัว ก้าวร้าว ส่วนกลุ่มที่ใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด จะมองตัวเองว่าไร้ค่า มองปัญหาเป็นภาพรวม ไม่สามารถจัดการปัญหาได้ ทำให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึง ร้อยละ 50 พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 40 ฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 7 พยายามฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 1-2 ปี ร้อยละ 16-34[1] และพบปัจจัยกระตุ้นให้ฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เช่น เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ขาดยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น เครียดจากปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสัมพันธภาพ รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มีโรคร่วม มีบาดแผลทางใจ การเจ็บป่วยทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการใช้แอลกอฮอล์หรือติดสารเสพติดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำสูงเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป[1]

ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตาย ร้อยละ 13.8 และฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะมีโอกาสทำซ้ำและทำสำเร็จได้ใน 1 ปี ถึงร้อยละ 94.27 และการฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะหนึ่งปีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 และพบว่ากลุ่มจิตเวชยาเสพติด ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง ร้อยละ 50 และฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ถึงร้อยละ 6.54 และส่วนใหญ่ใช้วิธีผูกคอหรือการแขวนคอมากที่สุด ร้อยละ 81.1[7,8] ในช่วงเวลากลางวันที่ไม่มีคนอยู่บ้าน[8] และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะถูกนำส่งโรงพยาบาลเพื่อรับการบำบัด ร้อยละ 97.53 ส่งผลต่อการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาที่ประเทศต้องสูญเสียประมาณ 16,000 ล้านบาท และสูญเสียทางเศรษฐกิจจากผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายปีละกว่า 400 ล้านบาท[7] การบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชมีหลากหลายรูปแบบ ส่วนใหญ่ใช้มาตรฐานการบำบัดรักษา เช่น การคัดกรองด้วยแบบประเมินระดับความเสี่ยง การบ่งชี้ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง จำกัดการเข้าถึงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิต การรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคมของทีมพยาบาลจิตเวชและทีมสหวิชาชีพ เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแบบครอบครัว การให้คำปรึกษาแบบสนับสนุน การบำบัดด้วยการรู้อาศัยสติ การให้สุขภาพจิตศึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และการบำบัดครอบครัวตามแนวซาเทียร์ (Satir's Model) แต่ยังพบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและถูกส่งต่อเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคมรักษาในโรงพยาบาล[9]

โรงพยาบาลสกลนคร ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนและวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มโรคซึมเศร้า และกลุ่มที่ใช้สุรา สารเสพติด โดยเฉลี่ย 14,000 คนต่อปี สถิติย้อนหลัง 5 ปี (2563-2567) พบว่าจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (20, 17, 18, 33 และ 31 คน) คิดเป็น 10.32, 8.77, 9.28, 17.02 และ 15.99 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เกินกว่าค่าเป้าหมายที่นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขปรารถนาไม่ให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศสูงกว่า 8.0 ต่อแสนประชากร และผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้องมารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 72, 79, 93, 143 และ 81 คน ตามลำดับ ด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ แต่ผลลัพธ์พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในระดับสูงหรือปานกลาง จำเป็นต้องรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน[10] จึงเป็นปัญหาที่สำคัญรุนแรง ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

อย่างไรก็ตามเมื่อทบทวนรากเหง้าของปัญหาพบว่าการบำบัดด้วยวิธีดังกล่าวในแต่ละรายไม่มีการตั้งเป้าหมายและไม่ติดตามผลลัพธ์จากการบำบัดที่ชัดเจน ไม่ได้มุ่งเน้นให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาของผู้ป่วย เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับผลลัพธ์จากการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยแนวคิดซาเทียร์ กลับพบว่ามีผลลัพธ์ที่แตกต่างคือผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าลดลง มองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ที่สำคัญแนวคิดซาเทียร์นี้ให้ความสำคัญกับเป้าหมายของการบำบัดในแต่ละครั้งอย่างมาก จึงเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายในการบำบัดกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิตเวชได้หลากหลายประเภท ดังนั้น การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์จึงน่าจะเป็นอีกหนึ่งทางเลือก สำหรับใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกการตั้งเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเติบโตทางบวก เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างอารมณ์ ความรู้สึกกับพฤติกรรมโดยใช้เวลาเพียงสั้นๆ และได้ผลดี สามารถลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลงได้ ลดอัตราการเข้านอนพักในโรงพยาบาล ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ[11,12,13] นอกจากนี้การสร้างให้มีปัจจัยปกป้อง (protective factors) ที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยปกป้องที่สำคัญ ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ดีของบุคคลต่อครอบครัว ต่อชุมชน ต่อสถาบันทางสังคม และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ โดยมีโรงเรียน สถานที่ทำงาน และชุมชนแวดล้อมให้การสนับสนุนด้านความปลอดภัย มีแหล่งทรัพยากรในการดูแลต่อเนื่องหลังการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช[9] ซึ่งพบว่าวิธีสร้างปัจจัยปกป้องให้เข้มแข็งคือการใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนหรือกระบวนการ A-I-C โดยการระดมพลังสมอง พลังความคิด สร้างสรรค์ของสมาชิกในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาในเชิงสร้างสรรค์ได้อย่างเป็นขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ข้อมูลและประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างเป็นประชาธิปไตย อันจะนำไปสู่ความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง[14,15]

คณะผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในฐานะพยาบาลจิตเวชในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลสกลนคร และอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของผลลัพธ์จากการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ และการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงสนใจที่จะวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดการบำบัดตามแนวซาเทียร์ ร่วมกับสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลจิตเวชผู้บำบัดให้

เป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านการบำบัด โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือผู้ป่วยไม่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย อีกทั้งยังเป็นการยกระดับมาตรฐานการบำบัดรักษาให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์และใช้สมรรถนะของการเป็นผู้นำทางการพยาบาลในการจัดการและพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลสกลนคร

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดการบำบัดตามแนวซาเทียร์ ร่วมกับสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่าน RICH Model

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ใน 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ 1) ศึกษาสภาวะแวดล้อม วิเคราะห์ปัญหา และความต้องการ 2) พัฒนารูปแบบฯ ต้นแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบฯ ต้นแบบ 4) ปรับปรุงรูปแบบฯ ต้นแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ 2) ภาคีเครือข่ายชุมชน 3) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะเสี่ยงต่อฆ่าตัวตาย ตามทะเบียนรายชื่อผู้เข้ารับบริการในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร และญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้แก่ แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน, 2) ภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 28 แห่ง ๆ ละ 4 คน (เจ้าหน้าที่ รพ.สต., อสม, ผู้นำชุมชน, อปท.) รวม 112 คน, 3) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะเสี่ยงต่อฆ่าตัวตาย ตามทะเบียนรายชื่อผู้เข้ารับบริการในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ในช่วงเดือนกันยายน 2567-กุมภาพันธ์ 2568 จำนวน 46 คน และญาติผู้ดูแล จำนวน 46 คน

ระยะที่ 2 ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ และการเผยแพร่นวัตกรรม ประกอบด้วย 2 กระบวนการ คือ 1) ประเมินผลการใช้รูปแบบฯ ที่ปรับปรุงแล้ว 2) สรุปผลการทดลอง/เผยแพร่นวัตกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากประชากรเป้าหมายที่มีอาการทางจิตทุเลา กำหนดขนาดตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัยโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 กำหนดค่า α =.05 และ (1-β) = .80 ค่า effect size 0.5 ได้ตัวอย่าง 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ คือประเด็นการสนทนากลุ่มโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ได้แก่ (1) สภาพการณ์ของหน่วยงาน ระบบบริการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของทีมสหวิชาชีพ (2) ข้อมูลทั่วไป/เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (3) ปัญหา ความต้องการ/ความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ดูแลทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย (4) การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิด

และพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในชุมชน (5) ความรู้ความเข้าใจในแนวทางการบำบัดโดยใช้ Satir Model

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดการบำบัดตามแนวซาเทียร์ ร่วมกับสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (RICH Model)

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (CSI) แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) แบบประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการสนทนากลุ่ม โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Qualitative Content Analysis) ผ่านการจัดหมวดหมู่ตามประเด็นที่เกิดขึ้น ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อประเมินความหลากหลาย ความอิ่มตัวของข้อมูล และความสอดคล้องกับความเป็นจริง

2. ข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และรายได้ โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงสถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การวิเคราะห์ผลใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) สภาวะการฆ่าตัวตาย (PHQ-8) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (CSI) ก่อนและหลังการบำบัดทันที และในช่วงติดตามผลที่ 2 และ 4 สัปดาห์

จริยธรรมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย และสิทธิ์การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ทราบถึงสิทธิ์ที่จะถอนตัวได้ทุกเวลาหากมีความต้องการ วิธีการดำเนินการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ป่วย หรือพยาบาลในการปฏิบัติงาน และการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKNH REC No.038/2567

ผลการศึกษา

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดการบำบัดตามแนวซาเทียร์ ร่วมกับสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสกลนคร พบว่าปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จและอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สำคัญและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ซึ่งพบได้ในทุกกลุ่มวัยและทุกกลุ่มโรค นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย มารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ WHO[1] และ Conner และคณะ[2] ที่พบว่าการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและเป็น 1 ใน 10 สาเหตุการเสียชีวิต และพบว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จมีประมาณ 10-20 หรือโดยเฉลี่ย 10.6 ต่อแสนประชากรต่อปี โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปและสูงสุดเป็นอันดับ 1 ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รองลงมาคือผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด ซึ่งปัจจัยสำคัญต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ การดื่มสุราหนักในช่วงนั้น การทะเลาะกับคนใกล้ชิด การมีนิสัย

ก้าวร้าว โกรธรุนแรง ไม่เคยเข้าสู่กระบวนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Borges และคณะ[3] ที่พบว่าการดื่มสุราอย่างหนักและการฆ่าตัวตายจะมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มสุราในปริมาณที่สูงก่อให้เกิดความหุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว ล่วงละเมิดบรรทัดฐานทางสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Carbello และคณะ[5] และวินัย รอบคอบและคณะ[6] ที่พบว่าผู้ติดสุราที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักมีปัจจัยกดดันนำมาก่อน เช่น มีภาวะซึมเศร้า สุขภาพทรุดโทรม ทะเลาะกับบุคคลใกล้ชิด และยังพบว่าผู้ป่วยสุราร่วมกับโรคซึมเศร้าจะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่ไม่มีโรคซึมเศร้า

รูปแบบการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ใช้วิธีผูกคอในช่วงเวลากลางวันที่ไม่มีคนอยู่บ้านสอดคล้องกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิต[7]และจรรยารักษ์ มีวงษ์สมและคณะ[8] ที่ทำการศึกษาเรื่องสถานการณ์และวิธีการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับเพศ-ช่วงอายุ-ภูมิภาคในประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559 พบว่าวิธีการแขวนคอ รัดคอและทำให้หายใจไม่ออกเป็นวิธีที่ถูกเลือกใช้มากที่สุด รองลงมาคือการใช้พิษจากยาฆ่าศัตรูพืชและสัตว์ การใช้สารพิษจากสารเคมีและสารพิษอื่นๆ และการใช้กระสุนปืน

ระบบบริการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด และทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสกลนคร ซึ่งมุ่งเน้นให้การปรึกษาทั่วไป ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และในการบำบัดแต่ละรายไม่ได้มีการติดตามผลลัพธ์จากการบำบัดที่เป็นแนวทางชัดเจน ไม่มีการตั้งเป้าหมายการบำบัด และไม่ได้มีการมุ่งเน้นให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาของผู้ป่วย และไม่มีระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงพบว่าผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำจำเป็นต้องรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูงหรือปานกลาง เป็นปัญหาสำคัญทางการพยาบาลที่ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์และคณะ[9] ที่พบว่ากระบวนการบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยมีหลากหลายรูปแบบ โดยส่วนใหญ่ใช้มาตรฐานการบำบัดรักษาที่ประกอบด้วย การคัดกรองด้วยแบบประเมินระดับความเสี่ยง การบ่งชี้ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง จำกัดการเข้าถึงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิต การรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคมของทีมพยาบาลจิตเวชและทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแบบครอบครัว การให้คำปรึกษาแบบสนับสนุน การบำบัดด้วยการรู้อาศัยสติ การให้สุขภาพจิตศึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และการบำบัดครอบครัวตามแนวซาเทียร์ (Satir’s Model) แต่ยังพบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและถูกส่งต่อเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคมรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังเป็นการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต7 ที่พบว่าประเทศต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจในการรักษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายปีละกว่า 400 ล้านบาท และเมื่อทำการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหาพบว่าในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายแต่ละรายไม่ได้มีการติดตามผลลัพธ์จากการบำบัดที่เป็นแนวทางชัดเจน ไม่มีการตั้งเป้าหมายการบำบัด และไม่ได้มีการมุ่งเน้นให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาของผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลต่อเนื่อง พบปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับ

หนึ่งคือ มีความเครียดกับปัญหาในครอบครัวไม่รู้จะแก้ปัญหาอย่างไร รองลงมาคือ รู้สึกน้อยใจ ผิดหวัง ล้มเหลวในชีวิต มีอารมณ์หุนหันพลันแล่น คิดชั่ววูบ มึนเมาสุราและใช้สารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในช่วงปี 2557-2563 ของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ[9] ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว มีปัญหาการสื่อสาร ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยวไร้ผู้คนเหลียวแล ควบคุมอารมณ์ได้ต่ำ มีการเสพสุรา มีบุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม มีการรับรู้ตนเองต่ำ คิดว่าไม่มีคุณค่า ไม่มีคนรัก กลัวถูกทิ้ง เผชิญปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น แก้ปัญหาแบบไม่เหมาะสม ใช้อารมณ์เป็นหลัก โกรธ ด่าคนในครอบครัว และทะเลาะกันไม่ฟังเหตุผล และพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชทั้งสองกลุ่มนี้มีความคล้ายคลึงกันคือขาดทักษะหรือมีทักษะในการแก้ปัญหาไม่เพียงพอเมื่อต้องเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ของชีวิตมักมีอารมณ์หุนหันพลันแล่น มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ปฏิเสธและหลีกหนีปัญหา ซึ่งเป็นความเสี่ยงสูงและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของญาติ/ผู้ดูแล นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยสาเหตุหลักของการมีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชมาจากการบำบัดทางจิตสังคมที่ไม่สอดคล้องกับปัญหาและสาเหตุของการมีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีการปรับตัวต่อปัญหาได้ไม่เหมาะสม ขาดความตระหนักรู้ในตนเอง ไม่เข้าใจในตนเอง ไม่ยอมรับตนเองและคนอื่นๆ ในครอบครัว ทำให้ขาดทักษะในการแก้ปัญหาและมักมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ ไม่เห็นเป้าหมายที่เกิดจากการบำบัดในแต่ละครั้งได้อย่างชัดเจน และไม่รับรู้ว่าเป้าหมายจำเพาะของการบำบัดในแต่ละครั้งนั้นว่า ในชั่วโมงนี้ เวลานี้เขาต้องการให้ตัวเองเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรหลังการบำบัดครั้งนี้ ซึ่งผู้รับการบำบัดควรมีความสามารถที่จะทำได้เองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขได้ดีขึ้นและสามารถรับผิดชอบต่อทุกข์และสุขของตัวเองได้มากขึ้น ช่วยให้ผู้รับการบำบัดจัดการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจของตนเองจนเป็นคนที่ต่างไปจากคนเดิม ไม่ใช่เปลี่ยนแปลงแค่ระดับพฤติกรรมแล้วทำอะไรต่างไปจากเดิม การเป็นคนที่ต่างไปจากเดิม คือ ทุกส่วนของจิตใจได้เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายชีวิต 3 ด้าน สุขภาพดี มีความสุข มีความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ Krug และคณะอ้างในอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ[9] ที่พบว่าการบำบัดที่สร้างให้มีปัจจัยปกป้องที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบว่าด้านบุคคล ได้แก่ การมีทักษะในการเผชิญกับปัญหา และมีทักษะในการแก้ปัญหา เหตุผลที่ต้องการมีชีวิตอยู่ ความเชื่อและศีลธรรมที่ค้านการฆ่าตัวตาย ด้านความสัมพันธ์ ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสถาบันทางสังคม การสนับสนุนความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการสุขภาพ ด้านชุมชน ได้แก่ โรงเรียน สถานที่ทำงาน และชุมชนแวดล้อมให้การสนับสนุนด้านความปลอดภัย มีแหล่งทรัพยากรในการดูแลต่อเนื่องหลังการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และด้านสังคม ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งกายและใจ มีนโยบาย/กฎหมายจำกัดการเข้าถึงวัตถุอันตราย/วิธีการฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาจรรยารักษ์ มีวงษ์สม และคณะ[8] ได้ทำการศึกษาเรื่องสถานการณ์และวิธีการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับเพศ-ช่วงอายุ-ภูมิภาคในประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559 พบว่าแนวทางการแก้ไขปัญหาคือการสร้างภูมิคุ้มกันทางความคิดในวัยเด็ก การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน และการควบคุมอุปกรณ์การฆ่าตัวตาย รวมถึงการมีระบบสาธารณสุขที่ดี

การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ ร่วมกับการใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนหรือกระบวนการ A-I-C ช่วยเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ชุมชน และครอบครัวผู้ป่วยทำให้เกิดความยั่งยืนในระบบการดูแลและช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และยังตอบสนองต่อความจำเป็นในการลดความเหลื่อมล้ำทางการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในพื้นที่ชนบท ซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาสุขภาพจิตระดับชาติ สอดคล้องกับวิธีสร้างปัจจัยปกป้องให้เข้มแข็งโดยใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนหรือกระบวนการ A-I-C และใช้แนวคิดการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ที่ให้ความสำคัญกับเป้าหมายของการบำบัดอย่างมาก โดยการกำหนดเป้าหมายจำเพาะของการบำบัดครั้งนั้นๆ ผู้บำบัดต้องสำรวจจากผู้รับการบำบัดว่า ในชั่วโมงนี้ เวลานี้เขาต้องการให้ตัวเองเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรหลังการบำบัดครั้งนี้ ซึ่งผู้รับการบำบัดต้องสามารถทำได้เอง การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์จึงทางเลือกสำหรับใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่า ตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกการตั้งเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเติบโตทางบวก เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างอารมณ์ ความรู้สึกกับพฤติกรรม โดยใช้เวลาเพียงสั้นๆ และได้ผลดี สามารถลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลงได้ ลดอัตราการเข้านอนพักในโรงพยาบาล ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จซึ่งสอดคล้องการงานวิจัยของรพีพร คำแก้ว[12] ที่พบว่าโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satir's model ช่วยให้ผู้ป่วยลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยมองปัญหาเป็นสิ่งท้าทาย และสอดคล้องกับงานวิจัยของนิตยา จรัสแสง13 ที่พบว่าการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ต่ออาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเพิ่มความสอดคล้องกลมกลืนหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและหลังติดตาม 3 เดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบฯ (RICH Model) โดยใช้แนวคิดการบำบัดตามแนวซาเทียร์ร่วมกับสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือ RICH Model ประกอบด้วย 4 แนวทางหลัก คือ

