Journal of Research and Health Innovative Development

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

วารสาร วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

Journal of Research and Health Innovative Development

eISSN : 2774-0404

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

Vol.5 No.1 January – April 2024

วารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ
Journal of Research and Health Innovative Development
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
Roi-Et Provincial Public Health office

1. เพื่อส่งเสริมผลงานวิชาการและนวัตกรรมทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนและนำเสนอบทความวิชาการ
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
3. เพื่อให้มีวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานสากล

กำหนดการตีพิมพ์ : ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

กำหนดออก : เดือนมกราคม พฤษภาคม และกันยายน

คณะกรรมการวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ที่ปรึกษา :

นายแพทย์สุรเดชช ชวะเดช	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสุชาดา ฑีฆายุพันธุ์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายประวุฒิ ละครราช	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางพัชรา ชมภูวิเศษ	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายประจวบ จำลองเพ็ง	นิติกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ว่าที่ พ.ต.ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บรรณาธิการ :

นายแพทย์นิสิต บุญอะรัญ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รก. นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

กองบรรณาธิการ :

แพทย์หญิงรัชฎาพร สีลา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลหนองฮี
ทันตแพทย์สุรศักดิ์ โกมาลย์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจังหาร
ทันตแพทย์นฤพร ชูเสน	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพนมไพร
นางนริศรา พันธุ์ศิลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเชียงขวัญ
ดร.มะลิวรรณ อังคณิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.สุภารัตน์ ทัพโพธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักรพิมาน
ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
เภสัชกรพิทยาภรณ์ ซิมเมอร์มันน์	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ
ดร.ประภาศรี ทุมะลา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

กองบรรณาธิการจากภายนอก :

ดร.ธีรยุทธ อุดมพร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ประยูร วงศ์จันทรา	คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.อารี บุตรสอน	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.สมบัติ อัปมระกา	สถาบันวิจัยวลัยรุกขเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.อรทัย พงษ์แก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.อรุณ บุญสร้าง	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.วิโรจน์ เซมรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ดร.เพ็ชรบูรณ์ พูลผล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
อาจารย์บุญเรือง ศิรินาม	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.วิภาดา จันทร์มณฑล	นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดธนบุรี

ฝ่ายจัดการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด :

ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ดร.ประภาศรี ทุมะลา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวชลธิดา แสงมะณี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวเดือนเพ็ญ แก้วประสาร	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

พิมพ์ที่ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 273 ถนนเทวาภิบาล ตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 45000 โทรศัพท์ 0-4351-1754 ต่อ 121 โทรสาร 0-4351-1087

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

คำแนะนำสำหรับการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำทั้งนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

การเตรียมบทความต้นฉบับ

ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word for Windows โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน 3 ซม. ด้านล่าง 2.54 ซม. ขอบซ้าย 3 ซม. และขอบขวา 2.54 นิ้ว พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น อยู่ด้านบนขวาห่างจากขอบบน 2 ซม. จำนวนเนื้อหาไม่เกิน 10 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง)

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กะทัดรัด และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา (ไม่ใช้คำย่อ) ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด Font คือ 16 points ตัวหนาโดยพิมพ์ชื่อเรื่องอยู่ตรงกลาง

ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) ขนาด Font คือ 14 point ตัวหนา ด้านขวาของกระดาษ และระบุชื่อ ที่อยู่หน่วยงานหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์มือถือ รวมทั้ง E-mail ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ (Abstract) (Abstract) เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (Purpose) รูปแบบการวิจัย (Study design) วัสดุและวิธีการวิจัย (Materials and Methods) ผลการวิจัย (Main finding) และสรุป และข้อเสนอแนะ (Conclusion and recommendations) ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ (Keywords) (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาบทความ โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ

บทความวิจัย

ประกอบด้วย

บทนำ เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้รู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์การวิจัย ในส่วนท้ายของบทนำ

วิธีดำเนินการวิจัย ระบุรูปแบบการวิจัย เช่น Randomized double blind, Descriptive หรือ Quasi-experiment บอกประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ผลการวิจัย แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

วิจารณ์ แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็น

เช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่า ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้เป็นประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

ตาราง ภาพและแผนภูมิ บทความเรื่องหนึ่ง ๆ ไม่ควรมีตาราง หรือภาพมากเกินไป จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตารางหรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน ภาพที่ใช้ควรเป็นภาพขาว-ดำและมีความชัดเจนสูง อาจเป็นไดอะแกรม ภาพวาด ภาพถ่ายหรือกราฟที่ทำจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แม้จะใส่ภาพในบทความแล้ว ก็ควรส่งแยกไฟล์ต่างหากร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ ในกรณีที่ต้องการระบุคำขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือให้จัดทำเป็นย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และสนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น

เอกสารอ้างอิง เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจะใช้เป็นตัวเลขวางบนไหล่บรรทัดท้ายประโยค (ระบบ Vancouver) เรียงลำดับก่อนหลังตามที่ปรากฏในเนื้อเรื่องส่วนรายชื่อของเอกสารที่ใช้อ้างอิงนั้น จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

แบบฟอร์ม

ชื่อเรื่อง(ภาษาไทย)

(TH Sarabun PSK 16 pt ตัวหนา)

ชื่อเรื่อง(ภาษาอังกฤษ)

(TH Sarabun PSK 16 pt ตัวหนา ขึ้นต้นคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่)

ชื่อผู้วิจัย(ภาษาไทย).....*

(TH Sarabun PSK 14 pt ตัวหนา ชิดขวา)

ชื่อผู้วิจัย(ภาษาอังกฤษ).....

(TH Sarabun PSK 14 pt ตัวหนา ขึ้นต้นชื่อและสกุลด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ชิดขวา)

Corresponding author: E-mail: .....(TH Sarabun PSK 14 pt ตัวธรรมดา ชิดขวา)

บทคัดย่อ (TH Sarabun PSK 16 pt)

วัตถุประสงค์ : .....

รูปแบบการวิจัย : .....

วัสดุและวิธีการวิจัย : .....

ผลการวิจัย : .....

สรุปและข้อเสนอแนะ :.....

คำสำคัญ : .....; .....; .....

*ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงานหรือสังกัด

Abstract

Purpose : .....

Study design : .....

Materials and Methods : .....

Main findings : .....

Conclusion and recommendations : .....

Keywords : .....; .....; .....

---

*ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงานหรือสังกัด (ภาษาอังกฤษ TH Sarabun PSK 14 pt)

บทนำ

.....

.....

วัตถุประสงค์การวิจัย

.....

.....

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

.....

.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

.....

.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

.....

.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล

.....

.....

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

.....

.....

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

.....

.....

ผลการวิจัย

.....

.....

ตารางภาพและแผนภูมิ จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตาราง หรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน

วิจารณ์

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

กิตติกรรมประกาศ

.....

.....

เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver)

1. .....

.....

2. .....

.....

3. .....

.....

หมายเหตุ : ต้นฉบับบทความควรมีความยาว 10-15 หน้า

สารบัญ

หน้า

ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโดยการจัดการรายกรณี ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด 17
Effectiveness of Intermediate Care for Stroke Patients through Case Management of Atsamat District Health Service Network Roi Et Province
นภัสภรณ์ เชิงสะอาด, วรรณิสา บังลือ

ความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้าน และการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม 27
The Relationship between Secondhand Smoke Exposure in Household and Respiratory Tract Infection of under Five Years Old Children, Detudom Crown Prince Hospital
สุรศิษฏ์ โล้เจริญรัตน์

การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครพนม 35
The Study of Health Promotion Behavior among Buddhist Monks in Nakhon Phanom Province
สุพัตรา หนูอินทร์

การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ 44
The development of health care model for elderly people with hypertension through family and Community participation in Nakhu Subdistrict, Nakhu district, Kalasin province
รัตน์สุดา จิตระวัง

การพัฒนารูปแบบการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน ขนาด F2 จังหวัดร้อยเอ็ด สู่การปฏิบัติ 53
Development and Implementation of a Model of Outpatient Nursing Standards in F2 Community Hospital, Roi Et Province
ปทุมทิพย์ สุ่มมาตย์

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยการกำกับของญาติ 69
The effect of a case study program on behavioral health modification for diabetic patients who cannot control blood sugar level by supervision of their relatives
จิราพร คงทอง

การพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ โดยใช้โปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้ของโรงพยาบาล ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร 79
Development of Revenue Collection System Using a Receivable Claim Management (RCM) Progam in Health Network, Mukdahan Province
สุทิน สลางสิงห์

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 92
Effects of Nursing Practice Guideline for Anesthesia in Open Heart Surgery Patients at Roi Et Hospital
รัชดาพร ชื่นชม, กัญญาณัฐ เกิดชื่น

การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) จังหวัดสกลนคร 105
Development of Prevention Systems of Road Traffic Accidents by District Health Board Mechanisms, Song Dao District, Sakon Nakhon Province
ละมัย หลักทอง

ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียงที่บ้านในโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด 117
Effects of Supportive-Educative Program on the Ability of Caregivers to Manage the Nutritional Status Homebound and Bedridden patients Elderly at Home in Nong-Hi Hospital, Roi-Et
ณัฐชา รอบดูดี

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก ของเครือข่ายสุขภาพตำบลทรายมูล จังหวัดสกลนคร 128
The Effects of an Elderly Heath promoting Behaviors Program for Early Dementia Prevention Sai Mun District Health Network, SaKon Nakhon
ตองอ่อน สายคำภา

การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลหนองแสง และเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดอุดรธานี 141
Development of Fast Track Service System for Patients with Stroke in Nong Saeng Hospital and Health Service Network, Udon Thani
มนัส สุวรรณบุตร

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลธวัชบุรี 153
Development of Care Systems for Sepsis in Emergency Room Thawatburi Hospital
พรรณา ชุมพลอโนมคุณ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประชาชน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี 163
Factors influencing the rational antibiotic use behavior of people receiving outpatient services in Khao Yoi Hospital Phetchaburi Province
กัลย์ชิสา เตชะเรืองภิรมย์

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือด ของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 173
Effects of Self-Management Program on Health Behavior and Serum Lipid Level among Individuals with Dyslipidemia
นุสกร เนืองษา, วนิดา วงษ์ตา, ชวนพิศ เสิกนาค, ประภัสสร เกตุศรี

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนาระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารักษา และการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี 185
Development of Initial Assessing the Traumatic Head Injury Patients and Nursingat Emergency and Forensic Unit Phen Hospital, Udonthani
สิรินลักษณ์ พาบุ

การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรี 197
The Development of Discharge Planning Model for Stroke Patients with Intermediate Care in Inpatient Ward at Thawatchaburi Hospital
จันทร์เมือง ทนงยิ่ง, รัตนาภรณ์ อุปแก้ว, ดวงกมล สุขบาล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด 212
Development of Health care system for patients Diabetes Types 2 in Srisomdet district, Roi-Et
จันทร์ศรี เหลือผล, นิติพร หานนท์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง : กรณีศึกษา 2 ราย 226
Nursing Care for Patients with End Stage Renal Disease form Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : Case study 2 Case
ณิชชารีย์ ภูมิพาณิชย์ชัย

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย และเครือข่าย 235
The Development of Control Prevention and Surveillance System on New Pulmonary Tuberculosis Patients and House Contacts in Pho Chai Hospital and Health Network
นัชรีวรรณ สีหานาม, ธิดาวัลย์ ทาพรมมา, ภัทรีพร ภูมิฐาน

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบตามการรับรู้ของมารดาในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย 248
Effect of Individual Education Program on Child Care Behaviors Perceived by Mothers of Children Aged under 5 Years with Pneumonia in Pho Chai Hospital
ธนิยา กุสุมาลย์, ปาลิกา มลาไสย์, จิราวรรณ ขามอาราม

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย 260
The Effects of Pre-operative Preparing Surgery Program on Anxiety and Practices of one day Surgery : ODS in Kasetwisai Hospital
มยุรา ศรีศิลป์

การวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมง หลังคลอด ในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 273
Research and Development of Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevent of 2-24 hours Postpartum Hemorrhage, PhonThong Hospital, Roi-Et
จันทร์เพ็ญ ชินคำ, บุญรัตน์ เกตุวร, ราตรี พลเยี่ยม

การปฏิบัติการพยาบาลและอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 285
Nursing practice and barriers to preventing pneumonia from ventilator use in Roi Et Hospital
เบ็ญจวรรณ คำแหงพล

รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน 298
A Model for Managing the Problems Caused by Non-safety Use of Medication in the Community
กัลยาณี อาชาสันติสุข

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย 313
Nursing Care of Patient Stroke : 2 Case Study
จินตนา สุดสะอาด

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ 328
สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง
Development of a Discharge Planning With Empowerment Enhancement Model
for Elderly Patients with Pneumonia, Thung Khao Luang Hospital
สุวรรณา เวียงนนท์

การพัฒนาระบบและกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม 342
ของพหุเครือข่ายอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด
The Development of a System and Mechanisms Road Safety Management
in Community on Multinetwork Changhan District, Roi-Et
ประชาญ เจริญถนอม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมและมีภาวะแทรกซ้อน 353
ทางไตและหัวใจ: พหุกรณีศึกษา
Nursing care of hypertensive patients with comorbidities and
kidney and heart Complications: A multi-case study
พิศมัย นิลสุ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย: กรณีศึกษาผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ 2 ราย 362
Nursing care for patients with end-stage renal disease :
A case study of two patients in Rajanurakon
สมหวัง นันตะก้านตง

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีการใช้สารแอมเฟตามีน: กรณีศึกษา 2 ราย 376
Nursing Care for Mothers after Caesarean Section due Severe Preeclampsia with use Amphetamine: Case study 2 Case
ฐิภัทรวีณ ธนรินณิรัชญ์

การส่งเสริมการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 390
Promoting Health Management of the Elderly with Chronic Diseases: A case study of dependent elderly people
ณกานต์ ศิริศักดิ์เกษม

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง: กรณีศึกษา 2 ราย 400
Nursing Care for Preeclampsia with severe features : Two Case Studies
อรุณี วิชิต

การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อหินวัดด้วยเครื่องวัดความดันลูกตาแบบ Noncontact tonometer และเครื่องวัดความดันลูกตาแบบ Tonopen tonometer ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการมองไม่ชัดที่มีภาวะโรค ซับซ้อน : กรณีศึกษา 2 ราย 410
Nursing care of patients glaucoma measured with Noncontract tonometer and Tonopen tonometer in patients with blurred vision with complicated disease : 2 cases study
พิสมัย สัตนาโค

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่ต้องการดูแลความยุ่งยากซับซ้อน : กรณีศึกษา 2 ราย 421
A Nursing care for cataract surgery patients who want to take care of complexities : 2 cases study
กฤติยา แสงเนตร

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหาร 433
The Development of Risk Managing in Nursing System
in Inpatient Department, Changhan Hospital
สมพิศ ขจรมณี

การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 445
ในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย
The Development of Triage Patients Model by Emergency Nurses
in Emergency Department at Kaset wisai Hospital
ญวนใจ มุมกลาง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 457
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง
Development of a Care Patients with Respiratory Infection at Emergency
and Forensic Unit, Bandung crown prince Hospital
วัชรียา โภคเสถียร

ผลของโปรแกรมการสอนที่มีต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต 470
ของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหืด ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนทอง
The Effect of Education Program on Knowledge, Self-Care Behavior and Quality
of Life in Adults with Asthma in Out Patient
Department of Phonthong Hospital
พรเพ็ญ โพดาพล

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเครียดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลตติยภูมิ 481
Related Factors with Stress in Pregnancy at Tertiary care center
อติพร ไชยวงค์

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม 498
The Development of Self- management to change behavior for Uncontrolled Diabetic Patients in Nadoon Hospital, Maha Sarakham Province
ฐญา ธนบดีวิวัฒ, รุจิรา ไชยรงศรี

ผลลัพธ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV/AIDS โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด 513
Outcomes and Factors Related to Antiretroviral Therapy in HIV/AIDS Patients Phonsai Hospital, Roi-Et Province
วัชรานันท์ เกษโข, คนึงนิตย์ อาจพรม

รูปแบบการจัดการบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก 529
Nursing Service Management Model for Quality and Safe in Patients with Humeral Fractures Receiving A Cast at The Orthopedic Outpatient Examination Room
รานีวรรณ์ จันทรวารีย์, รุ่งรัตน์ เนตรโสภา

การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมดแบบผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง และผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก: กรณีศึกษา 2 ราย 548
Nursing Care of Uterine Fibroid Patients Undergoing Total Hysterectomy and Cervical Dissection with open Abdominal Surgery and Laparoscopic Surgery: 2 Case Studies
ดวงใจ นิ่มวัฒนกุล

การพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 563
Development of Prevention and Control System on Tuberculosis among Household of TB Contacts in Selaphum Health Public Network, Roi-Et Province
ศรัณญา แก้วคำลา

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย 576
Development of Nursing Care for Sepsis Patients System with Collaboration in Multidisciplinary Team, Kaset wisai, Roi-Et
ธนพร หนองพล

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือดและช็อกจากการติดเชื้อที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย 586
Nursing Care of the Severe Sepsis and Septic Shock Patients with Acute Respiratory Failure : 2 case studies
ปรเมษฐ์ นามชู

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลศรีสมเด็จ 603
Development of Guideline Model for Sepsis patients at Srisomdet Hospital
วราพร ประมังคะตา

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม 624
Development of Caring for Alcohol dependent patients system at Na Chueak Distric, Mahasarakham Province
ธีรชาติ ศุภสระ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะซับซ้อน กรณีศึกษา 2 ราย 642
Nursing Care Patients of CA Brest with Complication 2 Cases Study
อุรารัตน์ จำลองเพ็ง

ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโดยการจัดการรายกรณี ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

Effectiveness of Intermediate Care for Stroke Patients through Case Management of Atsamat District Health Service Network Roi Et Province

นภัสภรณ์ เชิงสะอาด* วรรณิสา บังลือ**
Napatsaporn Choengsa-ard* Wannisa Banglue**
Corresponding author: E-mail: Proy2521@gmail.com
(Received: November 20, 2023; Revised: November 28, 2023; Accepted: January 2, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาแนวทางและพัฒนาประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโดยการจัดการรายกรณี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ร่วมวิจัยเป็นสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 40 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง 72 คน และผู้ดูแล 68 คน ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย แบบประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การสังเกต และบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง มี 5 ขั้นตอน 1) ประเมินสภาพปัญหาเพื่อจัดการรายกรณี 2) ประสานสหวิชาชีพร่วมดูแลและวางแผนจำหน่าย 3) ดูแลผู้ป่วยและ Training ผู้ดูแล 4) ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล 5) ประสานชุมชนในการดูแลต่อเนื่อง ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยรายกรณีส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามบริบทการเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลเฉพาะ ผู้ดูแลมีความพร้อมและมั่นใจในการดูแล กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลส่งผลให้การวางแผนจำหน่ายไม่สามารถทำได้ ต้องประสานเครือข่ายในการส่งผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยทำประชาคมร่วมกับ อปท. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. และ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย และสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมทุกเดือนจนครบ Golden periods จากการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและปิดเคสได้ (79.17%) มีอาการทรงตัวส่งต่อการดูแลระยะยาว (12.50%) มีอาการแย่ลงและเสียชีวิต (8.33%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลไม่สามารถวางแผนจำหน่ายได้ จากข้อจำกัดของครอบครัว ต้องใช้พลังชุมชนในการร่วมดูแลผู้ป่วยโดยการทำประชาคม ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการจำหน่ายผู้ป่วยเพราะต้องรอความพร้อมของชุมชนที่จะรับดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง; การดูแลระยะกลาง; การจัดการรายกรณี

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ **พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

ABSTRACT

Purposes : To study the guidelines and develop the effectiveness of mid-term stroke care through case management.

Study design : Participatory Action Research

Material and Methods : The study participants included 40 multidisciplinary personnel involved in the care, 72 intermediate stroke patients, and 68 caregivers. Data was collected from patient medical records, Barthel activities of daily living, observation, and home visits records from January to September 2023. Data were analyzed using percentage statistics and content analysis.

Main finding : Guidelines for intermediate care for stroke patients include 5 processes: 1) Assess the problem condition to manage each case. 2) Coordinate with multidisciplinary care and plan for discharge. 3) Take care of the patient and train caregivers. 4) Evaluate the patient's readiness for self-care and caregivers. 5) Coordinate the community for continuous care. The effectiveness of care in patients receiving specific problems, and appropriate care according to their illness context and specific care needs. Caregivers are ready and confident in providing care. In cases where the patient doesn't have a caregiver, resulting in discharge planning not being possible. The network must be coordinated in sending patients for continuous care in the community, and multidisciplinary visits every month until the Golden period is complete. It's found that 79.17% had improved and closed the cases, 12.50% had stable conditions and were referred to Long Term Care, and 8.33% had worse and died.

Conclusion and recommendation : Patients can't plan for discharge due to family limitations. The power of the community must be created. This takes time to discharge because they have to wait for the community's readiness to take care of the patient.

Keyword : Stroke ; Intermediate care ; Case management

* Registered Nurse Professional Level **Registered Nurse Practitioner Level, Atsamat Hospital.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิตและอันดับ 3 ของความพิการ จากการสำรวจในปี พ.ศ.2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อแสนประชากร) แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (58.00%) มากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (42.00%) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (69.00%) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560-2563 พบอัตราตายต่อแสนประชากรจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ[1] โรคหลอดเลือดสมองหรือที่เรียกว่าอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือทางการแพทย์เรียกว่า Stroke เป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงถึงขั้นเสียชีวิต และแม้ว่าจะไม่เสียชีวิตแต่ทำให้เกิดความพิการระยะยาว ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม[2] ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเนื้อสมองที่ขาดเลือดและระยะเวลาที่ขาดเลือดไปเลี้ยง ได้แก่ 1) ผลกระทบต่อร่างกายเมื่อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดจะสูญเสียหน้าที่ในการสั่งการ อาการแขนขาซีกอ่อนแรงหรืออัมพาต มีปัญหาในการสื่อสาร และความจำระยะสั้นหรือความพร่องด้านความทรงจำ พฤติกรรม อารมณ์ 2) ผลกระทบต่อจิตใจและสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งแสดงอาการแตกต่างไปแล้วแต่ละบุคคล 3) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและครอบครัว ทำให้แบบแผนของการดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปทั้งบทบาทและหน้าที่ โดยจะต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพปกติให้ได้มากที่สุด และจะต้องมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาเพิ่มมากขึ้น[3] เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนผ่านพ้นภาวะวิกฤตต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในระบบการดูแลระยะกลางหรือการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) คือการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการผ่านพ้นวิกฤตและมีอาการคงที่แล้วแต่ยังมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วน ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายโดยบุคลากรทางสุขภาพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด หรือพยาบาล ในช่วงเวลาสำคัญช่วงแรกหลักจากออกจากโรงพยาบาล (เป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนแต่ไม่เกิน 6 เดือน) เพื่อลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพตลอดชีวิตหรือการถูกผลักให้เป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง[4] Intermediate care เป็น Service plan ที่จะช่วยเติมเต็มระบบบริการให้มีความสมบูรณ์โดยลดช่องว่างที่ขาดหายไประหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันในโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างดีจนรอดชีวิตแล้ว จะได้รับการประเมินและคัดกรองเข้าสู่การดูแลระยะกลางโดยทีมสหวิชาชีพในรูปแบบที่หลากหลายตรงตามความต้องการ เชื่อมโยงการดูแลแบบไร้รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับต่อเนื่องจนถึงชุมชนโดยสหวิชาชีพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง[5] จากปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณีถือเป็นหนึ่งในแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ[6] การจัดการรายกรณี (Case Management) เป็นกระบวนการจัดการที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เป็นประโยชน์สูงสุดหรือดีที่สุด โดยดำเนินการตั้งแต่การประเมิน วางแผน ดำเนินการประสานงาน การติดตามกำกับงาน และประเมินทางเลือกที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม มีการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน[7]

โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด มีการดำเนินงานตามนโยบาย Service plan สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) สถิติการให้บริการผู้ป่วย Stroke Intermediate care ในปี พ.ศ. 2562-2565 พบผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวน 47, 22, 19 และ 50 ราย ตามลำดับ

โดยพบว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ร้อยละ 12.77, 27.27, 26.32 และ 12.00 ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ร้อยละ 87.23, 72.73, 73.68 และ 88.00 ตามลำดับ[8] ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีภาวะพึ่งพาผู้ดูแล ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือบางรายเป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลตลอดเวลาตามสภาพปัญหาในแต่ละราย พยาบาลต้องมีความรู้และช่วยเหลือผู้ดูแลให้เกิดทักษะในการปฏิบัติเพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน รวมทั้งการเสริมพลังผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ซึ่งบทบาทของพยาบาลขณะดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในควรตระหนักว่าเมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการร่วมดูแลผู้ป่วย พยาบาลต้องมีทักษะและสมรรถนะในการสอนสาธิตการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้ถูกต้อง สื่อสารสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย มีการติดตามประเมินทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเป็นระยะ เพื่อให้สามารถปฏิบัติและดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลให้การพยาบาลพัฒนาปรับปรุงกระบวนการพยาบาลที่เหมาะสม ในผู้ป่วยแต่ละรายกรณี อันจะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดภาระของผู้ดูแลในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาแนวทาง และพัฒนาประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโดยการจัดการรายกรณี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)[9] โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ[10] ร่วมกับกระบวนการ PAOR ของ Kemmis & McTaggart[11] โดยมีวิธีการดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า (Input) 1) สหวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย จำนวน 40 คน 2) ระบบส่งต่อผู้ป่วย 3) ผู้ป่วย Stroke IMC ที่ส่งกลับจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 72 คน ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอาจสามารถ 3) ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 68 คน

2. กระบวนการ (Process)

Plan 1) รวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วย Stroke IMC ปี 2566 2) วิเคราะห์ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และ 3) วางแผนการดำเนินงาน IMC ให้มีประสิทธิภาพ

Action: 1) ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางร่วมกับสหวิชาชีพตามแผนที่วางไว้ 2) วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละรายกรณี เพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการ 3) วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยการให้ความรู้และสอนสาธิตการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลและประเมินความพร้อม ความมั่นใจ ความถูกต้องในการปฏิบัติ 4) ประสานเครือข่าย (รพ.สต. และชุมชน) เพื่อส่งต่อผู้ป่วยในชุมชน และ 5) เชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรม NEMO Care

Observe: 1) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับสหวิชาชีพประเมินความก้าวหน้าในการดูแล 2) สอบถามปัญหาจากผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละรายกรณีเพื่อให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการ

Reflection: 1) สรุปความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยและผลจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับสหวิชาชีพ 2) สะท้อนข้อมูลและปัญหาจากผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละรายกรณี

3. ผลผลิต (Output) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเหมาะสม ได้รับการฟื้นฟูมีอาการดีขึ้นสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

4. ผลลัพธ์ (Outcome) 1) คะแนน Barthel ADL index (BI) ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 2) สามารถปิด case ได้

ผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการเลือกแบบเจาะจง โดยเป็นสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 40 คน ประกอบด้วย แพทย์ 5 คน เภสัชกร 7 คน พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยใน 12 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้งานผู้ป่วยใน 5 คน พยาบาลจิตเวช

2 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน นักโภชนากร 2 คน แพทย์แผนไทย 3 คน พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 1 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง 72 คน และผู้ดูแลผู้ป่วย 68 คน ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานพยาบาลผู้ป่วยใน ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย

ระยะเวลาที่ทำการศึกษา ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม - เดือน กันยายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) เวชระเบียนผู้ป่วย ใช้ศึกษารายละเอียดของการเจ็บป่วยที่ส่งผลให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติโรคประจำตัว พฤติกรรมเสี่ยง การรักษาที่ได้รับ 2) แบบประเมินกิจวัตรประจำวันในการประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของผู้ป่วยแต่ละราย 3) แบบสังเกตการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของสหวิชาชีพ และสังเกตการปฏิบัติในการดูแลฝึกตนเองของผู้ป่วย และการฝึกปฏิบัติของผู้ดูแลในการ Training กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และ 4) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านสำหรับพยาบาลบันทึกความก้าวหน้าในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในแต่ละครั้ง พร้อมสภาพปัญหาต่างๆที่พบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน 1) วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางจากเวชระเบียนผู้ป่วย 2) วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ และ 3) สร้างแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโดยการจัดการรายกรณี

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน 1) ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่สร้างขึ้น 2) ร่วมกับผู้ดูแลในการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโดยการ Training กิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายกรณี และ 3) ร่วมดูแลให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต 1) สังเกตการปฏิบัติของทีมสหวิชาชีพในการ Training ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเอง 2) สังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการ Training และ 3) สังเกตผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล 1) ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายกรณี 2) ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วย 3) ประเมินส่วนขาดในการดูแลผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนการดูแลแต่ละรายกรณี และ 4) เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามความก้าวหน้าและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยและบันทึกผลการเยี่ยมในแต่ละครั้ง รวมระยะเวลา 6 เดือน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติร้อยละ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 23 ธันวาคม 2565 หมายเลขรับรอง COE 1222565

ผลการวิจัย

1) ผู้ป่วย Stroke IMC ที่เข้ารับการรักษาจำนวน 72 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (56.94%) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (70.83%) พบผู้ป่วยที่มีอายุน้อยที่สุด 27 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง (41.75%) โรคเบาหวาน (21.36%) โรคไขมันในเลือดสูง (10.68%) โรคหัวใจ (6.80%) โรคไต (3.88%) โรคตับ (0.97%) และไม่มีโรคประจำตัว (14.56%) ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเกิดจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ/ขาดยา (18.42%) สูบบุหรี่ประจำ (10.53%) ดื่มสุราทุกวัน (9.21%) ไม่ควบคุมอาหาร (5.26%) ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี (3.95%) และไม่พบปัจจัยเสี่ยงแต่เกิดโรค (65.79%) สภาพการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะพึ่งพา (ADL=16-20 คะแนน) (62.50%) รองลงมามีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (ADL=0-5 คะแนน) (20.83%) มีภาวะพึ่งพารุนแรง (ADL=6-10 คะแนน) (9.72%) และมีภาวะพึ่งพาปานกลาง

(ADL=11-15 คะแนน) (6.95%)

2) การดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้การพยาบาลดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามสภาพปัญหาและความเจ็บป่วยในแต่ละรายในการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาเฉพาะนั้น ผู้ป่วยจะไม่ได้มีปัญหาในการดูแลในกิจกรรมเดียว ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาในหลายระบบที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ ซึ่งจากการดูแลผู้ป่วย พบว่า มีผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องทำกิจกรรมให้มากกว่า 1 กิจกรรม เช่น 1) ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลในการให้อาหารทางสายยางร่วมกับใส่สายสวนปัสสาวะ 3 คน (4.17%) 2) ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลในการให้อาหารทางสายยางเพราะมีปัญหาในการกลืน 2 คน (2.78%) 3) ผู้ป่วยได้รับการเจาะหลอดลมที่คอร่วมกับใส่สายสวนปัสสาวะร่วมกับให้อาหารทางสายยางร่วมกับดูแลให้ออกซิเจน 1 คน (1.39%) 4) ผู้ป่วยได้รับการเจาะหลอดลมที่คอร่วมกับใส่สายสวนปัสสาวะร่วมกับให้อาหารทางสายยาง 1 คน (1.39%) 5) ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลทำแผลกดทับ 1 คน (1.39%) และผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูเรื่องการเคลื่อนไหวตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยโดยการทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องที่บ้าน (100.00%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้การพยาบาลและการดูแลฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่บ้านของผู้ดูแล

กิจกรรม	จำนวน(%)
ดูแลการเคลื่อนไหว	72(100.00)
ให้อาหารทางสายยาง	7(9.72)
ใส่สายสวนปัสสาวะ	5(6.94)
ดูแลท่อเจาะคอ	2(2.78)
ดูดเสมหะ	2(2.78)
ให้ออกซิเจน	1(1.39)
ดูแลแผลกดทับ	1(1.39)

สำหรับผู้ดูแลหลักจำนวน 68 คน เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว 40 คน (55.56%) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลส่งผลให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไม่สามารถวางแผนจำหน่ายได้ตามแผนการดูแลที่วางไว้ มีความยุ่งยากในการประสานผู้ดูแลเนื่องจากข้อจำกัดของครอบครัว เช่น ผู้ป่วยอาศัยอยู่คนเดียว สมาชิกในครอบครัวอยู่ในภาวะพึ่งพิง (ผู้พิการ) ผู้ดูแลเป็นผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยไม่เป็นที่ต้องการของครอบครัว (ครอบครัวไม่ต้องการรับภาระดูแล) ต้องใช้พลังของชุมชนในการร่วมดูแลผู้ป่วย โดยมีการทำประชาคมร่วมกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการจำหน่ายผู้ป่วยเพราะต้องรอความพร้อมของชุมชนที่จะรับดูแลผู้ป่วย ซึ่งในการจำหน่ายผู้ป่วยทุกรายต้องมีการประสานเครือข่ายในการส่งออกผู้ป่วยกลับชุมชนเพื่อรับการดูแลต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพจะออกติดตามเยี่ยมทุกเดือนครบตาม Golden Period (6 เดือน) ผลลัพธ์ในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/ชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/ชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ ออกเยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง (n=72)

สภาพผู้ป่วย	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6	ครั้งที่ 7	รวม
ดีขึ้น	10 คน	12 คน	7 คน	6 คน	3 คน	-	-	
ทรงตัว	23 คน	16 คน	16 คน	11 คน	12 คน	9 คน	7 คน	9 คน
แย่ลง	4 คน	1 คน	1 คน	1 คน	-	3 คน	2 คน	LTC
เสียชีวิต	-	2 คน	-	1 คน	-	-	3 คน	6 คน
ปิด case	35 คน	6 คน	5 คน	5 คน	3 คน	3 คน	-	57 คน
ต้องเยี่ยมต่อ	37 คน	29 คน	24 คน	18 คน	15 คน	12 คน	9 คน	

3) ผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและสามารถปิด case ได้ 57 คน (79.17%) ผู้ป่วยมีอาการทรงตัวประสานส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว (Long Term Care: LTC) 9 คน (12.50%) และผู้ป่วยมีอาการแย่ลงและเสียชีวิต 6 คน (8.33%) จากที่ครอบครัวตัดสินใจดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ไม่ส่งต่อการดูแลรักษาเมื่อผู้ป่วยอาการทรุดลง

วิจารณ์

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโดยการจัดการรายกรณีมีแนวทางการดูแลผู้ป่วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินสภาพปัญหาเพื่อจัดการรายกรณี 2) ประสานสหวิชาชีพร่วมดูแลและวางแผนจำหน่าย 3) ดูแลผู้ป่วยและ Training ผู้ดูแล 4) ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล และ 5) ประสานชุมชนในการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจรูญลักษณ์ ป้องเจริญ[6] ที่ศึกษาถึงบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองแตก กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราชที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลงมีความพิการน้อยที่สุดและป้องกันการเกิดซ้ำ โดยมีการจัดการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณีถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นกระบวนการประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการสุขภาพและชุมชน มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวมในทุกระยะของการเจ็บป่วย มีการจัดการเพื่อลดความแปรผันในกระบวนการรักษาผู้ป่วย มีการประสานให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากร เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพทั้งด้านคลินิกและค่าใช้จ่าย ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการส่งเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของดวงกมล สุวรรณ์ และคณะ[12] พบว่า การใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย เพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพิ่มความสามารถของญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวัน และเพิ่มความสามารถของญาติ/ผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสอดคล้องกับการศึกษาของอวยพร จงสกุล และคณะ[13] ซึ่งพบว่า รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง OIMCCE มีองค์ประกอบ (1) การกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ชัดเจนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ (Objectives) (2) การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ (Interdisciplinary team) (3) การบริหารจัดการ (Management) (4) การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก (Clinical practice) (5) การพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลและระบบการจำหน่ายผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ (Caregivers' ability) (6) การติดตามประเมินผลอย่างชัดเจนทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน (Evaluation and home visit) สำหรับประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยรายกรณีส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามบริบทการเจ็บ

ป่วยและความต้องการการดูแลเฉพาะ ผู้ดูแลมีความพร้อมและมั่นใจในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ ทองอร่าม และนิภาวรรณ สามารถกิจ[14] ซึ่งพบว่า การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี ความพร้อมในการดูแล ภาระในการดูแล และรางวัลจากการดูแลร่วมกันทำนายการปรับตัวของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 46.5 ตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวของญาติผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือภาระในการดูแลและความพร้อมในการดูแล ตัวแปรรางวัลจากการดูแลไม่สามารถทำนายการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการศึกษาเสนอแนะว่าบุคลากรสุขภาพควรประเมินความพร้อมในการดูแลและภาระในการดูแลของญาติก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อวางแผนดูแลส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวในการเป็นผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลส่งผลให้การวางแผนจำหน่ายไม่สามารถทำได้ ต้องประสานเครือข่ายในการส่งผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยทำประชาคมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย และสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมทุกเดือนจนครบ Golden periods จากการดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและปิดเคสได้ (79.17%) มีอาการทรงตัวส่งต่อการดูแลระยะยาว (12.50%) มีอาการแย่ลงและเสียชีวิต (8.33%) สอดคล้องกับการศึกษาของศีล เทพบุตร์[15] ซึ่งพบว่า ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ คือ ผู้ดูแล และ อสม.ขาดการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และขาดความรู้ทักษะและความมั่นใจในการดูแล หน่วยบริการสุขภาพไม่มีแนวทางในการดูแลที่บ้านที่มีรูปแบบที่ชัดเจน รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นเป็นการดูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาลและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ภิญโย และคณะ[16] ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพน้อย ผู้ดูแลและ อสม. ขาดความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแล เทศบาลและผู้นำชุมชนขาดการรับรู้สถานการณ์ปัญหา และหน่วยงานบริการสุขภาพ ไม่มีแนวทางในการดูแลที่บ้าน การพัฒนาการดูแลโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนของภาคีหุ้นส่วนในชุมชน ซึ่งมีลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาการดูแล จะขึ้นอยู่ตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การส่งเสริมศักยภาพในการดูแล และการสร้างการดูแลที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและตามระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่ครอบคลุมปัญหาหรือความต้องการที่หลากหลายมิติทั้งด้านสุขภาพ และด้านสังคม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชนมีความพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยที่มีปัญหาหลายระบบต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟู และพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลจนเกิดทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติ จำเป็นต้องมีการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมเป็นระยะซึ่งต้องมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและค้นหาผู้ดูแลหลักเพื่อ Training
2. ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลไม่สามารถวางแผนจำหน่ายได้จากข้อจำกัดของครอบครัว ต้องใช้พลังชุมชนในการร่วมดูแลผู้ป่วยโดยการทำประชาคม ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการจำหน่ายผู้ป่วยเพราะต้องรอความพร้อมของชุมชนที่จะรับดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการวิจัย และร่วมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลกหรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน. [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/all/02/180623
2. ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์. วันโรคหลอดเลือดสมองโลกหรือวันอัมพาตโลก (World Stroke Day). [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/all/02/180623
3. พัฒนา เศรษฐวัชราวนิช, วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ, ณิชมน หลำรอด, กิตติกาญจน์ ปานแดง. บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563;21(3):29-37.
4. สันติ ลาภเบญจกุล. Intermediate Care ดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูความจำเป็นสังคมผู้สูงวัยของไทย. [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: Hfocus; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2019/11/17988
5. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan). สมุทรสาคร: บอร์นทูบี พับลิชชิ่ง; 2562.
6. จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ. บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองแตก : กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. 2563;3:5-18.
7. อภิญญา จำปามูล. ระบบการจัดการรายกรณีกับการจัดการผลลัพธ์. [อินเตอร์เน็ต]. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก file:///C:/Users/Admin/Downloads/reader_com_07.pdf
8. NEMOCARE ROI-ET. รายงานการส่งเยี่ยมรายอำเภอกลุ่มผู้ป่วย IMC. [อินเตอร์เน็ต]. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: https://www.nemocare.net/nemocare_v2/index.php
9. Holter I M, Schwartz-Barcott D. Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing. J Adv Nurs. 1993;18:298-304.
10. Wu-on, W. System Theory. [Internet]. 2014. [cited 2022 September 30] Available from: https://poundtv5.blogspot.com/2014/10/system-theory.html
11. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong, Victoria: Deakin University; 1988.
12. ดวงกมล สุวรรณ์, วิภา แซ่เซี้ย, ประณีต ส่งวัฒนา. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารสภาการพยาบาล. 2561; 33(4):33-45.
13. อวยพร จงสกุล, ศิริพร สีสันต์, กัญญา เลี่ยนเครือ, ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563;39(3):454-71.
14. อุไรวรรณ ทองอร่าม, นิภาวรรณ สามารถกิจ. อิทธิพลของความพร้อมในการดูแล ภาระในการดูแล และรางวัลจากการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารกองการพยาบาล. 2562;46(3):88-102.
15. ศีล เทพบุตร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2563;17(3):112-24.

16. ปิยนุช ภิญโย, กิตติภูมิ ภิญโย, เพชรไสว ลิ้มตระกูล, สมศักดิ์ เทียมเก่า, จิราพร วรวงศ์, วิฑูรย์ เชื้อสวน และคนอื่นๆ. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2558;35(2):93-111.

ความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้าน และการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

The Relationship between Secondhand Smoke Exposure in Household and Respiratory Tract Infection of under Five Years Old Children, Detudom Crown Prince Hospital

สุรศิษฏ์ โล้เจริญรัตน์*
Surasit Locharoenrat
Corresponding author: Email: locharoenratsurasit@gmail.com
(Received: November 21, 2023; Revised: November 29, 2023; Accepted: January 3, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านและการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง คือ พ่อ แม่ หรือผู้ดูแล และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน 2566 ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และแบบสอบถามข้อมูลการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.84 และ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ สถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา : การเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=18.42, p<.001)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรนำผลวิจัยที่ได้ไปนำไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเสนอแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางแก้ไขและป้องกันการเกิดการเจ็บป่วยของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเด็กในวัยอื่นๆจากการสัมผัสกับควันบุหรี่มือสอง

คำสำคัญ : ควันบุหรี่มือสอง; โรคระบบทางเดินหายใจ; เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ABSTRACT

Purpose: To study the relationship between secondhand smoke exposure in household and respiratory tract infection of under five years old children.

Study design : This research is descriptive study.

Materials and Methods : The sample group was parents or caregivers and children under 5 years of age who were admitted to the pediatric ward. Detudom Crown Prince Hospital with respiratory disease Between 1 April and 30 September 2023, a purposive sampling of 90 peoples was selected by collecting data through interviews using questionnaires. Tools used questionnaire about exposure to secondhand smoke in the home of children under 5 years of age, IOC values were 0.84 and 0.86. The statistics used for data analysis were descriptive statistics. And analyze the relationship using Chi-square statistics.

Main findings : Respiratory illnesses in children under 5 years of age are related to exposure to secondhand smoke. Statistically significant (χ^2 = 18.42, p < .001)

Conclusion and recommendations : The research results should be used to provide basic information to those involved. To find solutions and prevention The incidence of illness in children under 5 years of age and children of other ages from exposure to secondhand smoke.

Keywords: Secondhand smoke; Respiratory tract infection; Children

*Medical Physician Professional Level, Detudom Crown Prince Hospital

บทนำ

การสูบบุหรี่คือหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ทุกสังคมทั่วโลกยังต้องเผชิญอยู่ จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีผู้เสียชีวิตราวๆ 6 ล้านรายต่อปี ในจำนวนนั้น พบว่า มากกว่า 5 ล้านรายเสียชีวิตเนื่องจากการเป็นผู้สูบโดยตรง และมากกว่า 6 แสนราย ไม่ได้เป็นผู้สูบด้วยตนเอง แต่เกิดจากการได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสอง และประมาณร้อยละ 80 ของประชากรที่สูบบุหรี่ทั่วโลกอาศัยอยู่ในประเทศด้อยพัฒนาถึงกำลังพัฒนา[1] สำหรับสถานการณ์การสูบบุหรี่ในประเทศไทยนั้นจากข้อมูลผลสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของประชากรไทย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ประจำปีพ.ศ.2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบจำนวนผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันคิดเป็นจำนวน 9.9 ล้านราย คิดเป็นอัตราการสูบบุหรี่คือร้อยละ 17.40 โดยแบ่งเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ จำนวน 8.7 ล้านราย และผู้ที่สูบเป็นครั้งคราว จำนวน 1.2 ล้านราย[2] และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ในปัจจุบัน พบว่า คนที่ไม่สูบบุหรี่ก็มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากบุหรี่ได้ โดยที่ไม่ต้องเป็นผู้สูบเอง แต่เกิดจากการได้รับควันบุหรี่จากสิ่งแวดล้อม หรือจากควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบซึ่งอยู่ในบริเวณเดียวกันที่เรียกว่า Environmental Tobacco Smoke (ETS) หรือควันบุหรี่มือสอง Second-hand Smoke (SHS) โดยควันบุหรี่มือสอง มี 2 ชนิด คือ คนสายหลัก (Main stream) หมายถึง ควันที่ผู้สูบดูดเข้าไปในปากแล้ว พูดออกมาและควันซ้ายข้างเคียง (Side stream) หมายถึง ควันที่ลอยออกจากปลายม้วนบุหรี่ที่วางไว้ส่วนใหญ่แล้วคนที่อยู่รออยู่ทั่วไปมาจากควันซ้ายข้างเคียงถึงร้อยละ 85.00 โดยควันบุหรี่ที่พ่นจากปากผู้สูบจะมีสารพิษน้อยลง เนื่องจากปอดของผู้สูบได้ดูดซึมสารพิษบางส่วนไว้แล้ว ดังนั้นควรบุหรี่ที่บุคคลใกล้เคียงกับ ผู้ที่สูบบุหรี่ได้รับเข้าไปที่แขวนสายข้างเคียงซึ่งมีปริมาณความเข้มข้นของสารพิษต่างๆสูงกว่าและมีขนาดเล็กกว่าวันสายหลักจึงสามารถลงในปอดได้ดีกว่า ในควันบุหรี่มือสองนั้นมีสารเคมีอยู่มากกว่า 4,000 ชนิด โดยมีสารเคมีอย่างน้อย 250 ชนิด ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ และมากกว่า 50 ชนิด ที่เป็นสารก่อมะเร็ง การได้รับควันบุหรี่มือสองแม้ในระดับต่ำก็สามารถทำให้เกิดอันตราย[3] ดังนั้น ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้ไม่แพ้ผู้สูบไม่ว่าจะเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหอบหืด โรคมะเร็งปอดและมะเร็งในส่วนอื่นๆ ของร่างกาย และจากการศึกษา พบว่าครึ่งหนึ่งของเด็กทั่วโลก หรือปริมาณ 850 ล้านคน ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านและในที่สาธารณะ องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าบุหรี่คร่าชีวิตประชากรโลกมากถึง 8 ล้านคนต่อปี ในจำนวนนี้ 1.2 ล้านคน คือ ผู้ที่สัมผัสกับควันบุหรี่มือสอง โดยประเมินว่าควันบุหรี่มือสองคร่าชีวิตเด็กมากถึง 65,000 รายต่อปี เด็กมีความเสี่ยงสูงกว่าร้อยละ 50-100 ที่จะพัฒนาโรคที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน เช่น โรคหอบหืดและการเสียชีวิตแบบฉับพลัน[4] และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีคนไทยหลายล้านคนได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน โดยพบร้อยละ 23.70 ของคนสูบบุหรี่มีการสูบในบ้าน หรือคิดเป็นทุก 10 ครัวเรือน จะมี 5 ครัวเรือนที่มีคนสูบบุหรี่ และมี 3 ครัวเรือนมีการสูบภายในบ้าน ทำให้มีเด็กไม่ต่ำกว่า 5 ล้านคนเป็นอย่างน้อย ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน สอดคล้องกับรายงานภาระทางเศรษฐศาสตร์และการพยากรณ์ โรคของเด็กก่อนวันวัยเรียน ปี พ.ศ. 2562 โดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ผู้สูบบุหรี่มีในบ้านก่อให้เกิดควันบุหรี่มือสอง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ด้วยภาวะหอบเฉียบพลัน ซึ่งร้อยละ 67 มีโอกาสเจ็บป่วยแบบฉุกเฉินซ้ำ และร้อยละ 32.00 มีอาการหนักจนต้องนอนโรงพยาบาล เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหอบเฉียบพลัน มีต้นทุนเฉลี่ยของการรักษา 1 ราย เท่ากับ 20,269 บาท ทั้งประเทศคิดเป็นค่าใช้จ่ายราว 779 ล้านบาท[5]

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีเป็นบุคคลที่มีความไวต่อการรับเชื้อในระบบทางเดินหายใจมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ทั้งยังเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจาก ร่างกายยังอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันโรคต่ำและที่สำคัญระบบทางเดินหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีมีความแตกต่างกับระบบทางเดินหายใจของผู้ใหญ่เนื่องจากเด็กเล็กมีลิ้นใหญ่ เมื่อเปรียบเทียบกับช่องปากของเด็ก จึงหายใจทางจมูกเป็นหลัก หลอดลม

ของเด็กยาวและขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่าผู้ใหญ่ มีต่อมเมือกในเยื่อบุทางเดินหายใจมากกว่าแตกกำจัดสิ่งคัดหลังได้ยากกว่าผู้ใหญ่ ท่อหลอดลมด้านซ้าย และด้านขวาทำมุมค่อนข้างน้อยกับแนวดิง ทำให้สำลักสิ่งแปลกปลอมได้ง่าย เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจะทำให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจได้มากขึ้น เช่น หอบหืดหลอดลมอักเสบและปอดบวม[3] และจากการศึกษาของ วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ[6] ได้ศึกษาการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านและการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ชุมชนช้างเผือก อ.เมือง จ.นครราชสีมา พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในชุมชนช้างเผือกมีการสัมผัสควันบุหรี่มือสองเป็นจำนวนมากและสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ และเนาวรัตน์ เจริญค้า[7] ศึกษาผลกระทบของควันบุหรี่มือสองต่อระบบทางเดินหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า จำนวนบุหรี่ที่สูบภายในบ้านต่อวันโดยสมาชิกครอบครัวของกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มศึกษามีสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่ขณะอุ้มเด็กมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 26 และร้อยละ 7 ตามลำดับ เด็กในกลุ่มศึกษารับสัมผัสควันบุหรี่มือสองภายในบ้านและนอกบ้านมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สรุปว่า เด็กที่รับสัมผัสสูดดมควันบุหรี่มือสองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางเดินหายใจส่วนล่างมากขึ้นเกือบ 4 เท่า

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด S จำนวน 350 เตียง เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายอุบลราชธานีโซน 4 ประกอบด้วย อำเภอน้ำยืน บุณฑริก นาจะหลวย ทุ่งศรีอุดม น้ำอุ่น และเดชอุดม จากแนวโน้มผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคระบบทางเดินหายใจในปี พ.ศ.2563-2565 ร้อยละ 22.50, 30.20 และ 44.50 ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ และจากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรในจังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีโซน 4 มีจำนวนผู้สูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 40.50 และพบว่ามีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่อาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 36.50[8] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจการศึกษาวิจัยเพื่อความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านและการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะนำไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเสนอแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางแก้ไขและป้องกันการเกิด การเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านและการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

วิธีดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านและการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ พ่อ แม่ หรือผู้ดูแล และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พ่อ แม่ หรือผู้ดูแล และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัย ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 90 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ หวัด หลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบ โดยไม่นับรวมถึงโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังทางเดินหายใจเช่น โรคปอดเรื้อรังโรคหอบหืด

2. ไม่พิการทางกายและจิตที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์

3. ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้แต่ละเดือน และแบบสอบถาม การเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจของเด็กในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และ 2) แบบสอบถามข้อมูลการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประกอบด้วยข้อมูลการสูบบุหรี่ของคนในบ้าน เช่น มีคนในบ้านสูบบุหรี่หรือไม่ ผู้สูบเป็นใคร ปริมาณการสูบในแต่ละวัน บริเวณที่สูบขนาดสูบมีเด็กต่ำกว่าห้าปีอยู่ด้วยหรือไม่

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ กุมารแพทย์, แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสารเสพติด และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.84 และ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

3. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากรใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการสัมผัส ควันบุหรี่มือสองกับการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจโดยใช้สถิติไคสแควร์

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี หนังสือเลขที่ SSJ.UB 2566-037 ลงวันที่รับรอง 10 พฤษภาคม 2566 มีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ก่อนขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยการลงลายมือชื่อ ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 คน เป็นเพศหญิง 80 คน (88.89%) และเป็นเพศชาย 10 คน (11.11%) อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-34 ปี 63 คน (70.00%) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นประถมศึกษา 56 คน (62.22%) มีสถานภาพสมรส 86 คน (95.56%) อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป 48 คน (53.33%) รายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000-15,000 บาท 48 คน (53.33%) ผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 72 คน (80.00%) และส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 2-3 ปี 49 คน (54.44%)

2. ความสัมพันธ์ของการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านและการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

จำนวนและร้อยละลักษณะการสูบบุหรี่ของคนในบ้าน พบว่า แต่ละครัวเรือนมีผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว 84 คน (93.33%) ในแต่ละครัวเรือนมีผู้สูบบุหรี่ อย่างน้อยหนึ่งคน มีจำนวน สูงถึง 74 คน (88.09%) ปริมาณบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันมากที่สุดเฉลี่ย 6-10 มวน (39.28%) ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ภายในบ้านจำนวน 42 คน (50.00%) และที่สำคัญส่วนใหญ่ของบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ สูบขณะมีเด็กอยู่ด้วย (61.90%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และลักษณะการสูบบุหรี่ของคนในบ้าน

ลักษณะการสูบบุหรี่	จำนวน(%)
ผู้ที่สูบบุหรี่ในครอบครัว (n=90)	
มี	84(93.33)
ไม่มี	6(6.67)
จำนวนผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว (n=84)	
1 คน	74(88.09)
2 คน	10(11.91)
บริเวณที่คนในครอบครัวสูบบุหรี่ (n=84)	
สูบในบ้าน	42(50.00)
สูบนอกบ้าน	20(23.10)
สูบในและนอกบ้าน	22(26.19)
ปริมาณบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน (n=84)	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5	28(33.33)
6-10 มวน	33(39.29)
11-15 มวน	7(8.33)
16-20 มวน	10(11.91)
มากกว่า 20 มวน	6(7.14)
ขณะที่บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อาศัยอยู่ (n=84)	
มี	52(61.90)
ไม่มี	32(38.09)

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำแนกตามการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจกับการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ไม่มีคนสูบบุหรี่ป่วยเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ (12.50%) เด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีคนสูบบุหรี่แต่สูบในขณะที่เด็กไม่อยู่ในบ้านป่วย (46.87%) ในขณะที่เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีคนสูบบุหรี่และสูบที่มีเด็กอยู่ในบ้านมีเด็กป่วย (76.92%) และพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 =18.42, p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์การเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง (n=90)

การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง	โรคระบบทางเดินหายใจ		χ^2	p
	เป็น จำนวน(%)	ไม่เป็น จำนวน(%)		
ไม่มีผู้สูบบุหรี่	2(16.66)	10(83.34)	18.42	<.001
สูบขณะมีเด็ก	40(85.10)	7(14.89)		
สูบขณะไม่มีเด็ก	15(48.38)	16(51.61)		