1. R: Register of risk groups การค้นหาและจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง การสำรวจข้อมูลเชิงลึกและวิเคราะห์ปัจจัยกระตุ้น การจัดการความเสี่ยงตามแนวทางที่ได้จากการถอดบทเรียนในรายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทุกราย ผ่านการประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ อสม. ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไข

2. I: Intervention การบำบัดตามแนว Satir's Systemic (brief) Therapy ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ครั้งที่ 1-2 เป็นการทำความรู้จักและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้และยอมรับโลกภายในจิตใจตนเองได้ ครั้งที่ 3-4 ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีทางเลือกให้ตนเอง ครั้งที่ 5 เป็นการตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง

3. C: Community involvement ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับงานบริการต่างๆ ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน อสม. และในชุมชน เน้นการคัดกรองด้วย 2Q เน้นการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายเสียงในหมู่บ้านโดยใช้คลิปวิดีโอสั้น จัดทำโครงการลดการใช้สารเสพติดต่างๆ รวมทั้ง บุหรี่ สุรา ในชุมชน โดยบูรณาการร่วมกับ สสส. กองทุนเทศบาลและองค์กรปกครองท้องถิ่น

4. H: Holistic approach "การดูแลแบบองค์รวม" โดยดำเนินการให้มีสุขภาวะที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม ด้วยการดูแลบุคคลรวมทั้งครอบครัวของเขาและชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ด้วยเพื่อคงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดีและยั่งยืน ดังภาพที่ 1

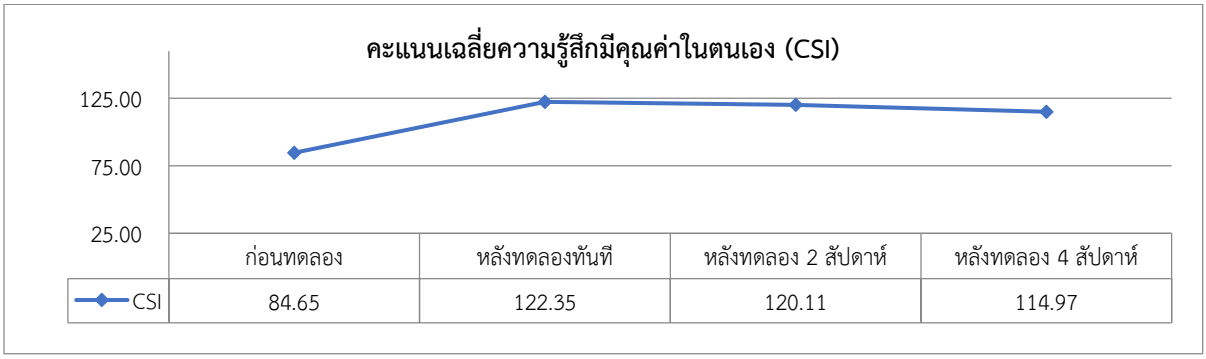


RICH Model

ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย “RICH Model”

ส่วนที่ 3 ผลของการใช้รูปแบบ RICH Model

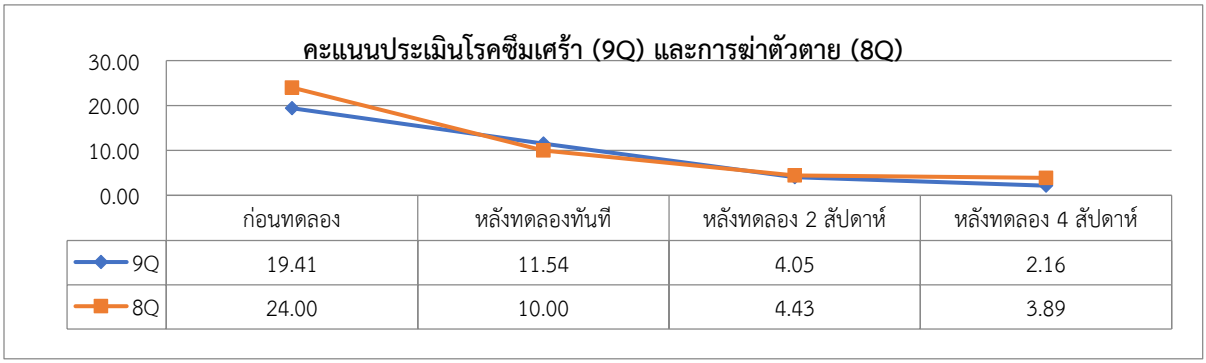
การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายโดยใช้แนวคิดการบำบัดตามแนวซาเทียร์ ร่วมกับสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (RICH Model) โดยทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับ Sphericity ผล Mauchly’s Test พบว่า คะแนนเฉลี่ย CSI ($W = .035$, $p < .000$), PHQ-9 ($W = .096$, $p < .003$) และ PHQ-8 ($W = .030$, $p < .000$) มีค่า p น้อยกว่า .05 ทุกตัวแปร จึงปฏิเสธสมมติฐานว่าง (H_0) แสดงว่าข้อมูลไม่เป็นไปตามเงื่อนไขของ Compound Symmetry ดังนั้น ในการวิเคราะห์ repeated measures ANOVA จำเป็นต้องใช้ค่าที่ปรับแล้วด้วยวิธี Greenhouse-Geisser เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ ซึ่งพบว่ามีความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (CSI) เพิ่มขึ้นจากก่อนบำบัดอย่างชัดเจนที่เฉลี่ย 84.649 (95% CI=81.836–87.462) เป็น 122.351 (95% CI=119.664–125.039) หลังการบำบัด และลดลงเล็กน้อยในช่วงติดตามผลที่ 2 และ 4 สัปดาห์ เป็น 120.108 และ 114.973 ตามลำดับ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (CSI) ก่อนและหลังทดลองทันที และในระยะติดตามหลังการทดลอง 2 และ 4 สัปดาห์ (n=34)

คะแนนภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ลดลงอย่างชัดเจนจาก 19.405 (95% CI = 18.085–20.726) ก่อนบำบัด เป็น 11.541 (95% CI = 9.848–13.233) หลังบำบัด และลดลงต่อเนื่องในช่วงติดตามผลเป็น 4.054 และ 2.162 ส่วนของคะแนนความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PHQ-8) ลดลงอย่างชัดเจนจาก 24.000 (95% CI = 18.920–29.080) ก่อนบำบัดเป็น 10.000 (95% CI = 6.386–13.614) หลังบำบัดและลดลงต่อเนื่องในช่วงติดตามผลเป็น 4.432 และ 3.892 ดังภาพที่ 3

ผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้ RICH Model พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดนี้ และพบว่าร้อยละ 95 ของภาคีเครือข่ายพึงพอใจในรูปแบบการดูแล RICH Model และมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการติดตามเยี่ยมจากสหวิชาชีพของโรงพยาบาลสกลนครอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง/ราย โดยเจ้าหน้าที่และ อสม มีแรงจูงใจมากขึ้นในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การสังเกตอาการเตือน และนำเข้าสู่การักษา ดังนั้นกล่าวได้ว่า RICH Model เป็นแนวทางที่เหมาะสมในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการค้นหา คัดกรองและเข้าถึงบริการสุขภาพจิต เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน และสร้างความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วย ควรมีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพ



	ก่อนทดลอง	หลังทดลองทันที	หลังทดลอง 2 สัปดาห์	หลังทดลอง 4 สัปดาห์
9Q	19.41	11.54	4.05	2.16
8Q	24.00	10.00	4.43	3.89

ภาพที่ 3 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และการฆ่าตัวตาย (8Q) ก่อนและหลังทดลองทันที และในระยะติดตามผล 2 และ 4 สัปดาห์ (n=34)

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 26 คน จากทั้งหมด 34 คน มีอายุเฉลี่ย 25.89 ปี (S.D.= 12.80) อายุต่ำสุด 12 ปี สูงสุด 59 ปี อยู่ในช่วงอายุ 17-23 ป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.29 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 10 – 16 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.47 สถานภาพสมรส โสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.76 รองลงมา แต่งงานและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 26.47 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.24 ส่วนใหญ่อาชีพทำสวน /ทำไร่/ ทำนา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.12 รองลงมาเป็น นักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 35.29 และผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็น พ่อแม่ คิดเป็นร้อยละ 58.82 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 15,000 บาทต่อเดือน น้อยสุด 3,000 บาทต่อเดือน มากสุด 25,000 บาทต่อเดือน

ผลการพัฒนารูปแบบฯ ตามกรอบแนวคิดและพัฒนารูปแบบต้นแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มี

ความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายร่วมกับชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (AIC) พบว่า (1) A : Appreciation เป็นการสร้างความรู้ด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาระบาดวิทยาเมื่อมีกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้ข้อมูลทางระบาดวิทยาและเป็นข้อมูลองค์ความรู้สำหรับบุคลากรและเครือข่ายในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย คือ (1.1) ประเด็นหลักที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายแยกเป็น ครอบครัว ชุมชน ยาเสพติด (1.2) สัญญาณเตือน (1.3) กลุ่มบุคคลที่ควรดูแลเป็นพิเศษ (1.4) แนวทางการแก้ไขร่วมกัน จากนั้นนำมาพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เรื่องปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการฆ่าตัวตาย การค้นหา คัดกรอง การเฝ้าระวังให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไปในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร เจ้าหน้าที่หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น (2) I : Influence การสร้างแนวทางการพัฒนาโดยประชุมทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอรูปแบบที่ได้จากการดำเนินโครงการจากชุมชนนำร่อง 2 ชุมชนคือตำบลเชียงเครือ และตำบลหนองลาด ผลลัพธ์ที่ได้คือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายโดยใช้แนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับการบำบัดตามแนวซาเทียร์ จังหวัดสกลนคร หรือที่เรียกว่า RICH Model และ (3) C : Control การสร้างแนวทางปฏิบัติ จัดทำผังการไหลของงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ตาม RICH Model ที่ประกอบด้วยระบบการ R: Register of risk group’s โดยคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ด้วย 2 คำถาม และ 9Q, 8Q, I: Intervention ด้วยรูปแบบการบำบัดตามแนว Satir's Model, C: Community involvement ระบบการเฝ้าระวังโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายโดยบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับงานบริการต่าง ๆ และ H: Holistic approach "จัดการดูแลแบบองค์รวม" โดยดำเนินการให้มีสุขภาวะที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยการดูแลบุคคลรวมทั้งครอบครัวของเขาและชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ด้วยเพื่อคงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนหรือกระบวนการ A-I-C พัฒนาขึ้นโดยสถาบัน Organization Development : An International Institute (ODII) สหรัฐอเมริกา โดย William E. Smith และ Turid Sato อ้างถึงในชนัญธวีร์ ฐิตวัฒนานนท์[14] โดยวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการที่มีการระดมพลังสมอง พลังความคิด สร้างสรรค์ของสมาชิกในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาในเชิงสร้างสรรค์อย่างเป็นขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ข้อมูลและประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างเป็นประชาธิปไตย อันจะนำไปสู่ความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) การสร้างความรู้ (Appreciation: A) (2) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) และ (3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C)

ผลของการใช้รูปแบบ RICH Model พบว่า คะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (CSI) เพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือน ซึ่งได้แสดงถึงความคงทนในประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดนี้แต่ลดลงตามระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น และคะแนนเฉลี่ยจาก

แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ลดลงโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าการก่อนทดลอง และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือน โดยลดลงอยู่ในระดับน้อยมาก (9Q<7 คะแนน) ซึ่งได้แสดงถึงความคงทนในประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดนี้ และคะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ลดลงโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนทดลอง และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือน โดยลดลงอยู่ในระดับน้อย (8Q=<8) ซึ่งได้แสดงถึงความคงทนในประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดนี้ นอกจากนี้ยังส่งผลถึงอัตราของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสูงขึ้นถึง ร้อยละ 146.32 ซึ่งมากกว่า ร้อยละ 75 ตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด อัตราผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือและติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 93.75 ซึ่งมากกว่าร้อยละ 80 ตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0 สอดคล้องกับไพจิตร พุทธรอด และกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ[11] ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยใช้แนวคิดซาเทียร์น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 0 สอดคล้องกับการศึกษาของ อำพรทิพย์ อุดทาโท และอนุกูล มะโนทน[15] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ ตามวิถีชีวิตใหม่ตำบลแม่ตีบ อำเภองาว จังหวัดลำปาง พบว่าไม่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จหลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแนวทางทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดซาเทียร์ จังหวัดสกลนคร ไปใช้ควรปรับให้เหมาะกับบริบทของจังหวัดตนเอง โดยสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม การประชาสัมพันธ์ การสร้างเสริมความรู้ และการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน

2. ควรมีการส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลและจังหวัดอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันเพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง และหาแนวทางการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยคลินิกจิตเวชและบุคลากรโรงพยาบาลสกลนคร ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2024). *Suicide in the world. In Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.

2. Conner, K. R., Bridge, J. A., Davidson, D. J., Pilcher, C., & Brent, D. A. (2017). Meta-analysis of mood and substance use disorders in proximal risk for suicide deaths. *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 49(1), 278–292. https://doi.org/10.1111/sltb.12422

3. Borges, G., Benjet, C., Orozco, R., Medina-Mora, M. E., & Menendez, D. (2017). Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans. *Journal of Psychiatric Research*, 91, 74–82. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.03.014
4. Kõlves, K., Draper, B. M., Snowdon, J., & De Leo, D. (2017). Alcohol-use disorders and suicide: *Results from a psychological autopsy study in Australia. Alcohol*, 64, 29–35. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2017.03.004
5. Carballo, J. J., García-Nieto, R., Harkavy-Friedman, J., de Leon-Martinez, V., & Baca-García, E. (2014). *Aggressiveness across development and suicidal behavior in depressed patients. Archives of Suicide Research*, 18(1), 39–49. https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824831
6. วินัย รอบคอบ, สมบัติ สกุลพรรณ์ และ หรรษา เศรษฐบุปผา. (2561). *ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น. พยาบาลสาร*, 45(4), 144–158.
7. กรมสุขภาพจิต. (2561). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561*. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
8. จรรยารักษ์ มีวงษ์สม, และคณะ. (2564). สถานการณ์และวิธีการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับเพศ-ช่วงอายุ-ภูมิภาคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555–2559. *วารสารวิชาการอาชญาวิทยาและนิติวิทยาศาสตร์*, 7(2), 90–107.
9. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, อรพิน ยอดกลาง, วิภาดา คณะไชย, จารุนันท์ คำชมภู, & สาคร บุปผาเฮ้า. (2563). การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย,* 28(1), 86–98.
10. โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร. (2567). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังทางสุขภาพจิตจากฐานข้อมูล HDC*. กระทรวงสาธารณสุข.
11. ไพจิตร พุทธรอด, & กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. (2563). ผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(1), 484–492.
12. รพีพร คำแก้ว. (2565). *การสร้างโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satir's model* [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2566, จาก https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research/MA2566-004-01-0000001117-0000001384.pdf
13. นิตยา จรัสแสง. (2565). ผลการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ต่ออาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(2), 97–114.
14. ชนัญธวีร์ ฐิตวัฒนานนท์. (2552). *การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการ AIC: กรณีศึกษาชุมชนในตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
15. อำพรทิพย์ อุดทาโท และ อนุกูล มะโนทน. (2566). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จตามวิถีชีวิตใหม่ ตำบลแม่ตีบ อำเภองาว จังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(1), 1–15.

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Dengue Fever Prevention and Control through Village Health Volunteer Participation in Kosum Phisai District, Maha Sarakham Province.

(Received: August 26,2025 ; Revised: August 30,2025 ; Accepted: August 31,2025)

อุเทน จิณโรจน์[1]
Auten Gennarojn[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 340 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการประเมินก่อนและหลังการพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและ Paired Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.12) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 53.23) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 49.12) มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.03) การพัฒนาการมีส่วนร่วมผ่านการประชุมกลุ่มและการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดส่งผลให้เกิดการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ได้แก่ ความรู้เรื่องไข้เลือดออก ($p < 0.001$) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ($p < 0.001$) การปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค ($p < 0.001$) ความพึงพอใจ (เพิ่มขึ้น 1.01 คะแนน, $p < 0.001$) และทัศนคติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, โรคไข้เลือดออก

Abstract

This Participatory Action Research(PAR) aimed to investigate dengue fever prevention and control through village health volunteer participation in Kosum Phisai District, Maha Sarakham Province. The sample comprised 340 village health volunteers Research instruments included questionnaires on personal characteristics, work motivation, and pre-post development assessments. Data were analyzed using descriptive statistics and paired sample t-tests.

Results revealed that most village health volunteers were female (84.12%), engaged in agriculture (53.23%), and had completed upper secondary education (49.12%). Work motivation was at a moderate level (Mean = 3.03). Participation development through group meetings and planned implementation resulted in statistically significant improvements across all variables: dengue knowledge ($p < 0.001$), participation in prevention and control activities ($p < 0.001$), dengue prevention and control practices ($p < 0.001$), satisfaction (increased by 1.01 points, $p < 0.001$), and attitudes ($p < 0.001$).

Keywords: Participation, Village Health Volunteers, Dengue Fever

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever: DHF) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) สี่สายพันธุ์ ได้แก่ DENV-1, DENV-2, DENV-3 และ DENV-4 โดยมียุงลาย Aedes aegypti เป็นพาหะนำโรคหลัก โรคนี้ได้รับการบันทึกครั้งแรกในเอกสารทางการแพทย์เมื่อประมาณ 200 กว่าปีที่ผ่านมา โดยองค์การอนามัยโลกประมาณการว่าในแต่ละปีจะพบผู้ติดเชื้อไวรัสเดงกี 50-100 ล้านราย และส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต

[1] นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกสุมพิสัย

ประมาณ 22,000 ราย[1] ประเทศไทยมีประวัติศาสตร์การระบาดของโรคไข้เลือดออกที่มีนัยสำคัญทางสาธารณสุข การระบาดครั้งแรกที่ได้รับการบันทึกอย่างเป็นระบบเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพมหานคร โดยมีผู้ป่วยประมาณ 2,000 กว่าราย และอัตราป่วยตายร้อยละ 14 ซึ่งถือเป็นอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับมาตรฐานสากลในปัจจุบัน ภายหลังจากนั้นมีการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปีอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่รายงานจากกรุงเทพมหานครและธนบุรี การวิเคราะห์แบบแผนการระบาดในระยะแรกพบรูปแบบการเกิดโรคแบบ cyclical pattern ที่มีการสลับระหว่างปีที่มีการระบาดสูงและปีที่มีอุบัติการณ์ต่ำ การวิเคราะห์สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2561-2565 แสดงให้เห็นความผันผวนของอุบัติการณ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีอัตราป่วย 129.96, 194.51, 107.53, 13.17 และ 66.97 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ขณะที่อัตราป่วยตายมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 0.13, 0.11, 0.07, 0.07 และ 0.07 ตามลำดับ การลดลงของอัตราป่วยตายสะท้อนให้เห็นการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการดูแลรักษาและการจัดการผู้ป่วยในภาวะวิกฤต[2]

จังหวัดมหาสารคามเป็นพื้นที่ที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก โดยได้รับการจัดอันดับให้อยู่ใน 10 จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดของประเทศอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา การวิเคราะห์สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 มีอัตราป่วย 142.44, 121.77, 44.56, 12.75 และ 78.80 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จากข้อมูลทางระบาดวิทยา พบการระบาดอย่างต่อเนื่องทุกปี พบสูงสุดในช่วงฤดูฝน (พฤษภาคม-กรกฎาคม) มีผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ พบมากที่สุดในกลุ่มวัยเรียน (อายุ 5-14 ปี) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2559) อำเภอโกสุมพิสัยซึ่งเป็นหนึ่งในอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม มีสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 โดยมีอัตราป่วย 30.22, 38.09, 17.98, 20.10 และ 31.90 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2567 ณ วันที่ 19 กรกฎาคม 2567 มีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกสะสมจำนวน 92 ราย อัตราป่วย 35.72 ต่อประชากรแสนคน[3]

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ประสบผลสำเร็จและเกิดประสิทธิภาพจำเป็นต้องระดมความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการกำจัดลูกน้ำยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคและรณรงค์ให้ชุมชนประชาชนทุกครัวเรือนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา การศึกษาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมในจังหวัดมหาสารคามของนิตยา นิลจันทร์และคณะ[4] พบว่าการรับรู้การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการประเมินตนเอง พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าประชาชนอาจยังไม่เข้าใจว่าตนเองควรมีบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยควรร่วมเป็นหนึ่งในผู้รับผิดชอบหลัก ประชาชนอาจมองว่าชุมชนเป็นเพียงบทบาทเสริม โดยมองว่าเจ้าหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักและมีบทบาทในการให้บริการดูแลสุขภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มหมู่บ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agent) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนการให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ [5]

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบปัญหา

หลายประการ ได้แก่ การที่อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ เฝ้าระวัง ป้องกันและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด ส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลเดิม การพบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และการพบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเกินเกณฑ์ที่กำหนดในบ้านเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขและละแวกใกล้เคียง เนื่องจากสภาพแวดล้อมรอบบ้านเอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุงลาย ปัญหาเหล่านี้คล้ายคลึงกับรายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ที่พบการดำเนินงานไม่สม่ำเสมอและไม่ครบทุกหมู่บ้าน ขาดทักษะในการจัดทำแผนงาน ขาดความมั่นใจในการถ่ายทอดความรู้ และขาดการมีส่วนร่วมจากชุมชน[6]

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 78 ที่ระบุว่า รัฐพึงส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศด้านต่างๆ การจัดทำบริการสาธารณะทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น (คณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2560) และสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข[7] และจากทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff[8] เสนอกรอบแนวคิดที่แบ่งกระบวนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอนที่เชื่อมโยงกัน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล แนวคิดนี้ได้รับการยอมรับและประยุกต์ใช้ในโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนหลายประเทศ แรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมและประสิทธิภาพการทำงาน โดยแบ่งเป็นแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) ที่เกิดจากความพึงพอใจและความหมายของงาน และแรงจูงใจภายนอก (extrinsic motivation) ที่เกิดจากการได้รับรางวัลหรือการยอมรับ[9]

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัยจังหวัดมหาสารคาม ตามแนวคิดของ Cohen และ Uphoff ทั้ง 4 ขั้นตอน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษา**การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)** มุ่งเน้นศึกษาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอโกสุมพิสัย จำนวน 340 คน สำหรับการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหัวขวาง จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เรื่องไข้เลือดออก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่

1) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ดำเนินการนำเค้าโครงงานวิจัยและเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และให้คำแนะนำในการปรับปรุงแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำคะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อคำถามมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) โดยค่าที่คำนวณได้ในแต่ละข้อคำถามพบว่ามีค่าไม่ต่ำกว่า 0.50 ทุกข้อ

2) ตรวจสอบความเที่ยงโดย การทดสอบความเที่ยงดำเนินการโดยนำเครื่องมือวิจัยปรับปรุงแก้ไขแล้วทำการทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในตำบลวังเพิ่ม ซึ่งมีลักษณะประชากรคล้ายคลึงกับตำบลสีชมพู จากนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ของความเที่ยง Cronbach's Alpha coefficient และ KR-20 ดังนี้

- แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เท่ากับ 0.78
- แบบทดสอบความรู้เรื่องไข้เลือดออก KR-20 เท่ากับ 0.95
- แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดย เท่ากับ 0.82
- แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดย เท่ากับ 0.86
- แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.75

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ด้านบริบทชุมชน : โดยการศึกษาจากเอกสารแฟ้มข้อมูลชุมชน รายงานการดำเนินงาน ฐานข้อมูลสุขภาพอำเภอสีชมพู เพื่อวิเคราะห์บริบทและปัญหาของพื้นที่ ประกอบด้วย

- ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน
- นโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- สถานการณ์โรคการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- แรงจูงใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- ปัญหา อุปสรรค การปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ระยะที่ 2 การพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม(ระยะเวลา 6 สัปดาห์)

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนสร้างการมีส่วนร่วม ฯ โดยใช้รูปแบบการประชุมกลุ่ม

1) ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์บริบทของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ที่ได้จากระยะที่ 1 ให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

จำนวน 2 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหัวขวาง จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 22 คน ได้รับทราบ

2) ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนรับทราบรูปแบบและสถานการณ์การการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนในปัจจุบัน บทบาทหน้าที่ ที่ปฏิบัติอยู่แล้วและยังไม่ได้ปฏิบัติ และนำเสนอความคาดหวังบทบทหน้าที่ที่ต้องการให้เกิดขึ้น กำหนดเป็นข้อตกลงและเป้าหมายร่วมกัน

3) ทบทวนบทบาทหน้าที่เพื่อดำเนินการปฏิบัติตามข้อตกลงและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน

4) กำหนดกิจกรรม ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาดำเนินการ ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน

5) ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลที่นำเสนอ รวมทั้งให้โอกาสในการนำเสนอความคิดเห็นอื่นๆ เพื่อค้นหาสาเหตุและประเด็นปัญหาเพิ่มเติม

6) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ

เป็นขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนกิจกรรมที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อำนวยให้เกิดการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย ประสานงานและติดตามให้ทุกภาคส่วนดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล

1) ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนเปรียบเทียบกับก่อนการสร้างการมีส่วนร่วมฯ ได้แก่

ด้านผู้ป่วย : สถิติการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

ด้านบุคลากรสุขภาพ : เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ประกอบด้วย

- ความรู้เรื่อง ไข้เลือดออก
- ทัศนคติการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก - ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2) ประชุมกลุ่มย่อยเพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วม สรุปผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนและเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาต่อไป โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย หมายเลขโครงการวิจัย 13/2568 เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป แรงจูงใจในการปฏิบัติงานและสถานการณ์การปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 286 คน คิดเป็นร้อยละ 84.12 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 10,023.53 บาท (S.D.=3,184.49) ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 13.66 ปี (S.D.=7.01) ด้านสถานภาพสมรสพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว จำนวน 292 คน คิดเป็นร้อยละ 85.88 รองลงมาคือโสด จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 10.29 ด้านระดับการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 49.12 ด้านอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 181 คน คิด

เป็นร้อยละ 53.23 รองลงมาคือรับจ้าง จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 20.59 แม่บ้าน จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 19.12 ด้านการเข้ารับการอบรมเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาพบว่าทุกคนเคยเข้ารับการอบรม จำนวน 340 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ด้านแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกพบว่าได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 47.94 รองลงมาคือป้ายรณรงค์ จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 18.82 หอกระจายข่าว จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 10.59 และไลน์/เฟสบุ๊ค จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 8.53 ตามลำดับ ส่วนแหล่งข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ อสม. อินเตอร์เน็ต แผ่นพับ/ใบปลิว ญาติพี่น้อง วิทยุ โทรศัพท์ โทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์ มีสัดส่วนน้อยกว่า โดยมีค่าตั้งแต่ร้อยละ 0.59 ถึง 4.12

ด้านแลแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 คะแนน (S.D.=0.36) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าแรงจูงใจที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ "งาน อสม. เป็นงานที่มีเกียรติ" (Mean = 3.1466, SD = 1.39607) รองลงมาคือ "การได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชนที่ท่านทำหน้าที่ อสม." (Mean = 3.1320, SD = 1.42773) และ "การได้รับการยอมรับนับถือจากสังคม" (Mean = 3.0938, SD = 1.37520) ตามลำดับ

ส่วนแรงจูงใจที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ "การได้รับความสะดวกในการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและ อสม." (Mean = 2.9824, SD = 1.43270) "เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถทำงานร่วมกันกับ อสม. ได้เป็นอย่างดี" (Mean = 2.9707, SD = 1.39084) "การได้รับคำชมเชย ได้รับการคัดเลือก หรือได้รับรางวัล" (Mean = 2.9326, SD = 1.36279) "ความรู้สึกพอใจในผลสำเร็จของงาน อสม. ที่ท่านทำ" (Mean = 2.9296, SD = 1.39148) และ "การได้รับการยอมรับนับถือจากเพื่อน อสม." (Mean = 2.8974, SD = 1.38416) ตามลำดับ

สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกอำเภอโกสุมพิสัยจังหวัดมหาสารคามปีพ.ศ. 2562-2566 อัตราป่วย30.22, 38.09, 17.98, 20.10และ 31.90ต่อประชากรแสนคนตามลำดับไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตส่วนในปีพ.ศ. 2567 ณวันที่19 กรกฎาคม 2567 มีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกสะสมจำนวน 92 รายอัตราป่วย35.72ต่อประชากรแสนคนไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตมีผู้ป่วยกระจายทุกกลุ่มอายุโดยตำบลหัวขวาง มีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกมากที่สุดจำนวน 32รายอัตราป่วย 63.30ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือตำบลแก้งแก จำนวน15รายอัตราป่วย 47.43ต่อประชากรแสนคนตำบลแพงจำนวน11รายอัตราป่วย26.63ต่อประชากรแสนคน (ทีมตระหนักรู้สถานการณ์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2567)

2. การพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

การศึกษานี้ดำเนินการพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผ่าน 2 ขั้นตอนหลัก ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนสร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้รูปแบบการประชุมกลุ่มร่วมกับภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหัวขวาง 20 คน เพื่อวิเคราะห์บริบท ทบทวนบทบาทหน้าที่ กำหนดข้อตกลงและเป้าหมายร่วมกัน รวมทั้งวางแผนกิจกรรม ผู้รับผิดชอบ และทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติตามแผนกิจกรรมที่กำหนด โดยผู้วิจัยทำหน้าที่อำนวยความสะดวก ประสานงาน และติดตามการดำเนินงาน จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ก่อนการดำเนินการพัฒนาการมีส่วนร่วม การประเมินสถานการณ์เบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 คน แสดงให้เห็นปัญหาที่สำคัญในหลายมิติ โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมี

ระดับความรู้เรื่องไข้เลือดออกอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 10.00, S.D. = 2.29) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ระดับความพึงพอใจและการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลางตอนล่าง (Mean = 2.97, S.D. = 0.51 และ Mean = 2.98, S.D. = 0.31 ตามลำดับ) ขณะที่การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.02, S.D. = 0.24) และทัศนคติต่อการปฏิบัติงานยังไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมครสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ปรับปรุงทัศนคติ เพิ่มความพึงพอใจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่แท้จริงในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน จึงมีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้และส่งเสริมทัศนคติพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการการประเมินผลพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ในแต่ละด้านดังนี้

1. ความรู้เรื่องไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.00 (S.D.=2.29) เป็น 19.75 (S.D.= 0.44) เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 19.224, p < 0.001)

2. ทัศนคติการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าหลังการพัฒนามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น มีความแตกต่างเฉลี่ย 0.95 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (t = 8.388, p < 0.001)

4. การปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.98 (S.D.=0.31) เป็น 4.03 (S.D.=0.21) เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 12.132, p < 0.001

5. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.02 (S.D.=0.24) เป็น 3.95 (S.D.=0.16) เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 14.982, p < 0.001)

6. ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.97 (S.D.=0.51) เป็น 3.98 (S.D.=0.24) เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 7.700, p < 0.001)

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการพัฒนาความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วม สรุปผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนและเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาต่อไป พบว่า จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญในทุกตัวแปรหลังการพัฒนาการมีส่วนร่วม ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาต่อยอดควรเน้นการสร้างกลไกการเรียนรู้ต่อเนื่องผ่านการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ชุมชนและระบบการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุข การพัฒนาระบบติดตามประเมินผลแบบมีส่วนร่วมที่ให้อาสาสมัครได้ร่วมวางแผน ดำเนินการ และประเมินผลงานด้วยตนเอง การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชนเพื่อเสริมสร้างการสนับสนุนทรัพยากรและการยอมรับทางสังคม รวมทั้งการพัฒนาระบบสิ่งจูงใจที่หลากหลายทั้งการยกย่องเชิดชู การให้โอกาสในการพัฒนาตนเองและการได้รับสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม

นอกจากนี้ควรขยายผลการพัฒนาไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อื่นๆ พร้อมทั้งปรับแต่งวิธีการให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่เข้าใจง่ายสำหรับการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ เพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนมีความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม แสดงให้เห็นการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญในทุกตัวแปรที่ศึกษาหลังการพัฒนาการมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องและแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาในหลายประเด็นสำคัญ

การศึกษานี้พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.12) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 53.23) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของศราวุฒิ หวายสันเทียะ[10] และวัชรพล วิวรรศน์ เถาว์พันธ์และคณะ[11] ที่พบลักษณะประชากรศาสตร์ในลักษณะเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าผู้หญิงมีบทบาทสำคัญในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและการประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลักในพื้นที่ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของวัชรพล วิวรรศน์ เถาว์พันธ์และคณะ[11] ที่พบว่าจบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 64.5 ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงการพัฒนาระดับการศึกษาของประชาชนในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา

ความรู้เรื่องไข้เลือดออกมีการปรับปรุงสูงสุด (เพิ่มขึ้น 9.75 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเชิดศักดิ์ ปรุงคามา[12] ที่พบว่าหลังการพัฒนามีความรู้เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และศราวุฒิ หวายสันเทียะ[10] ที่พบผลในลักษณะเดียวกัน การปรับปรุงความรู้ที่โดดเด่นในการศึกษานี้แสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการถ่ายทอดความรู้และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของกฤตติกา อุปรีย์[13] ที่พบความรู้อยู่ในระดับปานกลางและไม่มีการเปรียบเทียบก่อนหลังการพัฒนา

นอกจากนี้ผลการศึกษาแสดงให้เห็นการปรับปรุงการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญ (เพิ่มขึ้น 0.93 คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุดใจ มอนไข่ และคณะ[14] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมด้านการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของสุรศักดิ์ เกษงาม[15] ที่พบการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง และไม่พบความแตกต่างตามคุณลักษณะส่วนบุคคล ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากรูปแบบการพัฒนาที่แตกต่างกัน โดยการศึกษานี้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้ง 4 ขั้นตอนตามแนวคิดของ Cohen และ Uphoff

และพบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.03) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ สีดาพล[16] ที่พบระดับแรงจูงใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาดังกล่าวยังพบว่าแรงจูงใจสามารถทำนายการมีส่วนร่วมได้ร้อยละ 75.44 ซึ่งสนับสนุนความสำคัญของการพัฒนาแรงจูงใจในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วม ผลการศึกษานี้ยืนยันความสำคัญของปัจจัยแรงจูงใจที่หลากหลาย โดยเฉพาะการรับรู้ว่างาน อสม. เป็นงานที่มีเกียรติและการได้รับความร่วมมือจากชุมชน

การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นประสิทธิผลของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมผ่านการประชุมกลุ่มและการปฏิบัติตามแผนที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุกริน กุล และคณะ[17] ที่พบว่าการจัดการประชุมเป็นวิธีการที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ดี และแอนเดรส และคณะ[18] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นความเหมาะสมของการพัฒนาที่คำนึงถึงบริบทท้องถิ่น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา นิลจันทร์ และคณะ[4] ในจังหวัดมหาสารคามเดียวกัน ที่พบการรับรู้การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง และชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาการมีส่วนร่วมระหว่างประชาชนและบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้มีส่วนเสริมองค์ความรู้ในด้านการพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเป็นระบบและแสดงให้เห็นประสิทธิผลของการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบบูรณาการในการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. หน่วยงานควรจัดโปรแกรมการฝึกอบรมแบบต่อเนื่องและประเมินผลความรู้เป็นระยะ พร้อมพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่ายสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขทุกระดับการศึกษา

2. ควรจัดตั้งคณะกรรมการประจำหมู่บ้านที่ให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทในการวางแผน ตัดสินใจ ปฏิบัติงาน และประเมินผลร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3. ควรพัฒนาระบบการยกย่องเชิดชู การให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงบวก และการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นเพื่อรักษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยติดตามผลอย่างน้อย 6-12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะด้านความรู้ที่เพิ่มขึ้นสูงสุดและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานจริง

2. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและหลากหลายพื้นที่เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำผลไปใช้ทั่วไป รวมทั้งเปรียบเทียบประสิทธิผลในบริบทชุมชนที่แตกต่างกัน

3. ควรศึกษาปัจจัยเฉพาะบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และแรงจูงใจเริ่มต้น ที่มีอิทธิพลต่อผลสำเร็จของการพัฒนา เพื่อออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างจริงใจต่อทุกท่านที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้สละเวลาและแบ่งปันข้อมูลที่มีคุณค่า การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวิชาการโรคติดเชื้อเดงกี่และโรคไข้เลือดออกเดงกี่ด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.