วิจารณ์

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้าน และการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบ ทางเดินหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จากการวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กจำนวน 90 คน เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมีจำนวน 80 คน เพศชาย 10 คน ผู้ที่สูบบุหรี่ในครอบครัวส่วนใหญ่ คือ เพศชาย ได้แก่ พ่อ (60.21%) สอดคล้องกับผลการวิจัย สุนิดา ปรีชาวงษ์[9] ที่กล่าวไว้ว่า การสูบบุหรี่ถูกให้การอมรับในสังคมเพศชายมากกว่าเพศหญิง การสูบบุหรี่แสดงถึงการโตเป็นผู้ใหญ่ มีความกล้าหาญ ความเป็นเพศชาย เมื่อพิจารณาถึงกลุ่มอายุ พบว่าผู้ใหญ่ตอนต้นช่วงอายุ 22-30 ปี มีจำนวนผู้สูบบุหรี่มากที่สุด (56.50%) ซึ่งเป็นวัยทำงาน ที่มีปัจจัยในการซื้อหาบุหรี่มาสูบ เช่นเดียวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ[2] ที่พบว่า กลุ่มช่วงวัยที่มีการสูบบุหรี่มากที่สุด คือ วัยทำงานร้อยละ 30.20 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มวัยทำงานมีสัดส่วนการสูบบุหรี่มากกว่าช่วงกลุ่มวัยอื่น เนื่องจากกลุ่มวัยทำงานมีรายได้เป็นของตนเอง สามารถมีกำลังในการซื้อบุหรี่เพื่อนำมาบริโภคได้ ระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ซึ่งต้องทำงานหนัก มีความเหนื่อยล้า และมีความเครียด การสูบบุหรี่จึงเป็นทางออกที่ใช้ในการคลายเครียดได้

จากงานวิจัย พบว่า จากการทดสอบความสัมพันธ์ของการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้าน และการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจโดยใช้สถิติ Chi-Square test พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจมีความสัมพันธ์กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 18.4, p<.001) ในทำนองเดียวกับการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ[2] ในการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย ที่พบว่ามีประชากรที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับควันบุหรี่มือสองมากถึง 5.31 ล้านคน และเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจร้อยละ 60.52; และสอดคล้องกับวิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ[6] พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านและสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่อาศัยในครัวเรือนที่ไม่มีการสูบบุหรี่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจพบว่ามีจำนวนน้อยกว่าเด็กที่อยู่ในครัวเรือนที่มีคนสูบบุหรี่ ซึ่งประชากรเด็กไทยกำลังประสบปัญหาสุขภาพ จากการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่บ้าน ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เนื่องจากเด็กยังมีภูมิคุ้มกันต่ำ และมีร่างกายที่ยังไม่โตเต็มที่ ทำให้ลิ้นมีขนาดใหญ่กว่าช่องปาก ทำให้เด็กต้องหายใจทางจมูกเป็นหลัก หลอดลมของเด็กยาว และขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่าผู้ใหญ่ มีต่อมเมือกในเยื่อบุทางเดินหายใจกำจัดสิ่งคัดหลั่งได้ยากกว่าผู้ใหญ่ รวมทั้งลักษณะของท่อหลอดลมที่ทำให้สำลักสิ่งแปลกปลอมได้ง่าย ส่งผลให้เกิด หลอดลม

อักเสบและปอดบวมสูงกว่าเด็กทั่วไป มีอัตราการเกิดโรคหืดเพิ่มขึ้น เกิดการติดเชื้อของหูส่วนกลาง ดังนั้นการส่งเสริมป้องกันไม่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีสัมผัสกับควันบุหรี่มือสองจึงอาจมีผลให้เด็กเหล่านั้นเป็นโรคระบบทางเดินหายใจน้อยลงได้[10]

ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลวิจัยที่ได้ไปนำไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเสนอแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขและป้องกัน การเกิดการเจ็บป่วยของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเด็กในวัยอื่นๆจากการสัมผัสกับควันบุหรี่มือสอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยปัจจัยอื่นๆที่สัมพันธ์กับการที่เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น อายุเด็ก การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

2. ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของเด็กในครอบครัวและชุมชน

3. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ปกครองที่มีเด็กในบ้าน เช่น การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. Switzerland: World Health Organization; 2021.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์ จำกัด; 2565.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ในบุหรี่มีสารพิษอะไรบ้าง. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2566] เข้าถึงได้จาก : https://www.thaihealth.or.th/Content/3915787.html
4. World Health Organization. Global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2019.
5. มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. รายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: สินทวีกิจพริ้นติ้ง; 2562.
6. วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านและการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2556; 6(2):113-23.
7. เนาวรัตน์ เจริญค้า. โรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบกับการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2566] เข้าถึงได้จากhttps://www.ashthailand.or.th/uploads/ckfiles/1657261966
8. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม. งานสุขศึกษา. ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรในจังหวัดอุบลราชธานีโซน 4 ปี 2565. อุบลราชธานี: โรงพยาบาล; 2565.
9. สุนิดา ปรีชาวงษ์. ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในประชากรวัยผู้ใหญ่: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ.วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2556;24:16-30.
10. World Health Organization. It’s time to invest in cessation: the global investment case for tobacco cessation. Methodology and results summary. Geneva: World Health Organization; 2021.

การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครพนม
The Study of Health Promotion Behavior among Buddhist Monks in Nakhon Phanom Province

สุพัตรา หนูอินทร์*
Supattra Noo-in
Corresponding author: E-mail: ladda749899@gmail.com
(Received: November 22, 2023; Revised: November 30, 2023; Accepted: January 3, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ และศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์และผู้ที่เกี่ยวข้องในการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม คือ 1) การวิจัยเชิงปริมาณ พระสงฆ์จำนวน 320 รูป 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ จำนวน 16 รูป/คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-square และ Binary logistic regression ข้อมูลเชิงคุณภาพสรุปเนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย Content Analysis

ผลการวิจัย : (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม ($p<.05$) แต่ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์ และ (2) พระสงฆ์เข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อย มีข้อจำกัดตามหลักพระธรรมวินัยในการออกกำลังกาย ปฏิเสธการตรวจประเมินสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สรุปและข้อเสนอแนะ : หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ควรให้ความสำคัญกับสุขภาพของพระสงฆ์ สนับสนุนให้พระสงฆ์เข้าถึงการบริการทางสุขภาพได้มากขึ้น โดยการจัดทีมสุขภาพให้บริการเชิงรุกตรวจสุขภาพที่วัด รวมทั้งการอบรมให้ความรู้แก่แม่ครัว ญาติโยมในการจัดทำอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพถวายพระสงฆ์

คำสำคัญ : พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; พระสงฆ์

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ABSTRACT

Purposes : To study factors related to the health promotion behaviors of monks, identify problems, obstacles, and propose solutions for the development of health promotion behaviors among monks in Nakhon Phanom province.

Study design : Mixed Methods Research

Materials and Methods : The sample group consists of monks and individuals involved in promoting the health of monks in Nakhon Phanom province. The research includes: 1) quantitative research with a sample of 320 monks using a questionnaire. 2) Qualitative research involving in-depth interviews with 16 individuals associated with promoting the health of monks. The research tools used include a questionnaire. Additionally, interviews were conducted to gather opinions on problems, obstacles, and suggestions. Data analysis was performed using frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square statistics, and binary logistic regression for quantitative data. Qualitative data content was summarized using content analysis.

Main findings : The awareness of risk opportunities and severity were statistically significant in relation to health promotion behaviors among monks in Nakhon Phanom province at a significance level of 0.05. But, personal characteristics, perceived benefits, and perceived obstacles do not show a significant relationship with behavioral practices. And monks have little access to health services. There are limitations according to the principles of Dhamma and discipline in exercising. Refusing health assessments and behavior modification.

Conclusion and recommendations : In conclusion, relevant organizations involved in monk healthcare should prioritize monk health and support increased access to healthcare services. Establishing proactive health check-up teams and providing training to kitchen staff and relatives for preparing healthy meals for monks are recommended.

Keyword : Health Promotion Behavior; Health Belief Model; Buddhist Monks

*Public Health Technical Officer, Professional Level, Nakhon Phanom Provincial Health Office.

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพได้มีการปรับเปลี่ยนไปจากอดีตอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากวิวัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงทางประชากร สภาพสังคมวัฒนธรรม ภาวะโภชนาการและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว[1] หรือแม้กระทั่งทางด้านวิทยาศาสตร์และทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงส่งผลกระทบต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในร่างกายของมนุษย์ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคปอดเรื้อรัง เป็นปัญหาวิกฤตของสังคม ทั้งปัญหาสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม กลุ่มโรคดังกล่าวเป็นผลมาจาก 4 พฤติกรรมเสี่ยงหลักๆ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วน[2] การเกิดโรคสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย ไม่เว้นแม้แต่พระสงฆ์ก็สามารถพบปัญหานี้ได้เช่นเดียวกัน[3] การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่ง การส่งเสริมสุขภาพต้องอาศัยองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรมหรือวางแผนให้บุคคลได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender เป็นทฤษฎีที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้มากที่สุด โดยเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร เพื่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต[4] ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดแรงจูงใจและกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเชื่อว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรค (Perceived susceptibility) และโรคนั้นมีความรุนแรง (Perceived severity) บุคคลจะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมป้องกันโรค เนื่องจากมีการคุมคามจากโรค (Perceived threat of disease) แต่บุคคลจะคำนึงถึงผลได้ผลเสียของการแสดงพฤติกรรม โดยการหักลบอุปสรรค (Perceived barriers of taking action) ออกจากผลประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived benefits of taking acting) ถ้าผลประโยชน์มากกว่าผลเสีย โอกาสแสดงพฤติกรรมจะมากถ้าผลเสียมากกว่าผลประโยชน์ โอกาสแสดงพฤติกรรมจะน้อยถ้าได้รับการกระตุ้นจากตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action) ที่เพียงพอจะเกิดพฤติกรรมป้องกันโรค[5]

จากสถานการณ์สุขภาพของพระสงฆ์และสามเณรจังหวัดนครพนม พบว่า มีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ Health Need 5 อันดับในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Stroke) และโรคไตวายเรื้อรัง นอกจากนี้ด้วยพระสงฆ์ในพระพุทธศาสนา ภายใต้การดำรงชีวิตภายใต้พระธรรมวินัยที่เคร่งครัดจึงถูกจัดให้เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงและมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป ประกอบกับเข้าไม่ถึงและขาดองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองส่งผลต่อการเกิดเจ็บป่วยโรคเรื้อรังสูงกว่าบุคคลทั่วไป ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อจะสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรม การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม ซึ่งจะส่งผลให้พระสงฆ์ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม อันจะทำให้พระสงฆ์ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง อันจะทำให้พระสงฆ์มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเองที่เพื่อการป้องกันโรค และไม่เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) ประเภท Convergent Parallel Design ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระสงฆ์ที่จำวัดอยู่ในเขตจังหวัดนครพนม จำนวน 2,583 รูป

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณ พระสงฆ์จำนวน 320 รูป ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร[6] ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 16 รูป/คน ประกอบด้วย พระสงฆ์ ผู้ทำงานขับเคลื่อนการดูแลสุขภาวะพระสงฆ์จากอำเภอโซนเหนือ โซนกลางและโซนใต้ในเขตจังหวัดนครพนมโซนละ 4 รูป รวมเป็น 12 รูป พยาบาลวิชาชีพ 2 คน อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดนครพนม 1 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามซึ่งได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดและการออกแบบสร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากพฤติกรรม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิดซึ่งเป็นคำถามที่เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้แสดงออกถึงความรู้สึกและความคิดเห็นอย่างอิสระ ไม่มีการชักนำทางความคิดของผู้วิจัย รวมทั้งข้อคำถามมีความชัดเจนและเป็นที่เข้าใจได้ง่าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ทดสอบหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) ด้วยการนำแบบสอบถามที่พัฒนาไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคุณลักษณะตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.50 พบว่ามีแค่ตั้งแต่ 0.67 – 1.00

2. การทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) หรือความสอดคล้องภายใน โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับพระสงฆ์ในเขตจังหวัดอำนาจเจริญจำนวน 30 รูป จากนั้นวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยไปยังกลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 รูป โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายรายละเอียดของคำถามอย่างชัดเจน

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม จำนวน 16 รูป/คน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนทุกฉบับ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรต้นคราวละหลายตัวแปร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่ออธิบายสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ REC 042/66 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัย ประโยชน์และผลกระทบจากการวิจัยให้รับทราบพร้อมแสดงความยินยอมตามแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย มิได้มีการบังคับแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป (87.81%) มีอายุเฉลี่ย 51.29 ปี ระยะเวลาอุปสมบท 1-10 พรรษา (63.75%) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (55.94%) ส่วนของการศึกษาทางธรรมจบนักธรรมตรี (59.37%) เป็นพระสงฆ์ลูกวัด ร้อยละ 65.00 ค่าดัชนีมวลกายไม่เกิน 25.0 กก/ม2 (67.50%) ฉันภัตตาหารวันละ 2 มื้อ (88.13%) มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 98.32 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร กลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่ (65.31%) ไม่มีโรคประจำตัว (85.31%) ไม่มีประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน (77.50%) และส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี (80.62%)

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรม การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากพฤติกรรม และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25, 3.91 และ 4.23 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ในเขต จังหวัดนครพนม (รายด้าน) (n=320)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	Mean(SD.)	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรม	4.25(0.49)	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากพฤติกรรม	3.91(0.49)	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม	4.23(0.50)	มาก
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม	3.24(0.59)	ปานกลาง
เฉลี่ยโดยรวม	3.91(0.38)	มาก

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.47, SD.=0.43) โดยพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก (Mean=4.33, SD.=0.52) ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการจัดการอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.14, SD.=0.55) และ (Mean=3.33, SD.=0.55) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ในเขตจังหวัดนครพนม (รายด้าน) (n=320)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	Mean(SD.)	ระดับ
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	3.14(0.55)	ปานกลาง
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	4.33(0.52)	มาก
พฤติกรรมการจัดการอารมณ์และความเครียด	3.33(0.55)	ปานกลาง
เฉลี่ยโดยรวม	3.47(0.43)	ปานกลาง