2.กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2565. 2566. Available from: https://www.pidst.or.th/A1271.mobile

3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ งานระบาดวิทยา. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี 2559. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2560.

4.นิตยา นิลจันทร์ และคณะ. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในจังหวัดมหาสารคาม. วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัย. 2556;8(14):99-110.

5.กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2561;24(2):59-67.

6.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านกรวด. รายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านกรวด; 2554.

7.สมตระ กูลราศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2556.

8.Cohen JM, Uphoff NT. Participation's Place in Rural Development: Seeking Hall University. 2001.

9.ดรัสพงศ์ สุวรรณพันธ์. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลชุมชน. 2560;5:60-67. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/187178/132481/

10.ศราวุฒิ หวายสันเทียะ. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเทศบาลตำบลโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2559.

11.วัชรพล วิวรรศน์เถาว์พันธ์ และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของบ้านป่าเป้าตำบลโสกนกเต็นอำเภอพลจังหวัดขอนแก่น [รายงานวิจัย]. ขอนแก่น; 2553.

12.เชิดศักดิ์ ปรุงคามา. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: บ้านลิ้นฟ้า ตำบลแคนเหนือ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.

13.กฤตติกา อุปรีย์. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เลย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย; 2556.

14.สุดใจ มอนไข่. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนบ้านวังไทรตำบลวังน้ำเขียวอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2557.

15.สุรศักดิ์ เกษงาม. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลพรเจริญ อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร; 2557.

16.จิราภรณ์ สีดาพล. แรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาทอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.

17.Sokrin Khuna, Lenore Manderson. Community Participation and Social Engagement in the Prevention and Control of Dengue Fever in Rural Cambodia. Dengue Bulletin. 2008;32(1):145-155.

18.Andrade R. The Role of Community Participation in the Prevention of Dengue: A Case Study from Cuba [วิทยานิพนธ์]. British Columbia: Simon Fraser University; 2007. Available from: https://books.google.co.th/books?id=mOpy0AEACAAJ

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา

Nursing Care for pregnant women with complications of Gestational Diabetes Mellitus with Severe Pre–Eclampsia and Preterm labor: Case Study.

(Received: August 27,2025 ; Revised: August 30,2025 ; Accepted: August 31,2025)

หทัยรัตน์ สุทธินิมิตร[1]
Hathairat Sutinimit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ อายุ 43 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 ไม่มีประวัติการแท้ง มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 17^{+3} สัปดาห์ ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ พบเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์ $๓๐^{+๔}$ สัปดาห์ มีภาวะครรภ์เป็นพิษ และเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แพทย์ให้การรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน ยาแคลเซียม ยายับยั้งการคลอด และยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ให้การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ป้องกัน ประเมิน และติดตามการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยการตรวจประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท การตรวจครรภ์ การประเมินสภาพทารกในครรภ์ ติดตาม และวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเฝ้าระวัง ให้คำปรึกษา และคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เลือดออกในสมอง อาการชัก กลุ่มอาการเฮลป์ซินโดรม และทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน ให้ความรู้เรื่องอินซูลิน สอนและฝึกทักษะการฉีดอินซูลิน หลังได้รับการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 36^{+2} สัปดาห์ เจ็บครรภ์คลอดและมีอาการของครรภ์เป็นพิษรุนแรง สูติแพทย์จึงพิจารณายับยั้งการตั้งครรภ์ด้วยการทำผ่าตัดคลอดทางช่องท้อง

คำสำคัญ: ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์, ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์, การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

Abstract

This study was case study. The objective was to study nursing care for pregnant women with complications of Gestational Diabetes Mellitus with Severe Pre–Eclampsia and Preterm labor. The study was conducted on a 43-year-old pregnant woman in her fourth pregnancy, with no history of abortion. She presented for prenatal care at 17^{+3}weeks. She received a screening for pregnancy complications and was found to have gestational diabetes at 30^{+4}weeks, preeclampsia, and preterm labor. The doctor administered insulin injections, calcium, inhibitors of labor drugs, and corticosteroids. Important nursing care includes prevention, assessment, and monitoring of complications from Gestational Diabetes Mellitus and Pre–Eclampsia. This included assessing vital signs and neurological signs, pregnancy examinations, assessing the fetus, monitoring, and analyzing laboratory results. The study also included monitoring, counseling, and recommendations for the pregnant woman on self-care to prevent complications such as ketoacidosis, premature labor, cerebral hemorrhage, seizures, HELLP syndrome, and fetal distress. Insulin education was provided, and insulin injection training was provided. After receiving treatment and nursing care, the pregnant woman was safe from pregnancy complications at 36^{+2} weeks, experiencing labor pains and severe preeclampsia. Therefore, the obstetrician considered termination of the pregnancy by a cesarean section.

Keywords: Gestational Diabetes Mellitus, Severe Pre–Eclampsia, Preterm labor

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

บทนำ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus, GDM) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมอันดับหนึ่งในหญิงตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 22.9[1] โดยมีความบกพร่องในการทนต่อกลูโคสซึ่งสามารถตรวจพบครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบภาวะนี้ร้อยละ 7 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมดหรือประมาณ 200,000 รายต่อปี อุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา โดยเพิ่มจากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 8.8 - 12 และพบว่าแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอีกในอนาคต[2] สำหรับในประเทศไทย จากการวิจัยพบอุบัติการณ์การเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์เฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 17.1 เบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ เพิ่มโอกาสการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากขึ้น ภาวะทารกตัวโต ภาวะคลอดติดไหล่ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และคลอดก่อนกำหนด ทารกพิการแต่กำเนิด ทารกเสียชีวิตในครรภ์โดยไม่ทราบสาเหตุ และภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด เช่น กลุ่มอาการหายใจลำบาก ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ภาวะเลือดข้น ภาวะตัวเหลือง และเพิ่มอัตราการเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด เป็นต้น นอกจากนี้มารดาที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า และทารกมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้นด้วย[3]

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพทั้งในหญิงตั้งครรภ์และทารก ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 5 - 10[4] ในสหรัฐอเมริการะหว่างปี ค.ศ. 2017 - 2019 พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.3 เป็นร้อยละ 15.9 นอกจากนี้ยังพบการเสียชีวิตในระหว่างการรับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 31.6[5] สำหรับประเทศไทยพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของหญิงตั้งครรภ์รองจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ในปี พ.ศ. 2563 พบอัตราการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ 20.35 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ อัตราการเสียชีวิตหญิงตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด 22 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ คิดเป็นร้อยละ 23 ของการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด และพบอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดเท่ากับ 3.9[6] นอกจากการเสียชีวิตแล้ว หญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย ภาวะน้ำท่วมปอด การมองเห็นผิดปกติ ภาวะกลุ่มอาการเฮลพ์ (HELLP) และตกเลือดหลังคลอด รวมไปถึงการชักและเสียชีวิตในที่สุด อีกทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด การตายคลอด การบาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอด[7,8,9]

จากสถิติการให้บริการของแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ระหว่าง พ.ศ. 2565-พ.ศ.2567พบหญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 2.78, 5.78, และ 8.22 ตามลำดับ และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 2.67, 3.56 และ 4.44 ตามลำดับ[10] ซึ่งทั้ง 2 ภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยแสดงว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกที่รุนแรงได้ ทั้งนี้หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจวินิจฉัยในระยะเริ่มแรกอย่างถูกต้อง ร่วมกับมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ในระดับที่เพียงพอและ

ต่อเนื่อง จะทำให้คงรักษาระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะส่งผลให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หญิงตั้งครรภ์จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้องนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคหลายอย่าง เช่น การรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่ตนเองเผชิญอยู่ในขณะตั้งครรภ์และความรุนแรง การเข้าถึงบริการ การปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และบุคลากรในหน่วยบริการ เป็นต้น จากสถิติของแผนกฝากครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานขณะตั้งครรภ์และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่รุนแรง ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ จึงสนใจศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นกรณีศึกษา เพื่อให้มีความรู้ทักษะในการวางแผนการพยาบาล การให้คำปรึกษาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สามารถประเมินสถานการณ์ได้ และให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติและข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าย้อนหลัง ระยะเวลา 3 ปี

2. เลือกกรณีศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาซับซ้อน รุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์สูงในการดูแลทั้งขณะตั้งครรภ์ และการให้คำแนะการสอน ฝึกทักษะการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

3. ศึกษาทฤษฎี แนวคิดที่เกี่ยวข้อง จากเอกสาร ตำราวิชาการ บทความและงานวิจัยต่างๆ

4. รวบรวมข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์กรณีศึกษา จากประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหา ประเมินปัญหาความต้องการของหญิงตั้งครรภ์กรณีศึกษา กำหนดแผน การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาลการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์**ใน**การศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป หญิงไทยคู่ อายุ 43 ปี $G_4P_3A_0L_2$ มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จ พระพุทธเลิศหล้า เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2567ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (Last Menstrual Period; LMP) วันที่ 10 มิถุนายน 2567 คำนวณอายุครรภ์ได้ 17^{+3} สัปดาห์ วันที่คาดว่าจะคลอด (Expected Date of Confinement; EDC) 17 มีนาคม 2568 มีประวัติคลอดปกติทางช่องคลอดทั้ง 3 ครั้ง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่แพ้ยา

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวมีมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36 8 องศาเซลเซียสอัตราการเต้นชีพจร 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตปกติ 132/80มิลลิเมตรปรอท น้ำหนักตัว 72 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 24.58 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ขนาดของมดลูก 21 เซนติเมตร เด็กดิ้นดี อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 160 ครั้งต่อนาที

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 10 ตุลาคม 2567

- Glucose Challenge test 171 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- CBC: Hb 12.7 กรัมต่อเดซิลิตร Hct 32.2 เปอร์เซ็นต์ MCV 84.6 เฟมโตลิตร
- DCIP และ HIV negative
- VDRL nonreactive,
- Urine exam: Albuminและ Sugar negative

วันที่ 28 ตุลาคม 2567

- FBS และ OGTT ชั่วโมงที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับ 104, 200, 186, และ 161 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

วันที่ 30 ตุลาคม 2567

- FBS และ 2 hour post prandial เช้า, กลางวัน เท่ากับ 99, 145 และ 128 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

วันที่ 13 พฤศจิกายน 2567

- FBS และ 2 hour post prandial เช้า, กลางวัน เท่ากับ 108, 155 และ 144 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

วันที่ 10 มกราคม 2568

- Urine exam: Albumin 2^{+}
- LFT: SGOT 17 หน่วยสากลต่อลิตร, SGPT 15 หน่วยสากลต่อลิตร
- Creatinine 0.47มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, GFR 121.32 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อตารางมิลลิเมตร
- Coagulogram: PTT 22 วินาที, PT 11.9 วินาที, INR 0.96 เท่า
- CBC: Hb 13.2 กรัมต่อเดซิลิตร, Hct 39 เปอร์เซ็นต์ Platelet count 191,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

การรักษา

- Novomix pencill 10 ยูนิต ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ก่ออาหารเช้าและก่อนนอน
- Regular Insulin ๖ ยูนิต ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ก่ออาหารเช้า กลางวัน และเย็น
- Triferdine 1 เม็ด ก่อนนอน
- Calcium 1 เม็ด หลังอาหารเช้า