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างด้วยการคัดเลือกตัวแปรต้นที่ทดสอบด้วยไคสแคว์ (Chi-square) และทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น และตัวแปรตามทีละคู่ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่น ๆ คัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value≤.25 เพื่อทำการวิเคราะห์ตัวแปรตามกับตัวแปรต้นคราวละหลายตัวแปร (Multivariate Analysis) โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression แบบ Backward Wald Adjusted OR และ 95% CI of Adjusted OR พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากพฤติกรรม ส่วนปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพระสงฆ์ที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย มีโอกาสมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ไม่ดีเป็น 1.85 เท่าของพระสงฆ์ที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก

4.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพระสงฆ์ที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย มีโอกาสมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดีเป็น 2.27 เท่าของพระสงฆ์ที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=320)

ปัจจัย	n	Bivariate Analysis		Multivariate Analysis		
		OR	p-value	OR_{adj}	p-value	95%CI OR_{adj}
ตำแหน่งทางการปกครองสงฆ์	109	1.47	0.104	1.49	0.105	0.92 to 2.40
จำนวนมื้อฉันอาหาร	134	1.69	0.135	1.57	0.220	0.77 to 3.20
ระดับความดันโลหิตช่วงบน	119	1.35	0.240	1.38	0.220	0.82 to 2.32
การรับรู้ความเสี่ยง	63	1.37	0.165	1.85	0.016	1.12 to 3.04
การรับรู้ความรุนแรง	99	1.82	0.009	2.27	0.001	1.38 to 3.73
การรับรู้ประโยชน์	100	1.32	0.225	1.30	0.335	0.76 to 2.23
การรับรู้อุปสรรค	92	1.58	0.042	1.51	0.076	0.96 to 2.36

5. ปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม

5.1 กลุ่มพระสงฆ์ พระสงฆ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง พระสงฆ์เข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อย เวลาเจ็บป่วยเล็กน้อยก็หาสมุนไพรมารักษาหรือไปใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หากเจ็บป่วยมากๆ ถึงจะไปโรงพยาบาลใหญ่ การตรวจคัดกรองสุขภาพไม่สม่ำเสมอ บางปีตรวจบางปีไม่ได้ตรวจ ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม เนื่องจากพระสงฆ์ไม่สามารถทำอาหารฉันเองได้ ต้องฉันอาหารจากการบิณฑบาต อาหารที่ญาติโยมนำมาถวายbส่วนใหญ่จะเป็นอาหารที่มีรสหวาน รสเค็มจัด อาหารประเภทไขมันสูง อาหารที่คุณค่า ทางโภชนาการน้อย เช่น อาหารสำเร็จรูป บะหมี่สำเร็จรูป พระสงฆ์ไม่สามารถปฏิเสธอาหารที่ญาติโยม นำมาถวายได้ แต่สามารถพิจารณาฉันอาหารตามความเหมาะสมได้ ควรมีการให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยการจัดอบรมและให้คำปรึกษาในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ จัดทีมสุขภาพให้บริการเชิงรุกตรวจสุขภาพที่วัด รวมทั้งมีการอบรมให้ความรู้แก่แม่ครัว ญาติโยมเรื่องการจัดทำอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของพระสงฆ์

5.2 กลุ่มผู้บริหาร พระสงฆ์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลางถึงน้อย โดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พระสงฆ์มีข้อจำกัดตามหลักพระธรรมวินัย ในการออกกำลังกายควรมีการออกแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ให้พระสงฆ์ได้ดูแลสุขภาพตนเองและพระสงฆ์ในวัดด้วยกัน รวมทั้งนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

5.3 กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พระสงฆ์บางส่วนไม่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ปฏิเสธการตรวจประเมินสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีพฤติกรรมการฉันกาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มสมุนไพรรักษาโรค สูบบุหรี่ ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ จึงต้องทำงานเชิงรุกในการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมและสนับสนุนให้พระสงฆ์ทุกรูปได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ โดยการจัดทีมตรวจคัดกรองสุขภาพเชิงรุกให้บริการที่วัดเพื่อให้พระสงฆ์ได้เข้าถึงการบริการสุขภาพ

5.4 กลุ่มภาคประชาชน พระสงฆ์ฉันอาหารจากการบิณฑบาต อาหารที่ญาติโยมนำมาถวาย พระสงฆ์ไม่สามารถปฏิเสธอาหารที่ญาติโยมนำมาถวายได้ พระสงฆ์ไม่สามารถออกกำลังกายเหมือนกับฆราวาสได้ เนื่องจากขัดต่อพระธรรมวินัย พระสงฆ์สามารถเคลื่อนไหวออกแรงหรือออกกำลังกายด้วยการปฏิบัติวัตรของสงฆ์ได้ ประชาชนและชุมชนควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่พระสงฆ์

อย่างต่อเนื่อง

วิจารณ์

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค จากพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม ส่วนปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมและการรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม สอดคล้องกับการศึกษาของพีระพล หมีเอี่ยม[7] ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของพระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ .374 (β=.418, p<.005) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพ เป็นความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนาย เท่ากับ .374 (β=.374, p<.001) และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ได้ ร้อยละ 40.20 ส่วนตัวแปรอายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ตำแหน่งพระสังฆาธิการที่ได้รับและโรคประจำตัว ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา นราธรสวัสดิกุล และประพันธ์ เข็มแก้ว[8] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร พบว่า การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดพิจิตร

2. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม พบปัญหาและข้อเสนอแนะในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พระสงฆ์ฉันอาหารจากการบิณฑบาต อาหารที่ญาติโยมนำมาถวาย ส่วนใหญ่จะเป็นอาหารที่มีรสหวาน รสเค็มจัด อาหารประเภทไขมันสูง พระสงฆ์ไม่สามารถออกกำลังกายได้เหมือนฆราวาส ด้วยข้อจำกัดตามหลักพระธรรมวินัย และพระสงฆ์เข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อย ทำให้ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งพระสงฆ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคือ หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดทีมสุขภาพออกปฏิบัติงานเชิงรุกให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพให้กับพระสงฆ์ที่วัด ให้ความรู้และคำปรึกษาในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมรายบุคคลในรูปที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งอบรมให้ความรู้แก่แม่ครัว ญาติโยมในการจัดทำอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพถวายพระสงฆ์ และสนับสนุนให้ชุมชนจัดกิจกรรมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำปัญหาและอุปสรรคไปวางแผนพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำการวิจัยไปใช้จากการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากพฤติกรรม รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังพบปัญหา อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์อยู่ ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญกับสุขภาพของพระสงฆ์ให้มากขึ้น เพราะพระสงฆ์เป็นกลุ่มที่เข้าถึงการบริการทางสุขภาพได้น้อย รวมทั้งการจัดบริการเชิงรุกไปตรวจสุขภาพที่วัด การอบรมให้ความรู้ แก่แม่ครัว ญาติโยมในการจัดทำอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพถวายพระสงฆ์

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาและพัฒนารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครพนม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนมเป็นอย่างสูงที่กรุณาให้การสนับสนุน และให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานพระสงฆ์ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงขอขอบพระคุณในความเมตตานุเคราะห์จากพระสงฆ์ทุกรูปตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ ทำให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้อย่างสมบูรณ์ เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครพนมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Alaofè H, Hounkpatin W A, Djrolo F, Ehiri J, Rosales C. Knowledge, attitude, practice and associated factors among patients with type 2 diabetes in Cotonou, Southern Benin. BMC Public Health 2021;21:339. doi: 10.1186/s12889-021-10289-8. PMID: 33579243.
2. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
3. พระครูรัตนกิจจาภิวัฒน์, สิทธิพรร์ สุนทร, เสาวลักษณ์ นิกรพิทยา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพชีวิตพระสงฆ์ในเขตอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2566]; 7:16-30. เข้าถึงได้จาก: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/rpu/article/view/254771
4. สนธนา สีฟ้า. การศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุ ในจังหวัดปัตตานี. วารสารวิชาการสถาบันการพลศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2566]; 10:117-25. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TNSUJournal/article/view/249204
5. กิ่งเพชร แก้วสิงห์. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2562.
6. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ. บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด; 2558.
7. พีระพล หมีเอี่ยม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอตาคลี จังหวัดนครสวรรค์. [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
8. จรรยา นราธรสวัสดิกุล, ประพันธ์ เข็มแก้ว. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 27 พฤศจิกายน 2566]; 1:10-23. เข้าถึงได้จาก : http://www.ppho.go.th/webppho/research/research.php?yp=y1p1

การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

The development of health care model for elderly people with hypertension through family and Community participation in Nakhu Subdistrict, Nakhu district, Kalasin province

รัตน์สุดา จิตระวัง*

Ratsuda Jitrawang

Corresponding author: E-mail: Ratsuda8058@gmail.com

(Received: November 23, 2023; Revised: December 1, 2023; Accepted: January 4, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็น 1) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน 55 คน 2) ญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน 70 คน และ 3) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ 70 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่มเก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 - เดือน มิถุนายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired sample t- test

ผลการวิจัย : หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ในชุมชนมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเป็น 2.52 คะแนน (95%CI=1.67-3.33) และมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชนมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.10 คะแนน (95%CI=1.01-1.17)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ; ผู้สูงอายุ; โรคความดันโลหิตสูง; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

ABSTRACT

Purposes : To studied development of health care model for elderly people with hypertension through family and community participation in Nakhu subdistrict, Nakhu district, Kalasin province**.**

Study design : This research was action research

Materials and Methods : The target group is 1) 55 elderly people with high blood pressure in the community, 2) 70 relatives/caregivers of elderly people with high blood pressure in the community, and 3) elderly people with high blood pressure who are unable to blood pressure levels were controlled within normal limits for 70 people. Selected specific samples (Purposive sampling) used questionnaires and group discussions to collect data between October 2022 - June 2023. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Paired sample t- test.

Main findings : After the development, the sample group had a significantly higher mean score of knowledge about high blood pressure and health care according to the 3O2S guidelines in the community than before the development ($p<.05$), with the score. The average score was 2.52 points (95%CI=1.67-3.33) and there was an average practice in taking care of the health of elderly people with high blood pressure in the community. Statistically significantly higher than before development ($p<.05$), with an average score increasing by 1.10 points (95%CI=1.01-1.17)**.**

Conclusion and recommendations : The research resulted in improved health behaviors and clinical outcomes.

Keyword : Elderly health care; Elderly people; Hypertension illness; Caregivers in the community

*Registered Nurse, Professional Level, Nakhu Hospital.

บทนำ

รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้สูงอายุในประเทศไทย จำนวน 13,358,751 คน คิดเป็นร้อยละ 19.60[1] และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2565 ประชากรผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่สังคมต้องให้การดูแลเนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมถอย มีภาวะเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด นำไปสู่อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคข้อและกระดูก สมองเสื่อม ปัญหาสุขภาพจิตและมีภาวะซึมเศร้า มีอาการซับซ้อนต้องการการดูแลต่อเนื่องระยะยาวอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) จังหวัดกาฬสินธุ์ มีจำนวนผู้สูงอายุ 154,961 คน คิดเป็นร้อยละ 19.20 มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 80,403 คน คิดเป็นร้อยละ 69.82 อำเภอนาคูมีจำนวนผู้สูงอายุ 58,20 คน มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 2,345 คน[2] ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลนาคู มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 560 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 333 คน คิดเป็นร้อยละ 59.46 มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 160 คน คิดเป็นร้อยละ 48.04 รับยาที่โรงพยาบาลนาคู จำนวน 90 คน รับยาที่งานบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจำนวน 70 คน[3] ซึ่งแสดงถึงผู้ป่วยที่ไม่เข้ารับการรักษาหรือเข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความระดับดันโลหิตได้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ระบบหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา และการทำงานของหน่วยไตเสื่อมลง

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมีความสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชน จากการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทิศทางที่ดีขึ้น เช่น ผลการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว[4] พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้ การศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง[5] พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ คือ อิทธิพลระหว่างบุคคล และแรงสนับสนุนทางสังคม และการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้[6] พบว่า การมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนรับรู้ปัญหาสุขภาพเพื่อสร้างจูงใจให้เกิดการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ ผู้วิจัยจึงศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในการค้นหาวิเคราะห์สภาพปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการสร้างแนวการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการจัดการร่วมกันของคนในชุมชน ที่ส่งผลให้ปัญหาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมได้ อันจะก่อให้เกิดกระบวนการเสริมสร้างชุมชนมีความเข้มแข็งและเป็นพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในชุมชนที่ยังยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action

Research) ซึ่งมีกระบวนการทำงาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติตามแผน (Action) 3) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Observation) และ 4) การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติ (Reflection)[7] ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานต่อไป พื้นที่ในการดำเนินการวิจัย คือ ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชนและความต้องการการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มาโดยการคัดแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย ดังนี้ กลุ่ม 1 ผู้ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมชน ได้แก่ หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านละ 2 คน จำนวน 12 คน, หมอสาธารณสุข คือ พยาบาลวิชาชีพประจำหมู่บ้านรับผิดชอบหมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 6 คน, หมอครอบครัว คือ แพทย์ประจำเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน (Node) จำนวน 1 คน, ญาติ/ผู้ดูแลในครอบครัวหมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 30 คน, ผู้นำชุมชนหมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 6 คน รวมจำนวน 55 คน กลุ่ม 2 ญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จำนวน 70 คน กลุ่ม 3 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ต่อเนื่อง 3 เดือน จำนวน 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแบบบันทึกการสนทนากลุ่มตามประเด็นหลักในการศึกษา โดยใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 คน ซึ่งปรับปรุงจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2559 แบบบันทึกสังเกตการปฏิบัติงานใช้ในการสังเกตการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอน และสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมประชุมของการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ในชุมชนใช้เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จำนวน 70 คน แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะของประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. เป็นข้อคำถามเป็นแบบตัวเลือก 2 คือ ถูก และ ผิด (True/False) โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนการจำแนกคะแนนระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ[8]

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนววทาง 3อ.2ส.ในชุมชน จำนวน 12 ข้อ ในชุมชน เป็นลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 12 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนกำหนดไว้ ดังนี้ ระดับมาก (3 คะแนน) ระดับปานกลาง (2 คะแนน) และ ระดับน้อย (1 คะแนน)[9]