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. หญิงตั้งครรภ์อายุ 43 ปี (มากกว่า 35 ปี) ตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 2. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวมีมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์	1. ซักประวัติตามแนวทางการซักประวัติเช่นเดียวกับสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป แต่เน้นประเด็นที่เป็นความเสี่ยง เพิ่มมากขึ้นในหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ได้แก่ ประวัติการแท้ง การคลอดยาก ความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดโรคทางอายุรกรรม โดยเฉพาะเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เนื้องอกของมดลูก โรคทางพันธุกรรม 2. ตรวจร่างกาย ได้แก่ สัญญาณชีพ ส่วนสูง น้ำหนัก คำนวณดัชนีมวลกาย 3. ตรวจครรภ์ เน้นทารกในครรภ์อยู่ในท่าที่ผิดปกติ ขนาดทารกเพื่อประเมินการไม่ได้สัดส่วนของทารกกับเชิงกรานมารดาและทารกในครรภ์ 4. ช่วยสูติแพทย์ตรวจ Ultrasound เพื่อประเมินอายุครรภ์และคัดกรองความผิดปกติของทารกในครรภ์ 5. ให้การปรึกษาก่อนการตรวจคัดกรองโรคและความผิดปกติต่างๆ ได้แก่ คัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คัดกรองความผิดปกติทางโครโมโซม 6. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน ได้แก่ CBC, Thalassemia carrier screening จากผล Mean corpuscular volume (MCV) ร่วมกับ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	Dichlorophenolindophenol (DCIP), Blood type, Urine analysis, Syphilis serology, Hepatitis B surface antigen (HBsAg), Human Immunodeficiency Virus (HIV) serology 7. ให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์เรื่องการเจาะน้ำคร่ำ เพื่อตรวจความผิดปกติของทารกในครรภ์ 8. ประเมินสภาพจิตใจ เพื่อคัดกรองความเครียด และโรคซึมเศร้า 9. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ **ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์มีค่าดัชนีมวลกาย 24.58 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ระดับความดันโลหิตปกติ 132/80 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีภาวะโลหิตจาง ปริมาณเม็ดเลือดแดงในเลือดปกติ DCIP และ HIV negative VDRL nonreactive, Urine albumin sugar negative ผล Ultrasound อายุครรภ์ 17^{+3} สัปดาห์ ทารกในครรภ์ปกติ ไม่เจาะน้ำคร่ำตรวจและยอมรับความเสี่ยงพร้อมทั้งลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ผลการตรวจคัดกรองเบาหวานด้วย 50 กรัม GCT (Glucose Challenge test) สูงกว่าค่าปกติ เท่ากับ 171 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ประเมินภาวะเครียด (ST-5) ได้ 7 คะแนน (ความเครียดระดับปานกลาง) คัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) พบว่า ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 หญิงตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากเกิดภาวะดื้ออินซูลินจากการสร้างฮอร์โมนต้านการทำงานของอินซูลินเพิ่มขึ้น **ข้อมูลสนับสนุน** 1. อายุครรภ์ได้ 17^{+3} สัปดาห์ ตรวจคัดกรองเบาหวาน Glucose Challenge test; GCT พบสูงกว่าค่าปกติ เท่ากับ 171 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 2. อายุครรภ์ 19 สัปดาห์ ได้ตรวจ OGTT พบค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนดื่มน้ำตาล หลังดื่มน้ำตาลชั่วโมงที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับ 104, 200, 186, และ 161 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 3. แพทย์วินิจฉัยเป็น $GDMA_2$ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เลือดเป็นกรดจากสารคีโตน เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน ทารกตัวโต	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ เพื่อประเมิน เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง 2. สอบถามหญิงตั้งครรภ์ถึงอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อยจำนวนมาก (Polyuria) ดื่มน้ำมาก (Polydipsia)น้ำหนักลด (Weight loss) รับประทานอาหารมาก (Polyphagia) ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์สังเกตดังกล่าว หากพบความผิดปกติให้มาพบแพทย์ 3. ประเมินอาการของเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน ได้แก่ ปวดท้องอย่างรุนแรง หายใจหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก มีอาการขาดน้ำ เช่น ปวดศีรษะ ปากแห้ง หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น ลมหายใจมีกลิ่นผลไม้หรือกลิ่นคีโตนสับสน หมดสติ ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์สังเกตดังกล่าว หากพบความผิดปกติให้มาพบแพทย์ 4. ให้คำแนะนำการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ มดลูกหดรัดตัวบ่อย ปวดท้องหรือปวดเหนือหัวเหน่าเป็นพักๆ ปวดหลังส่วนล่างบริเวณเอว มีน้ำใสๆ หรือมูกเลือดออกทางช่องคลอด หากพบความผิดปกติให้มาพบแพทย์ 7. ประเมินและสอบถามอาการของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะขุ่น ปวดท้องน้อย ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์สังเกตดังกล่าว หากพบความผิดปกติให้มาพบแพทย์ ไม่ควรกลั้นปัสสาวะ และภายหลังการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้สะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 8. ประเมินและสอบถามอาการอาการของความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปวดมึนท้ายทอย เวียนศีรษะ ปวดศีรษะให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์สังเกตดังกล่าว หากพบความผิดปกติให้มาพบแพทย์ 9. ปรึกษานักโภชนากร เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ สารอาหารและปริมาณพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน การรับประทานอาหารประเภทค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ 10. ปรึกษาอายุรแพทย์ เพื่อให้การรักษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 11. ให้คำแนะนำการฉีดอินซูลิน Novomix pencill 10 ยูนิต ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ก่อนอาหารเช้าและก่อนนอน และ Regular Insulin 6 ยูนิต ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ก่อนอาหารเช้า กลางวันและเย็น ตามแผนการรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	12. แนะนำให้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งหญิงตั้งครรภ์สามารถตรวจได้ด้วยตัวเองที่บ้านจากการเจาะเลือดตรวจจากปลายนิ้ว โดยใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หรือมารับการตรวจที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม 13. ติดตามผลการประเมินสภาพทารกในครรภ์โดยการทำ Non stress test (NST) ตั้งแต่อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ โดยตรวจสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ 14. ตรวจครรภ์เพื่อดูระดับยอดมดลูก และติดตามผลการทำ Ultrasound เพื่อประเมินน้ำหนักทารกว่าทารกตัวโตหรือไม่ 15. สงตรวจและติดตามผล FBS, 2 hr post prandial เช้า กลางวัน ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ **ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน ไม่เกิดติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารปกติ อยู่ในช่วง 80 - 102 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เมื่ออายุครรภ์ ๓๐$^{+๕}$ สัปดาห์ มีอาการปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง 153/98 มิลลิเมตรปรอท ขาทั้ง 2 ข้าง บวมกดบุ๋ม 2^{+} ผลตรวจปัสสาวะพบโปรตีน 2^{+} แพทย์วินิจฉัยเป็น Pre-eclampsia ตรวจ NST พบทารกเคลื่อนไหวปกติ ระดับยอดมดลูก ตามเกณฑ์อายุครรภ์ 32 เซนติเมตร ทำ Ultrasound พบทารกตัวไม่โต คาดคะเนน้ำหนักทารก 1,150 กรัม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อเกิดเลือดออกในสมอง อาการชัก และ HELLP syndrome จากความดันโลหิตสูงรุนแรง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. อายุครรภ์ 28^{+6} สัปดาห์ ความดันโลหิต 157/99 มิลลิเมตรปรอท นอนพักครึ่งชั่วโมง วัดซ้ำ 137/90 มิลลิเมตรปรอท 2. อายุครรภ์ 30^{+4} สัปดาห์ พบความดันโลหิต 153/98 มิลลิเมตรปรอท ขาทั้ง 2 ข้าง บวมกดบุ๋ม 2^{+} ผลตรวจปัสสาวะพบโปรตีน 2^{+} **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ชัก และ HELLP syndrome	1. ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อติดตามระดับความดันโลหิต 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และอาการทางระบบประสาท เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง 3. ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ในการสังเกตและเฝ้าระวังอาการของภาวะเลือดออกในสมอง ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน แขน ขา อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เป็นต้น อาการนำของอาการชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน จุกแน่นใต้ลิ้นปี่หรือชายโครงขวา 4. ตรวจปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ (DTRs) และ ankle clonus 5. ประเมิน และให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์สังเกตการมีเลือดออกตามส่วนต่างๆของร่างกาย ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน หรือจุดเลือดออกต่างๆของร่างกาย ปัสสาวะสีโค้ก 6 . แนะนำให้รับประทาน Calcium ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า ตามแผนการรักษา เพื่อลดการหลั่งพาราไทรอยด์ฮอร์โมน เนื่องจากพาราไทรอยด์ฮอร์โมนมีผลต่อทางอ้อมให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูง 7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินการเกิดกลุ่มอาการ HELLP ได้แก่ SGOT, Platelet count, Coagulogram, Albumin ในปัสสาวะ 8.เตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือได้ทันทีที่มีอาการชัก ได้แก่ ไม้กดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ ให้พร้อมใช้ทันที เมื่อเกิดภาวะชัก หรือไม่รู้สึกตัว **ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี แขนขาไม่อ่อนแรง ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/80 - 130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 88 -100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ปฏิกิริยาสะท้อนกลับ 2+ ไม่มี ankle clonus ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะสีเหลืองใส ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ SGOTปกติ =17U/L, Platelet count ปกติ = 191,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร, INR ปกติ = 0.96 เท่า ไม่พบ Albumin ในปัสสาวะ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์	1. ดูแลให้นอนพักบนเตียงและจำกัดกิจกรรมที่ต้องออกแรง เพื่อช่วยลดการหดรัดตัวของมดลูก 2. ดูแลให้นอนตะแคงข้างซ้าย เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดีขึ้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. ว่ามีอายุครรภ์ 19 สัปดาห์ ตรวจพบเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2.อายุครรภ์ 30^{+4} สัปดาห์ ตรวจพบความดันโลหิตสูง และภาวะครรภ์เป็นพิษ มีอาการเจ็บครรภ์ มดลูกจะหดรัดตัว ประมาณ 5-6 ครั้งต่อชั่วโมง ตรวจภายในปากมดลูกบางลง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันและยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด	3. แนะนำให้สังเกตหญิงตั้งครรภ์อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและรายงานให้ทราบทันที ถ้ามีอาการดังนี้ มดลูกหดรัดตัวถี่มากขึ้น ปวดหลังส่วนล่าง ปวดเกร็งหน้าท้องคล้ายปวดประจำเดือน เลือดออกทางช่องคลอด มีน้ำเดิน 4. ประเมินและตรวจติดตามการหดรัดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิด 5.ประเมินและติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์ ด้วยการฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกและประเมินความสัมพันธ์กับการหดรัดตัวของมดลูก 6. หลีกเลี่ยงการตรวจทางช่องคลอดโดยไม่จำเป็น เพื่อลดการกระตุ้นมดลูก 7. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยการเกร็งกล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกายให้เต็มที่และเกร็งค้างไว้ประมาณ 5-7 วินาที จึงผ่อนคลายกล้ามเนื้อลงอย่างช้าๆประมาณ 20-30 วินาที เพื่อลดความเครียด เนื่องจากความเครียดมีผลทำให้การหดรัดตัวของมดลูกเพิ่มขึ้น 8. รายงานสูติแพทย์ และให้ข้อมูลกับพยาบาลห้องคลอด เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับรับหญิงตั้งครรภ์ไปดูแลที่ห้องคลอด **ประเมินผลการพยาบาล** จากการติดตามที่ห้องคลอด หญิงตั้งครรภ์ได้รับการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดด้วย Bricanyl และ Dexamethasone อยู่ 2 วัน หลังจากนั้นไม่มีการหดรัดตัวของมดลูก ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ปากมดลูกไม่เปิดจึงจำหน่ายกลับบ้าน และนัดติดตามอาการและตรวจครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ทุกเดือน จนเมื่ออายุครรภ์ 36^{+2} สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดและมีอาการของครรภ์เป็นพิษรุนแรง สูติแพทย์จึงพิจารณายับยั้งการตั้งครรภ์ด้วยการทำผ่าตัดคลอดทางช่องท้อง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดอินซูลิน **ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์ได้รับการรักษาภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการฉีดอินซูลินที่บ้าน คือ Novomix pencill 10 ยูนิต ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ก่อนอาหารเช้าและก่อนนอน และ Regular Insulin 6 ยูนิต ฉีดเข้าใต้ผิวหนังก่อนอาหารเช้า กลางวัน และเย็น **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขปัญหาจากการฉีดอินซูลินได้	1. ให้ความรู้และฝึกทักษะการประเมินภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขปัญหาจากการฉีดอินซูลิน ได้แก่ ภาวะก้อนไขมันใต้ผิวหนังจากการฉีดอินซูลิน (Lipohypertrophy) ประเมินตำแหน่งฉีดอินซูลิน การดูแลและป้องกันการเกิดซ้ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) การประเมินอาการ การแก้ไข วิเคราะห์สาเหตุ และป้องกันการเกิดซ้ำ 2. จัดหาเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วให้ใช้ในการประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสม 3. ให้ความรู้และฝึกทักษะการใช้เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว การแปลผล และการบันทึก 4. กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์คาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาที่อาจจะเกิดและเป็นอุปสรรคเมื่อต้องกลับไปฉีด อินซูลินที่บ้านด้วยตนเอง พร้อมร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว **ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์สามารถตอบคำถามและอธิบายเกี่ยวกับการภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดอินซูลิน การประเมินและการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง สามารถใช้เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วได้อย่างถูกต้อง โดยได้ฝึกสาธิตทวนกลับทั้งสิ้น 2 ครั้ง จนเกิดความมั่นใจ สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาที่อาจจะเกิดจากการฉีด อินซูลินและหาทางแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ ในช่วงแรกอาจจะจำขั้นตอนการฉีดไม่ได้ วางแผนแก้ไขปัญหาโดยจะเปิดเอกสารแผ่นพับอ่าน และทำตามจนกว่าจะชำนาญ วันที่รับประทานอาหารได้น้อยหรือไม่ตรวเวลา มีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ วางแผนแก้ไขปัญหา โดยจะเตรียมลูกอมไว้ในกระเป๋าหนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด มดลูกหดรัดตัวบ่อย มีน้ำใสๆ หรือมูกเลือดออกทางช่องคลอด **ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง และครรภ์เป็นพิษในขณะตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 หญิงตั้งครรภ์วิตกกังวลเนื่องจากกลัวทารกในครรภ์จะเป็นอันตรายจากการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. หญิงตั้งครรภ์สีหน้าเคร่งเครียด 2. หญิงตั้งครรภ์สอบถามผลการฟังเสียงการเต้นหัวใจทารกทุกครั้ง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลัวทารกในครรภ์จะเป็นอันตรายจากการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด	1. พูดคุย ซักถามอาการ ให้รู้สึกอบอุ่น เพื่อคลายความวิตกกังวลและความกลัวมั่นใจว่ามีคนคอยดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มใจ 2. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้เล่าถึงสาเหตุของความวิตกกังวลและความกลัว รวมทั้งซักถามข้อสงสัยต่างๆ 3. อธิบายถึงสาเหตุ ลักษณะอาการ แนวทางการรักษาของแพทย์เพื่อยับยั้งการคลอดและให้ความมั่นใจว่าแพทย์พยาบาลกำลังให้การดูแลรักษามารดาและทารกในครรภ์อย่างเต็มที่ 4. ยกตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และครรภ์เป็นพิษที่สามารถตั้งครรภ์และคลอดครบกำหนดได้ โดยการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้เกิดกำลังใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 5. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านจิตใจ โดยพูดคุยให้กำลังใจ 6. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด **ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 หญิงตั้งครรภ์วิตกกังวลเกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน เนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. หญิงตั้งครรภ์แจ้งว่า ขอเป็นกินยาแทนได้ไหม กลัวเข็ม ไม่อยากฉีดยา 2. หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าวิตกกังวล เมื่อเห็นเข็มอินซูลิน มีอาการหน้าซีด และเหงื่อออก 3. ไม่เคยมีประสบการณ์ในการฉีดอินซูลิน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และ ทักษะสามารถฉีดอินซูลินเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง	1. เปิดโอกาสให้ระบาย ความรู้สึก และสอบถามข้อสงสัย รับฟังอย่างตั้งใจ ถึงปัญหาและความวิตกกังวลเรื่องการฉีดอินซูลิน 2. ประเมินความต้องการเรียนรู้ ความพร้อมที่จะเรียนรู้ และปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ 3. อธิบายถึงความจำเป็นประโยชน์ และความสำคัญของการใช้อินซูลิน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อน 4. ให้ความรู้เรื่องการบริหารอินซูลิน ด้วยวิธีวาดภาพกราฟให้ง่ายต่อความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของการบริหารอินซูลินกับการใช้ชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อทำให้มีพฤติกรรมการฉีดอินซูลินอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปบ้าน โดยมีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้ 4.1 ความรู้เกี่ยวกับอินซูลิน การออกฤทธิ์ วิธีการใช้ อาการข้างเคียง 4.2 การเก็บรักษาอินซูลิน 4.3 การทิ้งเข็มและอุปกรณ์ต่าง ๆ 4.4 ความสัมพันธ์ของอินซูลินกับระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย 5. ฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ การเลือกตำแหน่งฉีดอินซูลิน การหมุนเวียนตำแหน่ง เทคนิคขั้นตอนการฉีด อินซูลิน วิธีการเก็บรักษาอินซูลิน และการกำจัดอุปกรณ์ที่ใช้แล้ว 6. ให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล และความกลัวเข็ม โดยอธิบายให้ทราบเทคนิคการในการฉีดอินซูลิน การเลือกอุปกรณ์และดูแลหัวเข็ม เพื่อลดความเจ็บจากการฉีดอินซูลิน ฝึกทดลองลงเข็มบนผิวหนังเทียมจนกว่าจะเกิดความมั่นใจ ก่อนลงเข็มที่ตำแหน่งของร่างกายจริง 7. ให้กำลังใจ อยู่ใกล้ๆ คอยให้ความช่วยเหลือ และให้เวลาในการฝึกทักษะ จนกว่าจะเกิดความมั่นใจ 8. มอบเอกสารการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง เพื่อให้สามารถอ่านทบทวน เมื่อกลับไปฉีดอินซูลินเองที่บ้าน **ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารอินซูลิน เมื่อสอบถามทวนกลับสามารถตอบคำถามและอธิบายได้อย่างถูกต้อง สามารถฉีดอินซูลินด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง โดยได้ฝึกสาธิตทวนกลับวิธีการฉีดอินซูลินยาด้วยปากกาและฝึกลงเข็มที่ผิวหนังเทียมทั้งสิ้น 4 ครั้ง จนเกิดความมั่นใจ ก่อนฝึกลงเข็มที่หน้าท้องจริงของหญิงตั้งครรภ์

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษานี้เป็นหญิงตั้งครรภ์อายุ 43 ปี ซึ่งมากกว่า 35 ปี ทางสูติกรรมจัดอยู่ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์[11] โดยหญิงตั้งครรภ์รายนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และความดันโลหิตสูงหรือครรภ์เป็นพิษขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์อายุมาก โดยหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการคัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และพบว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จึงได้รับการรดูแลรักษาตั้งแต่การแนะนำให้ควบคุมอาหาร และติดตามระดับน้ำตาลในเลือด แต่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ จึงต้องปรึกษาอายุรแพทย์ให้การรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน ซึ่งจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จึงนำไปสู่การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงหรือครรภ์เป็นพิษขณะตั้งครรภ์ ทำให้การดูแลมีความซับซ้อนยุ่งยากมากขึ้น โดยพยาบาลต้องประเมิน เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากภาวะครรภ์เป็นพิษ เช่น อาการชักเลือดออกในสมอง กลุ่มอาการเฮลป์ซินโดรม[12] รวมถึงให้ความรู้ คำแนะนำกับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อควบคุมความดันโลหิต การสังเกตอาการผิดปกติของภาวะดังกล่าวที่ต้องมาพบแพทย์ทันที ซึ่งไม่พบภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนคลอด ได้รับการยับยั้งการคลอด ต้องนัดติดตามอาการที่แผนกฝากครรภ์ถี่กว่าปกติ ให้คำแนะนำและเน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งสามารถยับยั้งการคลอดได้ถึงอายุครรภ์ 36^{+2} สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรควรมีระบบการติดตามหญิงตั้งครรภ์ภายหลังมารับการตรวจครรภ์ เช่น การเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพ การใช้กลุ่ม line การโทรศัพท์ เพื่อติดตามอาการ การปฏิบัติตามคำแนะนำ ปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และญาติเกิดความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติการดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่อง

2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานและภาวะ
ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารี [สบท.].(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566: Clinical practice guideline for diabetes 2023. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
2. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, และอรพินท์ สีขาว.(2567). การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(2) : 50- 59.
3. รัตนาภรณ์ อัศวเมฆิน, พักตร์วิไล ศรีแสง, และ รัตนา คำวิไลศักดิ์.(2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงไทย โรงพยาบาลศรีนครินทร์.วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 2566; 7(2): 15-28.
4. Youssef GS.(2019). Hypertension in Pregnancy. European Society of Cardiology. [internet]. 2019 [cited 2025 February12]. Available from:https://www.escardio.org/Journals/E-Journal-of-Cardiology-Practice/Volume-17/hypertension-in-pregnancy
5. Ford ND., Cox S., Ko JY., Ouyang L., Romero L., Colarusso T., . . . Barfield WD.(2022). Hypertensivedisorders in pregnancy and mortality at delivery hospitalization – United States, 2017-2019. Morbidity and Mortality Weekly Report 2022; 71(17): 585-591.

6. กรมอนามัย กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงธารณสุข.(2565). สถิติสาธารณสุข อัตราส่วนการตายมารดา; 2565.
7. นิสาชล สุขแก้ว, วรางคณา ชัชเวช, และสุรีย์พร กฤษเจริญ.(2564). ประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564; 8(3): 32 - 48.
8. ไพลิน แช่มเจริญ.(2567). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง ร่วมกับภาวะรกเกาะต่ำและผ่าตัดคลอด. งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์ ; 2567.
9. น้ำทิพย์ ด้วงเงิน.(2567). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง. งานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี กรมการแพทย์ ; 2567.
10. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.(2567). รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2565, 2566,2567 [อินทราเน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม 2568]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
11. เบญจวรรณ คล้ายทับทิม.(2559). สตรีตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก: บทบาทพยาบาลวารสารพยาบาลสภากาชาดไทย2559; 9(2): 36-48.
12. ปรียา สุวนิช.(2561). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร 2561; 27(2): 25-28.)

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis แบบรุนแรง: กรณีศึกษา

Nursing care of patients with : case studySevere Diabetic Ketoacidosis (Severe DKA)

(Received: August 29,2025 ; Revised: August 30,2025 ; Accepted: August 31,2025)

วราภรณ์ เย็นอารมย์[1]
Waraporn yenarrom[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากรณีศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือสูง ชนิดคีโตนคั่งแบบรุนแรง Severe Diabetic Ketoacidosis(Severe DKA) จำนวน 1 ราย เข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลคอนสาร วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้ป่วยหญิงไทย 60 ปี มาด้วยอาการ อาเจียน 20 ครั้ง เวียนศีรษะ ก่อนมา 19 ชั่วโมง มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/71 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในเลือด (SpO2) 99 % ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว(DTX) HI แพทย์พิจารณาให้ NSS 1,000 ml iv load then 100ml/hr ให้ RI 10 unit sc เจาะ DTX ซ้ำ 1 ชั่วโมง = HI ให้ NSS 1,000 ml iv load,RI 10 unit sc และ RI 1:1 iv rate 6 ml/hr ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผล Sinus tachycardia ตรวจรังสีทรวงอก (CXR) ผล No Infrilltation เจาะ DTX ซ้ำ 1 ชั่วโมง = HI แพทย์วินิจฉัย Severe Diabetic Ketoacidosis(Severe DKA)พิจารณาส่งต่อเพื่อพบแพทย์อายุรกรรมโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ
คำสำคัญ: ภาวะกรดคีโตนในเลือดจากเบาหวานรุนแรง การดูแลพยาบาลฉุกเฉิน

Abstract

This case study aimed to study the nursing care of one diabetic with high blood sugar, severe diabetic ketoacidosis (Severe DKA), admitted to the Emergency and Forensic Department, Khonsan Hospital on February 16, 2024. The 60-year-old Thai female patient came with symptoms of vomiting 20 times, dizziness 19 hours before coming, and had underlying diseases, namely diabetes and high blood pressure.

The study found that the patient was conscious initially. Vital signs were 36.8 degrees Celsius, 84 heart rate/minute, 26 breaths/minute, 113/71 mmHg blood pressure, 99% SpO2, and HI fingertip blood sugar level. The doctor considered giving NSS 1,000 ml iv load then 100ml/hr, giving RI 10 unit sc, repeat DTX 1 hour = HI. Give NSS 1,000 ml iv load, RI 10 unit sc, and RI 1:1 iv rate 6 ml/hr. Electrocardiogram (EKG) result Sinus tachycardia, chest X-ray (CXR) result No Inflammation, repeat DTX 1 hour = HI. The doctor diagnosed Severe Diabetic Ketoacidosis (Severe DKA) and considered referring to an internal medicine specialist at Phu Khieo Chalermprakiet Hospital.
Keywords: Severe diabetic ketoacidosis, emergency nursing care

บทนำ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) จะมีการขาดฤทธิ์โดยรวมของอินซูลินอย่างมาก เป็นผลให้เซลล์ไขมันสลายตัว(Lipolysis) เป็นกรดไขมันอิสระ(Free Fatty acid)ทำให้มีการสร้างกรดคีโตนเพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนดังกล่าว acetone ,acetoacetate และ beta-

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคอนสาร

hydroxybutyrate อาการที่พบบ่อยได้แก่ ปวดท้อง เบื่ออาหาร ปัสสาวะบ่อย ดื่มน้ำมาก น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว เมื่อเกิดภาวะ ketosis มักมีอาการ คลื่นไส้อาเจียนตามมา และอาการรุนแรงขึ้นถึงขั้น ketoacidosis จึงมีอาการหอบหายใจลึก บางรายมีลมหายใจเหมือนกลิ่นผลไม้สุก เนื่องจากมีacetone ถูกขับออกมาในลมหายใจ มีอาการหายใจแรง(Hyperpnia or Krussmual Respiratory)ความดันโลหิตต่ำ ไม่รู้สึกตัว ซึ่งอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้[1]

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนและคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน สถิติประเทศไทยพบแนวโน้มการป่วยโรคเบาหวานมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี[2]

โรงพยาบาลคอนสารพบผู้ป่วยเบาหวานในปี 2564 , 2565 และ 2566 มีจำนวน 3,947 ,4,078 และ 4,122 รายตามลำดับ และพบผู้ป่วยที่มีภาวะ DKA จำนวน 3,15 และ 5ตามลำดับ จากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะ DKA เกิดจากการขาดการรักษาต่อเนื่อง การใช้ยาไม่ถูกต้อง ภาวะ DKA เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่เกิดในผู้ป่วยเบาหวาน ถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากแต่หากเกิดขึ้นแล้วจะมีความรุนแรงสูง[3]ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ บทบาทพยาบาลในการดูแลจึงมีความสำคัญยิ่งโดยเฉพาะระยะวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่อาจทำให้เสียชีวิต[4] จึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis แบบรุนแรง เพื่อสามารถให้พยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพและปลอดภัย เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย[5]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis แบบรุนแรงและใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิง อายุ 60 ปี สถานภาพสมรส คู่ การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพรับจ้าง สิทธิการรักษา บัตรทอง 30 บาทวันที่รับไว้ที่โรงพยาบาลคอนสาร วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 แพทย์วินิจฉัย Severe Diabetic Ketoacidosis (Severe DKA) ส่งต่อ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2567 (3วัน)หลังการรักษาสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาเจียน 20 ครั้ง เวียนศีรษะ ก่อนมาโรงพยาบาล 19 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 19 ชั่วโมงก่อนมาหลังรับประทานอาหารเที่ยงมีอาการคลื่นไส้อาเจียน 20 ครั้ง เวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย นอนพักพอทุเลา ไม่มีถ่ายเหลว

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี 2547 รักษาโรงพยาบาลคอนสารต่อเนื่อง ยาที่ได้รับประจำ ได้แก่ Mixtard 28 unit เช้า และ 14 unit เย็น sc , Metformin (500) 1 tab oral bid

pc, Ferous fumarate (200) 1 tab oral OD pc , Piogutazone (30) 1 tab oral OD pc, Folic acid (5) 1 tab oral OD pc , Lorazepam 0.5 tab oral hs Omeprazole (20) 1 tab oral OD ac ปฏิเสธการผ่าตัด

การประเมินสภาพผู้ป่วยระยะวิกฤตตามกรอบแนวคิดการพยาบาลของ FANCAS Fluid and electrolyte balanceผู้ป่วยหญิงไทย สูงอายุ รูปร่างผอม ผิวคล้ำ รู้สึกตัวดี สีหน้าอ่อนเพลีย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ(BT) 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ(PR) 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ(RR) 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต(BP) 113/71 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ **Complete Blood Count**วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 Neutrophils 90 % Lymphocyte 8% Hematocrit 29.5% Hemoglobin 9.6g/dl **Clinical Chemistry** วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 FBS HI ,BUN 32mg/dl ,Na 121.1mmol/L,K 5.4mmol/L,Cl 73mmol/L,CO2 4mmol/Lวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2567(โรงพยาบาลภูเขียวฯ)FBS HI ,Na 125mmol/L,K 3.9mmol/L,Cl 97mmol/L,CO2 20mmol/L**Urine Analysis**วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 Sugar 4+ ,Ketone 3+ ,PH 5.5วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2567(โรงพยาบาลภูเขียวฯ)Sugar 4+ ,Ketone 2+ ,PH 5.5DTX340 mg%**Aeration** หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ค่าออกซิเจนในกระแสเลือด (SPO2) 99 % Room air ,Electrocardiogram(EKG) Sinus Tachycardia**Nutrition**อ่อนเพลีย ปากแห้ง น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI 18.73 **Communication** พูดคุยรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ ไม่สับสน **Activity Stimulation** E4V5M6 การได้ยินชัดเจน ท่าทางอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้ สีหน้าวิตกกังวล

การวินิจฉัยของแพทย์(Final diagnosis) . Severe Diabetic Ketoacidosis(Severe DKA)

การรักษาที่ได้รับ:วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567

In-hospital (ER):

0.9%NSS 1,000 ml IV Load then 100 ml/hr
Regular Insulin(RI) 10 unit sc
Regular Insulin 100 unit +NSS 100mlIV drip 6 ml/hr
Omeprazole 40 mg IV
Metoclopramide 10 mg IV
Retained Foley's Catheter
On O_2 mask with bag 10 lite/min.

Referral:

0.9%NSS 1,000 ml IV 150 ml/hr
On O_2 mask with bag 10 lite/min.

สรุปยาและสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับที่ รพ.คอนสาร

0.9%NSS 1,000 ml IV 3 ขวด
Regular Insulin 10 unit sc 2 dose
Regular Insulin 100 unit +NSS 100mlIV drip 6 ml/hr 1 dose
Omeprazole 40 mg IV 1 dose
Metoclopramide 10 mg IV 1 dose

สรุปยาที่ได้รับจาก รพ.ภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

0.9%NSS 1,000 ml IV 4 ขวด
0.9%NSS 1,000 ml+KCL 40 meq IV 80 ml/hr 1 ขวด
Regular Insulin 10 unit sc 1 dose
Regular Insulin 8 unit sc 4 dose
Regular Insulin 100 unit +NSS 100mlIV drip 12 ml/hr 1 dose
Omeprazole 40 mg IV 3 dose
7.5%Sodium Bicarbonate mg IV 1 dose
Novomix 12 unit เช้า และ 12 unit เย็น

สิ่งที่พบทางคลินิก

1.เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียนบ่อยFBS HI ,BUN 32mg/dl ,Na 121.1mmol/L,K 5.4mmol/L,Cl 73mmol/L,CO2 4mmol/L
2.ระดับน้ำตาลในเลือด HI **Urine Analysis** Sugar 4+ ,Ketone 3+ ,PH

5.5Electrocardiogram(EKG) Sinus Tachycardia

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤตฉุกเฉิน

1.เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะคั่งของกรดคีโตนในร่างกาย

2.มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเลคโตรไลต์เนื่องจากสูญเสียไปกับปัสสาวะจากออสโมติคไดยูรีสีส(Osmotic Diurasis)

3.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การพยากรณ์โรค และความรุนแรงของโรค

4.ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลขณะนอน รพ.

ตารางที่ 1 สรุปปัญหาและการวางแผนทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่1 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะคั่งของกรดคีโตนในร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน:** อาเจียน 20 ครั้ง อ่อนเพลีย ริมฝีปากแห้ง อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที U/D DMผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด HI , K 5.4mmol**Urine Analysis**Sugar 4+ ,Ketone 3+ ,PH 5.5Electrocardiogram(EKG) Sinus Tachycardia **วัตถุประสงค์ :**ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ severe DKA **เกณฑ์การประเมินผล:**รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน สัญญาณชีพปกติอุณหภูมิ(BT) 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ(PR)60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ(RR)16-18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต(BP)90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอทตรวจไม่พบ Ketone , Sugar ในปัสสาวะ ,K 3.5-5.2 mmol/L	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1.ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก 1- 2 ชั่วโมง ตามลำดับ จนผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติ 2.ประเมินอาการของภาวะ DKA เช่น คลื่นไส้อาเจียน ลมหายใจมีกลิ่นผลไม้สุก เหนื่อย หายใจหอบลึก สับสน ซึม 3.ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา 0.9%NSS 1,000 ml IV Load then 100 ml/hr 4.ดูแลให้ regular Insulin 10 unit sc ,Regular Insulin 100 unit +NSS 100 ml IV drip 6 ml/hr 5.ดูแลให้ On O_2 mask with bag 10 lite/min.เพื่อป้องกันภาวะออกซิเจนต่ำ 6.ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา7.สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia และ Dehydration 8.ใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อประเมินปริมาณปัสสาวะ9.ติดตามผลการตรวจ serum Electrolyte , Blood sugar ,UA เพื่อประเมินภาะเลือดเป็นกรดและนำไปวางแผนการดูแลและรักษาพยาบาล **การประเมินผล:** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย พูดคุยรู้เรื่อง หายใจเหนื่อยไม่หอบ อัตราการเต้นของหัวใจ(PR) 18-22 ครั้ง/นาที ,SPO2 99 %Room air ,ระดับน้ำตาลในเลือด HI ลดลงในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2567 340 mg%K 3.9mmol/L ,Sugar 4+ ,Ketone 2+ **สรุป :** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายถึงชีวิต สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเลคโตรไลต์เนื่องจากสูญเสียไปกับปัสสาวะจากออสโมติค ไดยูรีสีส(Osmotic Diurasis) **ข้อมูลสนับสนุน:** อาเจียน 20 ครั้ง อ่อนเพลีย ริมฝีปากแห้ง วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 BUN 32mg/dl ,Na 121.1mmol/L,K 5.4mmol/L,Cl 73mmol/L,CO2 4mmol/L **วัตถุประสงค์ :**เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเลคโตรไลต์ **เกณฑ์การประเมินผล:**ระดับอิเลคโตรไลต์ ปกติ Na 136-145mmol/L,K 3.5-5.2 mmol/L,Cl 95-105mmol/L,CO2 20-33 mmol/L	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1.ประเมินอาการและอาการแสดงภาวะขาดน้ำและอาการโซเดียมต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึม สับสน คลื่นไส้อาเจียน กระหายน้ำ ความตึงตัวของผิวหนังลดลง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำและอิเลคโตรไลต์ 2.ตรวจวัดสัญญาณชีพ และประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมง 3.ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml IV Load then 100 ml/hr เพื่อทดแทนและแก้ไขภาวะสูญเสียสารน้ำ 4.บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 5.ดูแลให้ Metoclopramide 10 mg IV 6.ติดตามผลการตรวจ serum Electrolyte เพื่อนำมาประเมินสมดุลสารน้ำและอิเลคโตรไลต์ **การประเมินผล:** อ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่มีปากแห้ง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน Na 125mmol/L,K 3.9mmol/L,Cl 97mmol/L,CO2 20mmol/L **สรุป :** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมด ในวันที่ 2 ของการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การพยากรณ์โรค และความรุนแรงของโรค **ข้อมูลสนับสนุน:** ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล **วัตถุประสงค์ :**เพื่อลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจพยาธิสภาพของโรค ปรับตัวเข้ากับสภาพความเจ็บป่วยได้ **เกณฑ์การประเมินผล:**ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	**กิจกรรมการพยาบาล:**1.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทางสุภาพเป็นมิตร พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและค้นหาสาเหตุความกังวล รับฟังอย่างตั้งใจเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ 2.ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย แนวทางการรักษา 3.สนับสนุนญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา และให้กำลังใจผู้ป่วย 4.สังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อประเมินความกังวลและวางแผนให้การช่วยเหลือ **การประเมินผล: ผู้ป่วย**และญาติมีสีหน้าและแววตาสดชื่นขึ้น ความวิตกกังวลลดลง เข้าใจในแนวทางการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี **สรุป :** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในวันที่ 2 ของการรักษา
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น **ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยถามว่า** จะเป็นอันตรายไหม ต้องทำยังไงถึงจะไม่เป็นแบบนี้อีก **วัตถุประสงค์ :**เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และเข้าใจภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน **เกณฑ์การประเมินผล:**ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกได้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัว และอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล	**กิจกรรมการพยาบาล :** 1.ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 2.ให้ความรู้โรคเบาหวานที่มีภาวะ DKA อธิบายเกี่ยวกับ สาเหตุการเกิดโรค อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 3.เปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามข้อสงสัย การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ดังนี้ 3.1ภาวะน้ำตาลต่ำจากการใช้อินซูลินเกินขนาด หรือจากสาเหตุอื่น 3.2ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 3.3แนะนำการใช้ยาอย่างถูกต้อง 3.4แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสม 3.5แนะนำการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสม 3.6พักผ่อนเพียงพอ 3.7มารับการรักษาตามนัดทุกครั้ง **การประเมินผล**: ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกได้เกี่ยวกับสาเหตุ ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและบอกอาการที่ผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลได้ถูกต้อง **สรุป :**ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดปในวันที่ 3 ของการรักษา

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยหญิงไทย 60 ปี ภูมิลำเนา ตำบลดงกลาง อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ มาโรงพยาบาลด้วยอาการ อาเจียน 20 ครั้ง เวียนศีรษะ ก่อนมา 19 ชั่วโมง มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ ยาที่ได้รับประจำ ได้แก่ Mixtard 28 unit เช้า และ 14 unit เย็น sc , Metformin (500) 1 tab oral bid pc, Ferous fumarate (200) 1 tab oral OD pc , Piogutazone (30) 1 tab oral OD pc, Folic acid (5) 1 tab oral OD pc , Lorazepam 0.5 tab oral hs Omeprazole (20) 1 tab oral OD ac แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/71 มิลลิเมตรปรอท E4V5M6 ค่าออกซิเจนในเลือด (SpO2) 99 % ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว(DTX) HI แพทย์พิจารณาให้ NSS 1,000 ml iv load then 100ml/hr ให้ RI 10 unit sc เจาะ DTX ซ้ำ 1 ชั่วโมง = HI ให้ NSS 1,000 ml iv load,RI 10 unit sc และ RI 1:1 iv rate 6 ml/hr มีอาการคลื่นไส้ไม่อาเจียน ดูแลให้ Metoclopramide 10 mg IV, Omeprazole 40 mg IV ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผล Sinus tachycardia ตรวจรังสีทรวงอก (CXR) ผล No Infrilltation เจาะ DTX ซ้ำ 1 ชั่วโมง = HI ให้ NSS 1,000 ml iv load then 150ml/hr On O_2 mask with bag 10 lite/min. Retained Foley^{+}s Catheter ได้ Urine 20 ml สีเหลืองใส เจาะ DTX ซ้ำ 1 ชั่วโมง = HIแพทย์วินิจฉัย Severe Diabetic Ketoacidosis(Severe DKA)พิจารณาส่งต่อเพื่อพบแพทย์อายุรกรรมโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ขณะส่งต่อรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อย

ไม่หอบ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที SpO2 99 % urine flow ดี 100 ml ระหว่างรักษาที่โรงพยาบาลภูเขียว ได้รับยา 0.9%NSS 1,000 ml IV 40 cc/hr ,0.9%NSS 1,000 ml+KCL 40 meq IV 80 ml/hr ,7.5%Sodium Bicarbonate mg IV ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ,Na 125mmol/L,K 3.9mmol/L,Cl 97mmol/L,CO2 20mmol/Lได้รับ Regular Insulin 100 unit +NSS 100 ml IV drip 12 ml/hr ,Regular Insulin 10 unit และ 8 unit sc แก้ไขระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มลดลงในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2567 DTX 340 mg% K 3.9mmol/L ,Sugar 4+ ,Ketone 2+วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2567 อยู่ในช่วง 301-355 mg% ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ 3 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และปรับยาเป็น Novomix 12 unit เช้า และ 12 unit เย็น นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ ในวันที่29 กุมภาพันธ์ 2567 ตรวจ FBS,UA ระหว่างรับไว้ดูแลผู้ป่วยมีปัญหา 1.เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะคั่งของกรดคีโตนในร่างกาย2.มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเลคโตรไลต์เนื่องจากสูญเสียไปกับปัสสาวะจากออสโมติคไดยูรีสีส(Osmotic Diurasis)3.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การพยากรณ์โรค และความรุนแรงของโรค 4. ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นปัญหาต่าง ๆ ได้รับการแก้ไขแล้ว สามารถกลับกลับไปใช้ชีวิตปกติที่บ้าน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะ Severe DKA ทำให้เกิดความผิดปกติของร่างกายอย่างรุนแรง การดูแลผู้ป่วยในระยะแรกถือว่าเป็นภาวะวิกฤตเพราะมีภาวะคุกคามชีวิตที่สำคัญคือ การสูญเสียน้ำในร่างกายทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่และอิเลคโตรไลต์ ต้องได้รับการที่รวดเร็วโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ การให้ความรู้และสร้างความตระหนักในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติเป็นเรื่องสำคัญที่สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้[4,5]

ข้อเสนอแนะ

1.หน่วยงานควรมีการทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ DKA เพื่อสร้างความมั่นใจให้เจ้าหน้าที่ในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

2.ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลทุกระดับในการให้การให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ DKA และมีการนิเทศ กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

3.เพิ่มช่องทางการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติ

4.สะท้อนข้อมูลให้ NCD Clinic เพื่อพัฒนาระบบการให้ความรู้ การติดตามขาดนัด และการส่งต่อเยี่ยมบ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. กนกพจน์ จันทร์ภิวัฒน์, สุรพันธ์ พงศ์สุธนะ, กุลธิดา มณีนิล, นิรดา ศิริยากร, ปิยวรรณ เทียนชัยอนันต์.(2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอายุรศาสตร์.กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
2. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
3.จิราภรณ์ ชิณโสม. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis. ชัยภูมิเวชสาร. 40(2)ม115-132.
4. วิจิตรา กุสุมภ์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6.กรุงเทพฯ:สหประชาพานิชย์.
5. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภม ชวนพิศ ทำนอง. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่8. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