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จำนวน 6 ข้อ ในชุมชน เป็นลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 12 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนกำหนดไว้ดังนี้ ระดับมาก (3 คะแนน) ระดับปานกลาง (2 คะแนน) และ ระดับน้อย (1 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบติดตามประเมินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน[10] จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง โดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้เครื่องมือ

กับตัวอย่าง 30 คน ที่ตำบลบ่อแก้ว อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients)[11] ได้ค่าความเที่ยงของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 0.78 และได้ค่าความเที่ยงการปฏิบัติตัวรวมทั้งชุด 0.82 ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ในชุมชนด้วยวิธีการหาความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson: KR) ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตตอบแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2566 (หลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รหัส KLS.REC96/2566) 3) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปให้กับกลุ่มตัวอย่างและจัดเก็บด้วยตนเอง ก่อนการสนทนากลุ่ม และ 4) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่มผู้วิจัยดำเนินการโดยประสานงานล่วงหน้า และก่อนการเก็บข้อมูลได้ขออนุญาตก่อนทุกครั้งถ้ามีการบันทึกเสียงและภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชน การติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชน และใช้สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้และการปฏิบัติการดูแลสุขภาพในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ Paired sample t-test นำเสนอผลต่างค่าเฉลี่ย และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% CI) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 96/2566

ผลการวิจัย

1. แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนประกอบด้วย

บันไดขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนโดยการค้นหาปัญหาวิเคราะห์สาเหตุ สร้างทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันวางแผนและดำเนินการตามแผนติดตามประเมินผล เพื่อนำไปสู่บทเรียนการเรียนรู้ร่วมกัน ปรับปรุงแก้ไขพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชน และจัดทำแนวทางขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพ

บันไดขั้นที่ 2 การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโดยการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตแยกตามเกณฑ์ระดับได้แก่ (กลุ่มสีเขียว คือ BP<139/89 mm/Hg กลุ่มสีเหลือง คือ BP 140-159/90-99 mm/Hg กลุ่มสีแดง คือ BP 160/100 mg/dl) และกลุ่มสีดำ คือ มีภาวะแทรกซ้อนหัวใจ/หลอดเลือด ตา ไต เท้า และพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้ความเข้าใจในการติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบตนเอง 1:3 (อสม. : ผู้ป่วย) และสร้าง Line กลุ่มติดตามผลการดำเนินงานในชุมชน

บันไดขั้นที่ 3 การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยกิจกรรมที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง การเกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการปฏิบัติของการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ กิจกรรมที่ 2 สนทนากลุ่มเรื่องการควบคุมอาหาร สาธิตอาหารและการอ่านฉลากอาหารเลือกเมนูอาหารอาหารจากแผ่นภาพ กิจกรรมที่ 3

การควบคุมออกกำลังกาย และฝึกปฏิบัติกายบริหาร และจิตแบบองค์รวม กิจกรรมที่ 4 การกินยาและรับการรักษาต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 5 พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสุขภาพประจำครอบครัว (อสค.) ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในครอบครัว และการติดตามประเมินผลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชน

บันไดขั้นที่ 4 การติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน โดยการติดตามประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยและผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่รับผิดชอบประจำหมู่บ้าน

บันไดขั้นที่ 5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานร่วมกัน โดยการประเมินภาพรวมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการประเมินภาพรวมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถอดบทเรียนจากบุคคลต้นแบบ (ทั้งบุคคลผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ และผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ ให้กลุ่มเพื่อนได้เรียนรู้ปัจจัยความสำเร็จและล้มเหลว ให้รางวัลบุคคลต้นแบบ และครอบครัวต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ

2. ผลลัพธ์หลังการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในชุมชน 12 สัปดาห์ ดังนี้

2.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ในชุมชน หลังการพัฒนา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น 2.52 คะแนน (95%CI= 1.67-3.33) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ในชุมชน (n=70)

คะแนนความรู้	Mean(SD.)	95% CI	t	p
ก่อนการพัฒนา	2.73(2.80)	1.67-3.33	6.01	<.001
หลังการพัฒนา	5.25(2.88)			

2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชน หลังการพัฒนา พบว่า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก (Mean=2.58, SD.=0.62) มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนผลต่างค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.2 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพก่อนและหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชน (n=70)

ตัวแปร	ก่อน	หลัง	t	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)		
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	1.68(0.40)	2.75(0.49)	2.91	.001
2. ความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	1.76(0.48)	2.87(0.40)	2.81	.001

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อน	หลัง	t	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)		
3. การสื่อสารในการรับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	1.23(0.68)	2.62(0.65)	2.78	.001
4. การเท่าทันสื่อและสารสนเทศในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	1.20(0.73)	2.32(0.77)	2.54	.032
5. การจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	1.18(0.72)	2.28(0.82)	1.98	.067
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	1.25(0.75)	2.36(0.76)	1.96	.084
รวม	1.37(0.84)	2.58(0.62)	2.70	.001

2.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชน หลังการพัฒนา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพิ่มขึ้น 1.10 คะแนน (95%CI = 1.01-1.17) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชน (n=70)

การปฏิบัติ	Mean(SD.)	95% CI	t	p
ก่อน	1.49(0.38)	1.01-1.17	27.07	<.0001
หลัง	2.58(0.16)			

2.4 ผลการติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในหลังการพัฒนา พบว่าผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (80.00%) ขนาดรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ (51.43%) และดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ (54.27%) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการติดตามดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชน (n=70)

ข้อมูลสุขภาพ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่อยู่ในเกณฑ์ จำนวน(ร้อยละ)	อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่อยู่ในเกณฑ์ จำนวน(ร้อยละ)
1. ค่าความดันโลหิต (mmHg)	39(55.72)	31(44.28)	56(80.00)	14(20.00)
2. ขนาดรอบเอว (cm)	26(37.14)	44(62.86)	36(51.43)	34(48.57)
3. ดัชนีมวลกาย (BMI)	28(40.00)	42(60.00)	38(54.27)	32(45.73)

วิจารณ์

ผลการศึกษาที่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การมีความรู้ความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว การปรับทัศนคติของผู้ป่วยในชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจและการสื่อสารที่ถูกต้องตรงกัน การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในครอบครัวที่ดีขึ้น การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในกระบวนการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุแห่งปัญหา ทางเลือกในการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ไขปัญหา มีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบและรับผลประโยชน์อย่างเป็นธรรมในกิจกรรมนั้นๆ มีส่วนร่วมในการประเมินผล ที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่บทเรียนการเรียนรู้ร่วมกัน และปรับปรุงพัฒนา การที่ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในการริเริ่มการดำเนินงาน วางแผนกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมตัดสินใจในการจัดการ และการติดตามประเมินผลรวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนาดังกล่าว มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของครอบครัว/ชุมชน ดำเนินการพัฒนาตั้งแต่กระบวนการเบื้องต้น จนกระทั่งกระบวนการสิ้นสุด การมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการจัดทำแผนการระดมสมอง วางแผน และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ทำให้ได้กิจกรรมในโครงการที่เกิดขึ้น ได้แก่ ขับเคลื่อนกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนให้มีประสิทธิภาพ การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการให้บริการด้านสุขภาพในชุมชน การปรับปรุงพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เป็นระบบเชื่อมโยงระดับตำบล และชุมชนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยให้มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ที่ถูกต้องเหมาะสม และการติดตามประเมินผลแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจากกระบวนการที่ทุกคนได้ร่วมกันสร้างและพัฒนาทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และสามารถรับทราบถึงศักยภาพของชุมชนในการจัดการกับปัญหาโดยการใช้การสนทนาพูดคุย การคืนข้อมูลแก่กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การบูรณาการงานร่วมกับกิจกรรมโครงการอื่นในชุมชนซึ่งส่งผลดีต่อการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การเสริมสร้างศักยภาพบริการปฐมภูมิโดยเน้นครอบครัว การมีกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการทำกิจกรรม เป็นรากฐานสำคัญสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในชุมชนเน้นระบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการทำงานร่วมกันแบบภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนทุกกระบวนการตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผนดำเนินการ ประเมินผลในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ซึ่งได้สอดคล้องกับผลการศึกษาของผู้วิจัยที่ได้ศึกษาการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว[4] พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้ การศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง[5] พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ คือ อิทธิพลระหว่างบุคคลและแรงสนับสนุนทางสังคม และการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้[6] พบว่า การมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนรับรู้ปัญหาสุขภาพ เพื่อจูงใจให้เกิดการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในการดำเนินงานและอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ชุมชน โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมวิเคราะห์และคืนข้อมูลให้แก่ครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้การจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนได้ผลดีขึ้น

2. ควรศึกษาในผู้ป่วยเฉพาะราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อให้

ทราบถึงปัญหาของการดูแลผู้ป่วย รายบุคคล และนำข้อมูลจากผู้ป่วยแต่ละบุคคลมาวิเคราะห์ร่วมกันในชุมชน หรือเครือข่ายเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2565.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานผลการดำเดินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดสุขภาพประจำปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. กาฬสินธุ์; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
3. โรงพยาบาลนาคู. รายงานผลการดำเดินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อประจำปี 2564. [อินเทอร์เน็ต]. กาฬสินธุ์; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59 e64c-4e6c92d4b1 ec16a599d882b
4. วรรัตน์ มากเทพพงษ์, อนุสรณ์ แน่นอุดร, ปุณรดา พวงสมัย. การพัฒนารูปแบบบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2565;33:101-16.
5. กรวิกา พรมจวง, เกียรติศักดิ์ แซ่อิ้ว, สิตานันท์ จันทร์โต. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2564;32:233-46.
6. จันทนา เสวกวรรณ, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ, พัชราพร เกิดมงคล. ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2562;33:152-70.
7. Kemmis, McTaggart R. The Action research planner, 3rd ed. Geelong: Deakin University, Australia; 1988.
8. Bloom B S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. NewYork: McGraw–Hill; 1971.
9. Best J W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
10. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2545.
11. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์; 2551.

การพัฒนารูปแบบการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน ขนาด F2 จังหวัดร้อยเอ็ด สู่การปฏิบัติ

Development and Implementation of a Model of Outpatient Nursing Standards in F2 Community Hospital, Roi Et Province

ปทุมทิพย์ สุ่มมาตย์*

Pratumthip Summart

Corresponding author: E-mail: Tumtip101@gmail.com

(Received: November 24, 2023; Revised: November 30, 2023; Accepted: January 5, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบและประเมินผลการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 จังหวัดร้อยเอ็ด สู่การปฏิบัติ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 42 คน ผู้รับบริการจำนวน 314 คน เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การดำเนินการวิจัยมี 4 ระยะคือ ระยะศึกษาสถานการณ์ ระยะออกแบบระบบ ระยะดำเนินการพัฒนา และระยะประเมินผล รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่มระดมสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ PNI Modified ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสภาพปัจจุบันและระดับสภาพที่คาดหวังในการปฏิบัติตามมาตรฐานการสร้างเสริมสุขภาพในระดับความจำเป็นสูงสุด ค่า $PNI_{Modified}$=0.200 รองลงมาคือ การคุ้มครองภาวะสุขภาพ $PNI_{Modified}$=0.176 และการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ $PNI_{Modified}$=0.134 ตามลำดับ รูปแบบการพัฒนาประกอบด้วย 1) การสำรวจและวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร 3) การค้นหาปัญหาและวางแผนพัฒนา 4) การประเมินผลและสรุปถอดบทเรียน หลังการพัฒนาการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามมาตรฐานได้เพิ่มขึ้นสูงสุด คือการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ (7.79%) เมื่อประเมินทัศนคติต่อการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พบว่า ด้านผลลัพธ์มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.42, SD.=0.48) และผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (73.24%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเป็นกลไกที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทั้งบุคคลและระบบงานผลที่ได้จากการพัฒนาจะทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่เหมาะสมมีคุณภาพดีขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการดูแลรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานน้อยที่สุด

คำสำคัญ : มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : The objectives were: to study the problem condition of outpatient nursing standards, to develop and implement a model of outpatient nursing standards and to evaluate the implementation of the model of outpatient nursing standards in F2 Community Hospitals, Roi Et Province.

Study Design : Research and Development Research.

Materials and Methods : The sample group was 42 of participants were professional nurses and 314 of patients of F2 Community Hospitals. The data were collected qualitatively and quantitatively. The study were divided into 4 phases: A situation study phase, system design phase development process and evaluation. The data were collected using a questionnaire and brainstorming group discussions. The data were analyzed using PNI modified, frequency, percentage mean, and standard deviation.

Main findings : It was found that level of nowadays condition and level of expected condition in compliance with health promotion standards were at highest level of necessity $PNI_{Modified}$=0.200, followed by health protection $PNI_{Modified}$=0.176 and provision of information and knowledge of health $PNI_{Modified}$=0.134. The development model consists of 1) survey and analysis of problem conditions and needs, 2) develop personnel potential in order 3) find out problems and plan for development and 4) evaluation and summary of lessons learned. After the development of model, it were found that standard outpatient compliance that increased at highest level were providing health information and knowledge (7.79%). According to evaluating of attitude of nursing personnel toward use of outpatient nursing standards, the attitude toward output was at highest level (Mean=4.42, SD.=0.48) and the recipients were satisfied with service at a high level (73.24%).

Conclusion and recommendations : The results of this study indicate that development of nursing service quality was a mechanism that stimulates learning and development of both individuals and work systems. The results of development will allow service recipients to receive appropriate and better-quality care and there will be a small number of risks of substandard care.

Keyword : Outpatient Nursing Standards.

*Registered Nurse Professional Level, Roi-Et Provincial Health Office.