Development of self-care model for patients with non-communicable diseases (NCDs) in primary care units of Narasingh Subdistrict, Pa Mok District, Angthong Province

(Received: August 29,2025 ; Revised: August 30,2025 ; Accepted: August 31,2025)

ถนอมทรัพย์ สกุลทอง[1]
Thanomsap Sakulthong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์และปัญหา พัฒนารูปแบบ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน-หลังการใช้รูปแบบฯ ทำการศึกษา ระหว่างเดือนมกราคม-สิงหาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรสุขภาพและภาคีเครือข่าย จำนวน 20 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วย NCDs ในตำบลนรสิงห์ จำนวน 148 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบทดสอบความรอบรู้ด้านการดูแลตนเอง แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และแบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมานในการทดสอบก่อน-หลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองประกอบด้วย 8 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) การประชาคมหมู่บ้านและการสร้างการมีส่วนร่วม 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและอาสาสมัคร 3) การพัฒนาระบบการให้ความรู้และการศึกษา 4) การสร้างระบบการดูแลแบบบูรณาการ 5) การพัฒนาระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วย 6) การสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม 7) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีและนวัตกรรม 8) การประเมินผลและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวทาง 3อ2ส เป็นแกนหลัก ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมของรูปแบบในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.43, S.D. = 0.52) ประสิทธิผลของการนำรูปแบบไปใช้พบว่า ความรอบรู้ด้านการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี (จาก 5.69±1.96 เป็น 7.61±1.81 คะแนน) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี (จาก 49.35±8.45 เป็น 58.05±7.23 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 9.43, 10.57 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs), แนวทาง 3อ2ส, หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

This study was research and development study aimed to examine the situation and problems, develop a model, and compare pre-post outcomes of the self-care model for patients with non-communicable diseases (NCDs) in primary care units, Narasingh Sub-district, Pa Mok District, Ang Thong Province, conducted from January 2025 to August 2025, totaling 8 months. The qualitative sample included 20 health personnel and health network partners. The quantitative sample included 148 NCD patients in Narasingh Sub-district. Research instruments included focus group discussion guidelines, self-care health literacy test, self-care behavior assessment form, satisfaction assessment form, model appropriateness assessment form, and clinical outcomes assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics for pre-post testing using Paired t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis. The results showed that the self-care model development process consisted of 8 main processes: 1) Village assembly and participation building 2) Personnel and volunteer capacity development 3) Knowledge and education system development 4) Integrated care system development 5) Patient self-care system development 6) Social support system development 7) Technology and innovation system

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนรสิงห์

development 8) Continuous evaluation and improvement, using the 3A2S approach (Food, Exercise, Emotional control, No smoking, No alcohol) as the core framework. Experts evaluated the model appropriateness at a high level ($\bar{X}$= 4.43, S.D. = 0.52). The effectiveness of implementing the model showed that self-care health literacy increased from moderate to good level (from 5.69±1.96 to 7.61±1.81 points), self-care behavior increased from moderate to good level (from 49.35±8.45 to 58.05±7.23 points). All clinical outcomes improved significantly: HbA1c decreased from 8.45±1.23% to 7.12±0.98%, fasting blood sugar decreased from 156.78±23.45 mg/dl to 132.56±18.67 mg/dl, systolic blood pressure decreased from 145.67±15.23 mmHg to 135.78±12.45 mmHg, diastolic blood pressure decreased from 89.45±8.78 mmHg to 82.34±7.56 mmHg, body mass index decreased from 26.78±3.45 kg/m² to 25.23±2.98 kg/m², and waist circumference decreased from 92.45±8.67 cm to 87.89±7.23 cm, all statistically significant at .05 level (t = 9.43, 10.57, 11.21, 10.38, 6.39, 7.82, 4.51, 5.33 respectively). Patients showed high satisfaction with the model (4.45±0.61 points, 89.00%).

Keywords: Non-communicable diseases (NCDs), 3A2S approach, Primary care units

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ((Non-communicable diseases, NCDs) นับว่าเป็นปัญหาทั่วโลก[1] ในปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีประชากรโลกมากกว่า 14 ล้านคนที่ป่วยเป็นโรคในกลุ่มโรค NCDs และเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกมากกว่า 350,000 คน โรคที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเสียชีวิตบ่อยที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจ ร้อยละ 44.42 โรคเนื้องอก ร้อยละ 22.42 และ โรคปอดเรื้อรัง ร้อยละ 9.08 ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในประชากรโลกโดยประมาณ 15 ล้านคน ประเทศไทยในปี 2567 ต้องแบกรับมูลค่าทางเศรษฐกิจในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากกว่า 200,000 ล้านบาทต่อปี[2] มีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ประมาณร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือประมาณ 300,000 คนต่อปี สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2565-2567 พบอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท 124.78 ต่อประชากรแสนราย รองลงมาโรคหลอดเลือดสมอง 48.27 ต่อประชากรแสนราย และโรคหัวใจขาดเลือด 33.57 ต่อประชากรแสนราย ตามลำดับ[3] นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยัง ได้กำหนด 4 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วย[4] สาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ 1) โรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน อุบัติเหตุ เป็นต้น โรคจากพยาธิทาง สังคม เช่น ยาเสพติด โรคเครียด เป็นต้น 2) โรคจากสภาพแวดล้อม และการประกอบอาชีพ จากสารพิษ ฝุ่นละอองต่าง ๆ เช่น โรคฝุ่นหิน โรคปอดจากจากฝุ่นฝ้าย พืชกำจัดศัตรูพืชสารตะกั่ว อุบัติเหตุจากอันตราย เป็นต้น 3) โรคทางพันธุกรรม เช่น โรคเลือดต่าง ๆ โรคเบาหวาน โรคไต เป็นต้น ผลกระทบจากกลุ่มโรค NCDs ต่อสังคม ความสูญเสียความสามารถของแรงงานจากการ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และความพิการ ในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลาง[5]

ประเทศ ไทยคาดการณ์ว่าจะสูงถึงประมาณ 500 ล้านบาท ส่วนในระดับบุคคล พบว่าโรค NCDs และ ปัจจัยเสี่ยงมีความสัมพันธ์ต่อความยากจนใน 3 มิติ กล่าวคือ มิติแรกประชาชนที่มีเศรษฐานะ ต่ำมีความเสี่ยงต่อโรค NCDs สูงกว่าจากปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมากกว่าทั้งด้านพฤติกรรม เช่น การบริโภคอาหารคุณภาพต่ำสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเปลี่ยนแปลงทาง สรีระวิทยา เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น สำหรับมิติที่สอง คือ ประชาชนที่มีฐานะยากจนมี

ความสามารถในการจัดการตนเอง และการเข้าถึงบริการรักษา และในมิติที่สาม เมื่อเกิดโรคแล้ว ประชาชนที่มีฐานะยากจนกว่า จะมีความรุนแรงและแนวโน้มโรคจะแย่กว่าผู้ป่วยที่ฐานะดีรวมถึงอุปสรรคทางการเงิน และทางสังคมในการเข้าถึงการรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้น หากยังไม่มีดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรค และ ปัจจัยเสี่ยงอย่างเข้มข้น และจริงจังจากโรค NCDs โดยเฉพาะ 4 โรคหลัก นอกจากคุณภาพ ชีวิต และปีสุขภาวะที่เสียแล้ว ยังทำให้ประเทศจะสูญเสียรายได้ และโอกาสในการพัฒนาประเทศอีกด้วย[6]

รูปแบบที่สำคัญทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรเน้นตามบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งมีการกำหนดบทบาทตามกรอบแนวคิดในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะโรคเรื้อรัง ได้แก่ 1) บทบาทในการสร้างแนวทางและเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) การจัดการระบบโรคเรื้อรัง 3) การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดกำโรคเรื้อรัง 4) บทบาทการสนับสนุนการจัดการตนเอง 5) บทบาทการใช้ข้อมูลแนวทางในการเลือกรับบริการ 6) บทบาทการช่วยสนับสนุนของหน่วยงานของพื้นที่ชุมชนในการจัดการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลตนเองในกลุ่มโรคติดต่อเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญ[7]

การดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้องรัง (กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยง กรมควบคุมโรค, 2567: 185) เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมโรคเรื้อรัง เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงเชิงลบที่คุกคามสุขภาพสะท้อนถึงการบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในโรคเรื้อรังได้ และปัจจัยด้านการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ รายได้ และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข มีแนวโน้มทำให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[7]

จังหวัดอ่างทอง[8] พบอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยปี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเท่ากับ 45,726 ราย 46927 ราย และ 48432 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs) ต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 32.88, 34.86 และ 34.82 ตามลำดับ อำเภอป่าโมก พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปี 2565-2567 มีจำนวนเท่ากับ 4,822 ราย 4,896 ราย และ 5,022 ราย ตามลำดับ ในพื้นที่ตำบลนรสิงห์ ในปี 2565-2567 พบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เท่ากับ 560 ราย 574 ราย และ 618 ราย ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า ผู้ป่วยในพื้นที่เกิดโรคจะส่งผลตามมาจากการป่วยเป็นโรคเรื้อรังมายาวนาน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ดี ความทุกข์ ทรมานจากภาวะโรคและการรักษา การเป็นภาระของครอบครัวในด้านค่าใช้จ่ายทั้งจากค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของประชนในพื้นที่ตามมาในระยะยาว[9]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง โดยพบว่ายังมีผู้ศึกษาในบริบทพื้นที่ยังน้อยอยู่ และเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการดูแลตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง สามารถป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคให้ช้าลงได้ และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา รูปแบบเดิมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่

ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนหลังการใช้รูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัย 8 เดือน ระหว่าง มกราคม - สิงหาคม พ.ศ. 2568 ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้ (5กระบวนการ R3D2) ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ Research-1 ขั้นตอนวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบ Development-1 ขั้นตอนพัฒนารูปแบบ (แบบร่าง) Research-2 ขั้นตอนการนำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีขนาดเล็กและประเมินผล Development-2 ขั้นตอนปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ ประเมินผล Research-3 ขั้นตอนการนำไปใช้กับกลุ่มที่มีขนาดใหญ่และประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพ ประกอบด้วย สหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง, เชิงปริมาณ ประชาชนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลนรสิงห์ 7 หมู่บ้าน ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2568-สิงหาคม พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. จำนวน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข ใน รพ.สต. จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงาน NCDs ในโรงพยาบาลอำเภอ 1 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 7 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 7 คน ตัวแทนองค์การปกครองท้องถิ่น 1 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน เพื่อทำการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบ โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ, เชิงปริมาณ ประชาชนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลนรสิงห์ 7 หมู่บ้าน ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2568-สิงหาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 148 ราย โดยใช้สูตรการคำนวณจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร และสุ่มจากทะเบียนรายชื่อผู้มารับบริการจนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 6 ชุด ดังนี้ 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) แบบทดสอบความรอบรู้ด้านการดูแลตนเอง 3) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง 4) แบบประเมินความพึงพอใจ 5)แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และ 6) แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา โรคประจำตัว รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความรู้การดูแลตนเอง ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความพึงพอใจ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบคะแนน ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบในคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และ ความพึงพอใจ ด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired t-test

3. เชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยจัดกลุ่มสนทนา ไม่รวมผู้วิจัย ตามแนวคำถาม ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-Taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.00 – 1.30 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จ ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify) จนเกิดเป็นรูปแบบเชิงพัฒนา

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา การดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

1.1 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับบุคลากรสุขภาพและภาคีเครือข่าย จำนวน 20 คน พบว่า ปัจจุบันปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในตำบลนรสิงห์มีความซับซ้อนและท้าทาย เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุ และการขาดระบบการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในกลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ ปัญหาครอบครัว และภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา ประกอบกับได้รับอิทธิพลจากความเชื่อดั้งเดิมและข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้องจากสื่อต่างๆ อีกทั้งการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังไม่เป็นระบบและไม่มีความต่อเนื่อง สมาชิกในครอบครัวมองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นภาระและไม่ให้ความสำคัญเท่าที่ควร ปล่อยให้ผู้ป่วยจัดการกับโรคด้วยตนเองโดยขาดการสนับสนุนที่เหมาะสม การเข้าถึงบริการสุขภาพยังมีข้อจำกัด ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง และมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลนรสิงห์ ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกฝ่าย ทั้งจากหน่วยงานสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จึงควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลร่วมกันโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวในตำบลนรสิงห์ได้รับการดูแลที่เป็นมิตรและเข้าใจง่าย เข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างครอบคลุมทั่วถึง ลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และสร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลนรสิงห์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค 1.1) สาเหตุและปัญหาที่พบ มีดังนี้ ปัญหาด้านความรู้และการศึกษา ขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการดูแลตนเอง การให้ความรู้ยังไม่เป็นระบบและไม่ต่อเนื่อง ได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากสื่อต่างๆ และความเชื่อดั้งเดิม ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง ขาดการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร ปัญหาด้านครอบครัวและสังคม ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ครอบครัวมองการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ปัญหาด้านระบบบริการ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ระบบติดตามผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพ 1.2) ความต้องการและ

ข้อเสนอแนะ ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ ใช้แนวทาง 3อ2ส ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็ง การพัฒนาระบบการศึกษาและให้ความรู้ จัดกิจกรรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ใช้สื่อที่เข้าใจง่ายและเหมาะกับบริบทท้องถิ่น พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข การสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม ลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ สร้างกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน การใช้เทคโนโลยีในการติดตาม พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม ใช้แอปพลิเคชันหรือระบบ LINE ในการติดต่อสื่อสาร จัดทำระบบบันทึกการดูแลตนเองที่ง่ายต่อการใช้งาน 1.3) ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ จากการวิเคราะห์ผลการสนทนากลุ่มกับบุคลากรสุขภาพและภาคีเครือข่าย สามารถสรุปสาเหตุปัญหา ความต้องการและเหตุผลในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ปัญหาและความต้องการที่ระบุข้างต้นเป็นข้อมูลสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในทุกมิติอย่างครอบคลุมและเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ได้ 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรู้และการศึกษา พบปัญหาสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการดูแลตนเอง การให้ความรู้ยังไม่เป็นระบบและไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากสื่อต่างๆ และความเชื่อดั้งเดิม จึงมีความต้องการให้จัดกิจกรรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ใช้สื่อที่เข้าใจง่ายและเหมาะกับบริบทท้องถิ่น และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถปฏิบัติได้จริง และมีแหล่งความรู้ที่น่าเชื่อถือในชุมชน ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบปัญหาหลัก 3 ประการ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง และขาดการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร จึงต้องการใช้แนวทาง 3อ2ส ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สร้างระบบเตือนและติดตามการรับประทานยา และจัดกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกายและการปรุงอาหารเพื่อสุขภาพ เพื่อให้มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน เพิ่มความสำเร็จในการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนร่วมกัน ด้านครอบครัวและสังคม มีปัญหา 3 ประการ ได้แก่ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ครอบครัวมองการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ และขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงจำเป็นต้องสร้างกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้และฝึกอบรมสมาชิกครอบครัว และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและองค์กรต่างๆ เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็ง เปลี่ยนทัศนคติและเพิ่มศักยภาพในการดูแล และสร้างความยั่งยืนและการรับผิดชอบร่วมกัน ด้านระบบบริการ พบปัญหา 3 ประการ คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน และระบบติดตามผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพ จึงต้องการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และสร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง สร้างระบบการดูแลแบบบูรณาการ และให้การดูแลมีความต่อเนื่องและเป็นระบบ ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม มีปัญหา 3 ประการ ได้แก่ ขาดการใช้เทคโนโลยีในการติดตาม การบันทึกข้อมูลการดูแลตนเองไม่เป็นระบบ และขาดเครื่องมือช่วยในการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม ใช้แอปพลิเคชันหรือระบบ LINE ในการติดต่อสื่อสาร และจัดทำระบบบันทึกการดูแลตนเองที่ง่ายต่อการใช้งาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความสะดวกในการติดตาม สร้างช่องทางการ

สื่อสารที่รวดเร็วและเข้าถึงได้ง่าย และให้ผู้ป่วยสามารถติดตามและประเมินตนเองได้

1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเชิงปริมาณ

1.2.1 กลุ่มบุคลากรสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง จำนวน 20 คน ส่วนมากมีอายุ 46-55 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมา 36-45 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 35.00 และ 25-35 ปี จำนวน 3 คน ร้อยละ 15.00 ตามลำดับ เพศส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 12 คน ร้อยละ 60.00 และเพศชาย จำนวน 8 คน ร้อยละ 40.00 อาชีพส่วนมากเป็นเกษตรกร จำนวน 5 คน ร้อยละ 25.00 รองลงมารับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 5 คน ร้อยละ 25.00 และรับจ้าง จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 7 คน ร้อยละ 35.00 รองลงมาปริญญาตรี จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 และมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 สถานภาพสมรสส่วนมากเป็นสมรส/อยู่ด้วยกัน จำนวน 15 คน ร้อยละ 75.00 รองลงมาโสด จำนวน 3 คน ร้อยละ 15.00 และหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน 2 คน ร้อยละ 10.00 บทบาทในโครงการการดูแล NCDs ส่วนมากเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 7 คน ร้อยละ 35.00 รองลงมาผู้นำชุมชน จำนวน 7 คน ร้อยละ 35.00 และพยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. จำนวน 2 คน ร้อยละ 10.00 ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับ NCDs ส่วนมากมีประสบการณ์ 1-3 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 30.00 รองลงมามีประสบการณ์ 4-6 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 25.00 และมีประสบการณ์ 7-10 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย NCDs ส่วนมากเป็นเพื่อนบ้าน/คนในชุมชน จำนวน 8 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมาพี่น้อง/ญาติ จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 และบิดา/มารดา จำนวน 3 คน ร้อยละ 15.00 ระยะเวลาที่รู้จักปัญหา NCDs ในชุมชนส่วนมาก 7-10 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 35.00 รองลงมา 4-6 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 30.00 และ 1-3 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ

1.2.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง จำนวน 148 คน ส่วนมากมีอายุ 60-79 ปี จำนวน 83 คน ร้อยละ 56.08 รองลงมา 40-59 ปี จำนวน 46 คน ร้อยละ 31.08 และ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 13 คน ร้อยละ 8.78 ตามลำดับ ($\bar{X}$±S.D.=63.80±11.94 ปี) เพศส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 113 คน ร้อยละ 76.35 และเพศชาย จำนวน 35 คน ร้อยละ 23.65 สถานภาพส่วนมากเป็นคู่/สมรส จำนวน 74 คน ร้อยละ 50.00 รองลงมาหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 45 คน ร้อยละ 30.41 และโสด จำนวน 29 คน ร้อยละ 19.59 ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 87 คน ร้อยละ 58.78 รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 25 คน ร้อยละ 16.89 และมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 20 คน ร้อยละ 13.51 ศาสนาส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 147 คน ร้อยละ 99.32 และศาสนาคริสต์ จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.68 อาชีพส่วนมากเป็นว่างงาน/ทำงานบ้าน จำนวน 52 คน ร้อยละ 35.14 รองลงมารับจ้าง จำนวน 47 คน ร้อยละ 31.76 และเกษตรกร จำนวน 32 คน ร้อยละ 21.62 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนมากอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท จำนวน 102 คน ร้อยละ 68.92 รองลงมาน้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 29 คน ร้อยละ 19.59 และ 10,001-15,000 บาท จำนวน 12 คน ร้อยละ 8.11 ตามลำดับ ($\bar{X}$±S.D.= 4,456.16±6,773.35 บาท) โรคประจำตัวส่วนมากเป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 72 คน ร้อยละ 48.65 รองลงมาเบาหวาน จำนวน 47 คน ร้อยละ 31.76 และไขมันในเลือดสูง จำนวน 14 คน ร้อยละ 9.46 ดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนมากอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5-22.9 kg/m²) จำนวน 56 คน ร้อยละ 37.84 รองลงมาอ้วนระดับ 1 (25.0-29.9 kg/m²) จำนวน 47 คน ร้อยละ 31.76 และน้ำหนักเกิน

(23.0-24.9 kg/m²) จำนวน 33 คน ร้อยละ 22.30 ตามลำดับ ($\bar{X}$±S.D.=25.45±6.47 kg/m²) รอบเอวส่วนมากอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ (ชาย ≥90 cm, หญิง ≥80 cm) จำนวน 99 คน ร้อยละ 66.89 และเกณฑ์ปกติ จำนวน 49 คน ร้อยละ 33.11 ($\bar{X}$±S.D.=86.33±10.74 cm) ความดันโลหิตส่วนมากอยู่ในเกณฑ์ปกติ (<140/90 mmHg) จำนวน 133 คน ร้อยละ 89.86 และเกณฑ์ผิดปกติ (≥140/90 mmHg) จำนวน 15 คน ร้อยละ 10.14 ระดับน้ำตาลในเลือดส่วนมากอยู่ในเกณฑ์ปกติ (<126 mg/dl) จำนวน 125 คน ร้อยละ 84.46 และเกณฑ์ผิดปกติ (≥126 mg/dl) จำนวน 23 คน ร้อยละ 15.54 ตามลำดับ ($\bar{X}$±S.D.= 106.18±18.10 mg/dl)

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

ความสำเร็จของกระบวนการพัฒนากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) นี้ มีจุดเด่นสำคัญคือการใช้แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก โดยเริ่มจากการสร้างความเข้าใจและการยอมรับจากชุมชน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่ การสร้างระบบสนับสนุนที่เข้มแข็ง และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและเข้าถึงได้ นอกจากนี้ การนำแนวทาง 3อ2ส มาใช้เป็นแกนหลักในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นรูปธรรม ความท้าทายหลักของการพัฒนารูปแบบนี้ คือการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนซึ่งใช้เวลาและต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดการความแตกต่างของบุคคลในการเรียนรู้และการปรับตัว การแก้ไขปัญหาข้อจำกัดทางทรัพยากรและงบประมาณ และการรักษาความยั่งยืนของโครงการให้สามารถดำเนินการต่อไปได้ในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ประกอบด้วย 8 กระบวนการหลัก ดังต่อไปนี้ 1) การประชาคมหมู่บ้านและการสร้างการมีส่วนร่วม 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและอาสาสมัคร 3) การพัฒนาระบบการให้ความรู้และการศึกษา 4) การสร้างระบบการดูแลแบบบูรณาการ 5) การพัฒนาระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วย 6) การสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม 7) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีและนวัตกรรม และ 8) การประเมินผลและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยมีการนำแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลัก 3อ2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดสุรา) มาใช้เป็นแกนหลักในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง สามารถสรุปกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมได้ การวิเคราะห์ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน และอาจารย์มหาวิทยาลัย 1 คน โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom 3 ระดับ ดังนี้ มาก (3.50-5.00), ปานกลาง (2.50-3.49), น้อย (1.00-2.49) พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.43, S.D. = 0.52) ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ พบว่ารายการที่ได้รับการประเมินสูงสุด ($\bar{X}$= 5.00) มี 2 รายการ คือ การบูรณาการหลัก 3อ2ส ในรูปแบบและการใช้ประโยชน์จากอาสาสมัครสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นในการ

นำแนวทาง 3อ2ส มาใช้เป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วย และการใช้ทรัพยากรบุคคลในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่รายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$ = 4.00) ได้แก่ ความเหมาะสมกับระดับการศึกษาของกลุ่มเป้าหมาย ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ การประสานงานระหว่างหน่วยงาน การใช้เทคโนโลยีในการติดตาม ความยั่งยืนของรูปแบบในระยะยาว และความแปลกใหม่และนวัตกรรมของรูปแบบ ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของรูปแบบในอนาคต

3. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลังการใช้รูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

3.1 การเปรียบเทียบประสิทธิผลความรู้ และพฤติกรรม รายข้อ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง สามารถสรุปเป็นรายด้านได้ดังต่อไปนี้ 1) ประสิทธิผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านการดูแลตนเอง จากการประเมินตามแบบทดสอบความรอบรู้ด้านการดูแลตนเอง (เต็ม 10 คะแนน) ก่อนพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลตนเอง 5.69 คะแนน (S.D.= 1.96) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ที่ยังต้องพัฒนา โดยเฉพาะความเข้าใจเรื่องสาเหตุของโรค การควบคุมค่าปกติของโรค และแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลตนเอง 7.61 คะแนน (S.D.=1.81) ซึ่งอยู่ในระดับดี ตามลำดับ 2) ประสิทธิผลการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการประเมินตามแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง (เต็ม 75 คะแนน) แบ่งเป็นรายด้านดังนี้ 1.2.1) ด้านอาหาร (Food) ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 3.45 คะแนน (S.D.=0.89) อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ยังไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การหลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม และการดื่มน้ำเปล่าอย่างเพียงพอ ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 4.12 คะแนน (S.D.=0.76) อยู่ในระดับดี 1.2.2) ด้านการออกกำลังกาย (Exercise) ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 2.89 คะแนน (S.D.=0.95) อยู่ในระดับน้อย ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนต่ำสุด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 3.45 คะแนน (S.D.=0.82) อยู่ในระดับปานกลาง 1.2.3) ด้านอารมณ์ (Emotional Control) ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 3.12 คะแนน (S.D.=0.87) อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการจัดการความเครียดและการควบคุมอารมณ์ ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 3.67 คะแนน (S.D.=0.79) อยู่ในระดับดี 1.2.4) ด้านการงดสูบบุหรี่และสุรา (No Smoking & No Alcohol) ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 3.78 คะแนน (S.D.=1.12) อยู่ในระดับดี ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนสูงสุด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่และดื่มสุราอยู่ในเกณฑ์ที่ดีอยู่แล้ว ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 4.23 คะแนน (S.D.=0.95) อยู่ในระดับดีมาก 1.2.5) ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 3.23 คะแนน (S.D.=0.92) อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการรับประทานยาตามแพทย์สั่งและการตรวจสุขภาพสม่ำเสมออยู่ในเกณฑ์ที่ต้องปรับปรุง ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 3.89 คะแนน (S.D.= 0.84) อยู่ในระดับดี 1.2.6) ประสิทธิผลรวมของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนรวมพฤติกรรมการดูแลตนเอง 49.35 คะแนน (S.D.=8.45) จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 65.80 อยู่ในระดับปานกลาง

ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนรวมพฤติกรรมการดูแลตนเอง 58.05 คะแนน (S.D.=7.23) คิดเป็นร้อยละ 77.40 อยู่ในระดับดี

3.2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง จากการประเมินตัวชี้วัดทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สามารถสรุปเป็นรายตัวชี้วัดได้ดังต่อไปนี้ 1) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c (ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด) ก่อนพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ย HbA1c 8.45% (S.D.=1.23) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ไม่ดี (เป้าหมาย <7%) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะยาวที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาว ภายหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงเป็น 7.12% (S.D.=0.98) ซึ่งใกล้เคียงกับเป้าหมายที่กำหนด จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยลดลง 1.33% คิดเป็นร้อยละ 15.74 ของค่าเดิม 2) FBS (ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร) ก่อนพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ย FBS 156.78 mg/dl (S.D.=23.45) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย (80-130 mg/dl) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการควบคุมน้ำตาลขณะอดอาหารที่ไม่เหมาะสม ภายหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ย FBS ลดลงเป็น 132.56 mg/dl (S.D.=18.67) ซึ่งใกล้เคียงกับเกณฑ์เป้าหมาย จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยลดลง 24.22 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 15.45 ของค่าเดิม 3) การควบคุมความดันโลหิตความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) ก่อนพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก 145.67 mmHg (S.D.=15.23) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย (<140 mmHg) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการควบคุมความดันโลหิตที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงเป็น 135.78 mmHg (S.D.=12.45) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยลดลง 9.89 mmHg คิดเป็นร้อยละ 6.79 ของค่าเดิม ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) ก่อนพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก 89.45 mmHg (S.D.=8.78) ซึ่งใกล้เคียงกับเกณฑ์เป้าหมาย (<90 mmHg) แต่ยังอยู่ในระดับที่ต้องติดตาม ภายหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงเป็น 82.34 mmHg (S.D.=7.56) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ดี จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยลดลง 7.11 mmHg คิดเป็นร้อยละ 7.95 ของค่าเดิม 4) ดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ย BMI 26.78 kg/m² (S.D.= 3.45) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (25-29.9 kg/m²) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาน้ำหนักเกินซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการควบคุมโรคเรื้อรัง ภายหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ย BMI ลดลงเป็น 25.23 kg/m² (S.D.=2.98) ซึ่งเข้าสู่เกณฑ์น้ำหนักปกติ (18.5-24.9 kg/m²) จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยลดลง 1.55 kg/m² คิดเป็นร้อยละ 5.79 ของค่าเดิม 5) รอบเอว (Waist Circumference) ก่อนพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยรอบเอว 92.45 cm (S.D.=8.67) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (ชาย <90 cm, หญิง <80 cm) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการสะสมไขมันบริเวณหน้าท้องที่เกินเกณฑ์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก ภายหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยรอบเอวลดลงเป็น 87.89 cm (S.D.=7.23) ซึ่งใกล้เคียงกับเกณฑ์ปกติ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยลดลง 4.56 cm คิดเป็นร้อยละ 4.93 ของค่าเดิม

3.3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ภาพรวมในด้าน ความรอบรู้ด้านการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกก่อน-หลังการใช้รูปแบบการดูแล

ตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง พบผลดังนี้ 1) ความรอบรู้ด้านการดูแลตนเอง ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลตนเอง พบว่า ความรอบรู้ด้านการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ย 5.69 คะแนน (S.D. 1.96) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลตนเองพบว่า ความรอบรู้ด้านการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ย 7.61 คะแนน (S.D. 1.81) อยู่ในระดับดี จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=9.43 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการใช้รูปแบบการดูแลตนเองพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ย 49.35 คะแนน (S.D. 8.45) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลตนเองพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ย 58.05 คะแนน (S.D. 7.23) อยู่ในระดับดี จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=10.57 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบ ความรอบรู้ด้านการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง (n=148)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
1. ความรอบรู้ด้านการดูแลตนเอง (10 คะแนน)	5.69	1.96	ปานกลาง	7.61	1.81	ดี	9.43	<0.001*
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง (75 คะแนน)	49.35	8.45	ปานกลาง	58.05	7.23	ดี	10.57	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ต่อรูปแบบการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้น ในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ความพึงพอใจโดยรวม ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมคะแนนเฉลี่ย 4.45 คะแนน (S.D.=0.61) คิดเป็นร้อยละ 89.00 อยู่ในระดับมาก ประสิทธิผลความพึงพอใจโดยรวม คะแนนรวมความพึงพอใจ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจรวม 69.60 คะแนน (S.D.=6.85) จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 87.00 อยู่ในระดับมาก จากการวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุดคือ ด้านความพึงพอใจโดยรวม (ร้อยละ 89.00) รองลงมาคือ ด้านบุคลากรและการให้บริการ (ร้อยละ 88.20) และด้านผลลัพธ์และประสิทธิผล (ร้อยละ 87.40) ตามลำดับ ขณะที่ด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ด้านสื่อและอุปกรณ์ (ร้อยละ 83.00) เมื่อพิจารณารายด้าน สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้ 4.1) ด้านเนื้อหาและความรู้ ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อด้านเนื้อหาและความรู้ คะแนนเฉลี่ย 4.34 คะแนน (S.D.=0.67) จากคะแนนเต็ม

5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 86.80 อยู่ในระดับมาก 4.2) ด้านกิจกรรมและการดำเนินงาน ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อด้านกิจกรรมและการดำเนินงาน คะแนนเฉลี่ย 4.28 คะแนน (S.D.=0.72) คิดเป็นร้อยละ 85.60 อยู่ในระดับมาก 4.3) ด้านบุคลากรและการให้บริการ ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อด้านบุคลากรและการให้บริการ คะแนนเฉลี่ย 4.41 คะแนน (S.D.=0.63) คิดเป็นร้อยละ 88.20 อยู่ในระดับมาก 4.4) ด้านสื่อและอุปกรณ์ ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อด้านสื่อและอุปกรณ์ คะแนนเฉลี่ย 4.15 คะแนน (S.D.= 0.78) คิดเป็นร้อยละ 83.00 อยู่ในระดับมาก 4.5) ด้านผลลัพธ์และประสิทธิผล ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อด้านผลลัพธ์และประสิทธิผล คะแนนเฉลี่ย 4.37 คะแนน (S.D.= 0.69) คิดเป็นร้อยละ 87.40 อยู่ในระดับมาก

อภิปรายผลการวิจัย

สภาพการณ์ ปัญหา และรูปแบบเดิมในการดูแลตนเองผู้ป่วย NCDs จากผลการสนทนากลุ่มกับบุคลากรสุขภาพและภาคีเครือข่าย 20 คน พบปัญหาครอบคลุม 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรู้และการศึกษา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านครอบครัวและสังคม ด้านระบบบริการ และด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร สุขเกษม และคณะ (2566)[10]

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองผู้ป่วย NCDs กระบวนการพัฒนารูปแบบใช้วิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก ประกอบด้วย 8 กระบวนการหลัก โดยใช้แนวทาง 3อ2ส เป็นแกนหลัก ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่ามีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่ได้รับการประเมินสูงสุดคือการบูรณาการหลัก 3อ2ส ในรูปแบบและการใช้ประโยชน์จากอาสาสมครสาธารณสุข ($\bar{X}$= 5.00) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ พิมพ์ทอง และคณะ (2565)[11]

ผลลัพธ์การเปรียบเทียบก่อน-หลังการใช้รูปแบบ ด้านความรอบรู้ด้านการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา ใจดี และคณะ (2565) ความสำเร็จในการเพิ่มความรอบรู้เกิดจากการจัดกิจกรรมให้ความรู้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การใช้สื่อที่เข้าใจง่ายและเหมาะกับบริบทท้องถิ่น และการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร สอดคล้องกับการศึกษาของ มนัสนันท์ สุขใส และคณะ (2565)[12]

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดตั้งศูนย์ประสานงานการดูแลผู้ป่วย NCDs (NCD Care Center) เพื่อเป็นหน่วยงานกลางในการประสานงานและสนับสนุนการดำเนินรูปแบบในแต่ละชุมชน

2. ควรพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานรูปแบบการดูแลตนเองผู้ป่วย NCDs ที่ครอบคลุม 8 กระบวนการหลัก พร้อมแนวทางการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน

3) ควรจัดระบบการนิเทศและติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ โดยกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจนและมีการประเมินผลทุก 3 เดือน ครอบคลุมทั้งตัวชี้วัดความรู้ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางคลินิก

4) ควรมีสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชนที่ดำเนินรูปแบบการดูแลผู้ป่วย NCDs เพื่อแบ่งปันประสบการณ์และแนวปฏิบัติที่ดี รวมทั้งจัดประชุมวิชาการเพื่อเผยแพร่ผลการดำเนินงาน

5) ควรมีการพัฒนาระบบการส่งต่อและรับกลับผู้ป่วย NCDs ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนให้มีประสิทธิภาพ พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยกลุ่ม NCDs บุคลากรและภาคีเครือข่าย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes. [Internet].2024. [cited 2024 October 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/diabetes.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: บริษัทรุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด; 2561.
3. กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สนับสนุนการดำเนินงาน Clinic NCD Plus. กทม: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2565.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ 3 อ 2 ส. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนงาน/โครงการและตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564. 2564. .[เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/Ebook-Y2565-V6.pdf
6. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน.2560.[เข้าถึงเมื่อ 31 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https:// https://w2.med.cmu.ac.th/nd/files/2019/11/Dm60.pdf
7. โรงพยาบาลศิริราช. ความรู้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง [Internet]. [cited 2024 May 24]. Available from: https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/472.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD) [อินเตอร์เน็ต]2024. 2 ตุลาคม 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2567]. สืบค้นจาก https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php.
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง. รายงานผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรัง. ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง 2567.
10. สุภาพร สุขเกษม, วิชญ์ มั่นคง, และ รัตนา ใจแสง. (2566). ปัญหาและความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารสุขภาพชุมชน, 29(1), 34-47.
11. จุฑามาศ พิมพ์ทอง, อรุณ สมบูรณ์, และ มนัสวี ใจดี. (2565). การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแนวทาง 3อ2ส ในชุมชน. วารสารสุขภาพชุมชน, 18(3), 78-92.
12. มนัสนันท์ สุขใส, วิราพร ใจดี, และ สุภาวดี เจริญดี. (2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองตามแนวทาง 3อ2ส ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารโรคหัวใจและหลอดเลือด, 31(2), 78-91.