บทนำ

นโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) พ.ศ.2560-2579 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ 2) บริการเป็นเลิศ 3) บุคลากรเป็นเลิศ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้มีการพัฒนาและขยายการให้บริการในทุกมิติอย่างต่อเนื่องมีการขยายหน่วยบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ[1] ซึ่งต้องตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของสังคมและประชาชน ภายใต้หลักการพื้นฐานของวิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้บริการพยาบาลอันเป็นบริการหลักของระบบสุขภาพ โดยสำนักการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลเพื่อให้องค์กรพยาบาลของสถานบริการนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน หาโอกาสพัฒนาโดยการปรับปรุงและออกแบบระบบงานในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับมาตรฐานและบริบทของหน่วยงาน และมีการพัฒนาระบบการประเมินคุณภาพในการวัด และประเมินผล สอดคล้องกับสภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลนานาชาติ ริเริ่มให้มีการประกันคุณภาพการพยาบาล ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 โดยใช้โปรแกรมประกันคุณภาพเป็นเครื่องมือในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลระดับสูงเน้นการทำงานเป็นทีมลักษณะของเครือข่ายมีจุดมุ่งหมายครอบคลุม ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความปลอดภัยและมีความพึงพอใจ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโดยการประกันคุณภาพผลลัพธ์บริการพยาบาลโดยใช้มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล และการประกันคุณภาพการพยาบาล ที่สำนักการพยาบาลกำหนดเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลขององค์กรพยาบาลเพื่อให้มีการดำเนินงานด้านการพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล[2]

จังหวัดร้อยเอ็ด มีโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 19 แห่ง แยกเป็นโรงพยาบาลขนาด M2 จำนวน 4 แห่ง ขนาด F1 จำนวน 1 แห่ง ขนาด F2 จำนวน 11 แห่ง และขนาด F3 จำนวน 3 แห่ง มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมาอย่างต่อเนื่องจากรายงานผลการประเมินตนเองในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลภาพรวมโรงพยาบาลชุมชนทั้งมิติกระบวนการ และมิติผลลัพธ์ของแผนกผู้ป่วยนอกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีคะแนนภาพรวมร้อยละ 63.82, 64.97 และ 66.21 ผลการประเมินดังกล่าวเป็นเพียงผลการประเมินตนเองและไขว้กันภายในหน่วยงาน แต่เมื่อวิเคราะห์การพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล พบว่าหน่วยงานยังกำหนดขอบเขตการบริการพยาบาลและผู้รับผิดชอบในแต่ละหน่วยงานไม่ชัดเจน ทำให้การสร้างความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรทุกคนของกลุ่มการพยาบาลเกี่ยวกับระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ขาดการวิเคราะห์และประเมินคุณภาพการพยาบาลและการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยภาพรวมแล้วคะแนนการประเมินตนเองของแผนกผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์มาตรฐาน แต่ยังพบการรายงานความเสี่ยงทางคลินิกและข้อร้องเรียนในการให้บริการ จากผลการสำรวจความเสี่ยงและข้อร้องเรียนในโรงพยาบาลชุมชน ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่าข้อมูลการร้องเรียนเรื่องระบบบริการสูงสุด 90, 57 และ 59 เรื่อง ตามลำดับ เรื่องพฤติกรรมบริการ 53, 31, 22 เรื่อง และอุปกรณ์เครื่องมือ 11, 6, 11 เรื่อง และพบความเสี่ยงสูงสุด คือ การซักประวัติและบันทึกเวชระเบียนไม่ครบ จำนวน 127, 130 และ 132 เรื่อง รองลงมาเป็นการระบุตัวผู้ป่วยผิดคน 40, 34 และ 22 เรื่อง ตามลำดับ[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการนำมาตรฐานการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติโดยเฉพาะงานผู้ป่วยนอกเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากเป็นบริการด่านหน้าในการให้บริการพยาบาลที่จะตอบสนองต่อความต้องการ และความคาดหวังของประชาชน ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด เห็นความสำคัญของการนำมาตรฐานการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการบริการพยาบาลได้ตรงประเด็นให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุด

ครอบคลุมทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบและประเมินผลการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 จังหวัดร้อยเอ็ด สู่การปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 42 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างมีระบบ (Systemic Random sampling) โดยจัดเรียงรายชื่อตามเครือข่ายการบริการ 4 เครือข่าย และสุ่มจับฉลากตัวแทนเครือข่ายละ 1 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลหนองพอก โรงพยาบาลธวัชบุรี โรงพยาบาลจังหาร โรงพยาบาลเมืองสรวง ประกอบด้วยหัวหน้างาน จำนวน 4 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 38 คน รวม 42 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) พยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัยน้อยกว่า 80% และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีคำสั่งให้ย้ายไปปฏิบัติราชการในระหว่างการดำเนินการวิจัย และ 2) ผู้รับบริการที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ใน 4 โรงพยาบาล เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 314 คน ดำเนินการตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566 การดำเนินการวิจัย มี 4 ระยะ 11 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 (Research: R1) ระยะศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน เตรียมการพัฒนาวิจัย เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ประเมินสภาพปัจจุบันและความคาดหวังในการปฏิบัติตามมาตรฐานงานผู้ป่วยนอกของพยาบาลวิชาชีพและกำหนดกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 4 แห่ง โดยใช้แบบสอบถามการประเมินสภาพปัจจุบันและความคาดหวังในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.97 แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเรียงลำดับความสำคัญของความต้องการด้วย Priority Needs Index (PNI modified)

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาเนื้อหา ทฤษฎีเกี่ยวกับงานบริการผู้ป่วยนอก มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและการนำมาตรฐานการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติและการดำเนินงานประกันคุณภาพ จากตำรางานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกจากการศึกษาข้อมูล ทบทวนแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 (Develop: D1) การออกแบบระบบ มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 4 ประชุมเชิงปฏิบัติการ “แนวทางการนำมาตรฐานการพยาบาลสู่การปฏิบัติ”เน้นให้องค์กรพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับในทุกสถานบริการสาธารณสุข มีทิศทางที่ชัดเจนในการพัฒนางาน และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน และประชุมกลุ่มระดมสมองเพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ระบุแนวทางในการดำเนินงานเกี่ยวกับแผนการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลตามบริบทที่ศึกษา แล้วจึงปรับเป็นมาตรฐานการพยาบาล ตลอดจนการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกไปสู่การปฏิบัติ โดยผู้ศึกษาได้ชี้แจงกับหัวหน้างานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทุกแห่งเกี่ยวกับข้อรายการในมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก การดำเนินงาน และการประเมินผลการใช้มาตรฐานการพยาบาล เปิดโอกาสให้หัวหน้างาน ผู้ป่วยนอกซักถามแสดงความคิดเห็น และขอความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 5 มอบหมายผู้รับผิดชอบ โดยหัวหน้างานผู้ป่วยนอกมอบหมายให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยนอกรับผิดชอบในการนำมาตรฐานพยาบาลผู้ป่วยนอกสู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 6 วางแผนการดำเนินงาน คณะกรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยนอกร่วมกันวางแผนเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานในการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและกำหนดการประเมินการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย นอกจากนั้นนำเสนอการดำเนินงานแก่หัวหน้างานผู้ป่วยนอกเพื่อขอข้อเสนอแนะและขอความร่วมมือในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 7 กำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามกรอบมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ปรับปรุงและพัฒนาจากมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสำนักการพยาบาล[4] และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น[5]

ขั้นตอนที่ 8 สร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูลและประเมินผลการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพปัจจุบันหลังจากการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสู่การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แบบสอบถามการประเมินสภาพปัจจุบัน ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.768 2) สอบถามความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาล เกี่ยวกับความเหมาะสมในการดำเนินการในด้านโครงสร้าง กระบวนการนำไปใช้ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อประเมินทัศนคติของบุคลากรพยาบาลต่อการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เรื่องการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.94 และ 3) ประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการผู้ป่วยนอก (OP Voice) เป็นเครื่องมือที่กองการพยาบาลพัฒนาและปรับปรุงใช้เป็นสากลที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรง

ระยะที่ 3 พัฒนา (Develop: D2) เป็นการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกลงสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 มี 1 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 9 ดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาและปรับปรุงตามลักษณะปัญหาในพื้นที่ โดยยึดกรอบมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกของกองการพยาบาล

ระยะที่ 4 การประเมินผล (Research: R2) เป็นการประเมินผลรูปแบบการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกลงสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 มี 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 10 การประเมินผลการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 ในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) ประเมินสภาพปัจจุบันหลังจากการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสู่การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้บุคลากรพยาบาลประเมินพฤติกรรมการใช้มาตรฐานการพยาบาลด้วยตนเอง เก็บข้อมูลภายหลังการทดลองใช้มาตรฐานการพยาบาล 1 เดือน 2) สอบถามความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลผู้ป่วยนอกเพื่อประเมินทัศนคติของพยาบาลต่อการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภายหลังการดำเนินการ 3) ประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ขั้นตอนที่ 11 การสรุปผลการพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยนอก โดยสรุปกระบวนการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกไปสู่การปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และนำเสนอผลการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและจัดทำรายงานเสนอคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนปรับปรุงแก้ไขแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมและเอื้อต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกในระยะต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยสู่การปฏิบัติซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมการสร้างและพัฒนาขึ้นจากการระดมสมอง และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แบบสอบถามการประเมินสภาพปัจจุบันและความคาด

หวังในการปฏิบัติตามมาตรฐานงานผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินสภาพปัจจุบัน และความคาดหวังในการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสู่การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 2.2) แบบสอบถามการประเมินสภาพปัจจุบันหลังจากการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสู่การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ 2.3) แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลงานผู้ป่วยนอกในการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสู่การปฏิบัติใน 3 ด้าน (โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์) และ 2.4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการสำหรับงานผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1.ข้อมูลส่วนบุคคล 2.ข้อมูลเกี่ยวกับการมาโรงพยาบาล 3.ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 คำตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Priority Needs Index (PNI modified) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา สรุป และบรรยาย

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0652565

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 42 คน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการมากที่สุด (71.42%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (97.42%) อายุน้อยกว่า 40 ปี (50.00%) อายุเฉลี่ย 41.79 ปี จบการศึกษาระดับระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (88.10%) สถานภาพการสมรสคู่ (71.43%) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยนอกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี (45.24%) เฉลี่ย 15.86 ปี กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถปัจจุบันและความสามารถที่คาดหวังในการปฏิบัติตามมาตรฐานงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ด้วยการวิเคราะห์ค่าดัชนี (PNI modified) พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถปัจจุบัน Mean(SD.)=4.32(0.55) และความสามารถที่คาดหวัง Mean(SD.)=4.76(0.39) ในการปฏิบัติตามมาตรฐานงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกในภาพรวม เมื่อพิจารณาการปฏิบัติตามมาตรฐานผู้ป่วยนอกทั้ง 10 มาตรฐานแล้วพบว่าพยาบาลผู้ป่วยนอกมีการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะตรวจมากที่สุด Mean(SD.)= 4.58(0.45) ส่วนมาตรฐานที่ 6 การสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติตามมาตรฐานน้อยสุด Mean(SD.)=3.90(0.81) เมื่อวิเคราะห์ระดับสภาพปัจจุบันและสภาพที่คาดหวังในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ด้วยการวิเคราะห์ค่าดัชนี (PNI modified) เป็นที่สังเกตว่าทุกขั้นตอนกลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในการดำเนินงานมากกว่าสภาพปัจจุบัน ส่วนมาตรฐานที่มีความจำเป็นสูงสุดในการพัฒนาตามสภาพปัจจุบันและความคาดหวัง คือ การพยาบาลการสร้างเสริมสุขภาพ $PNI_{Modified}$ = 0.200 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าดัชนี $PNI_{Modified}$ และลำดับความสำคัญการประเมินสภาพปัจจุบัน และความคาดหวังในการปฏิบัติตามมาตรฐานงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 จังหวัดร้อยเอ็ด

การปฏิบัติตามมาตรฐานผู้ป่วยนอก	ค่าเฉลี่ยสภาพความสามารถปัจจุบัน Mean(SD.)	ค่าเฉลี่ยสภาพความสามารถที่คาดหวัง Mean(SD.)	$PNI_{Modified}$	ลำดับความสำคัญ
มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลแรกรับ	4.34(0.43)	4.71(0.37)	0.085	7
มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระยะก่อนตรวจรักษา	4.54(0.43)	4.81(0.30)	0.059	9
มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะตรวจ	4.58(0.45)	4.82(0.34)	0.052	10
มาตรฐานที่ 4 การพยาบาลในระยะหลังตรวจ	4.50(0.50)	4.85(0,33)	0.077	8
มาตรฐานที่ 5 การดูแลต่อเนื่อง	4.35(0.53)	4.76(0.42)	0.094	4
มาตรฐานที่ 6 การสร้างเสริมสุขภาพ	3.90(0.81)	4.68(0.51)	0.200	1
มาตรฐานที่ 7 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ	3.97(0.59)	4.67(0.42)	0.176	2
มาตรฐานที่ 8 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ	4.19(0.71)	4.75(0.46)	0.134	3
มาตรฐานที่ 9 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้รับบริการ	4.45(0.52)	4.83(0.33)	0.085	6
มาตรฐานที่ 10 การบันทึกทางการพยาบาล	4.35(0.52)	4.74(0.37)	0.089	5
ภาพรวม	4.32(0.55)	4.76(0.39)		

เมื่อพิจารณาผลการประเมินระดับความสามารถปัจจุบันและความสามารถที่คาดหวังในการปฏิบัติตามมาตรฐานงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่มีความต้องการจำเป็นสูงที่สุด ซึ่งมีความต้องการในการพัฒนาเป็นลำดับแรก คือ มาตรฐานที่ 6 การสร้างเสริมสุขภาพ ประเด็นการจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ ในรูปแบบต่างๆ เช่น เสียงตามสาย วีดีทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์การให้สุขศึกษาระหว่างรอตรวจ $PNI_{Modified}$=0.278 มีความต้องการจำเป็นสูงที่สุดรองลงมา คือ มาตรฐานที่ 7 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ ประเด็นการประเมินความเสี่ยงด้านชีวภาพ ด้านเคมี ด้านกายภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง $PNI_{Modified}$=0.247 และมาตรฐานที่ 8 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ ประเด็นการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการรับบริการที่หน้าห้องตรวจอย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง $PNI_{Modified}$=0.233 ดังแสดงในตารางที่ 2

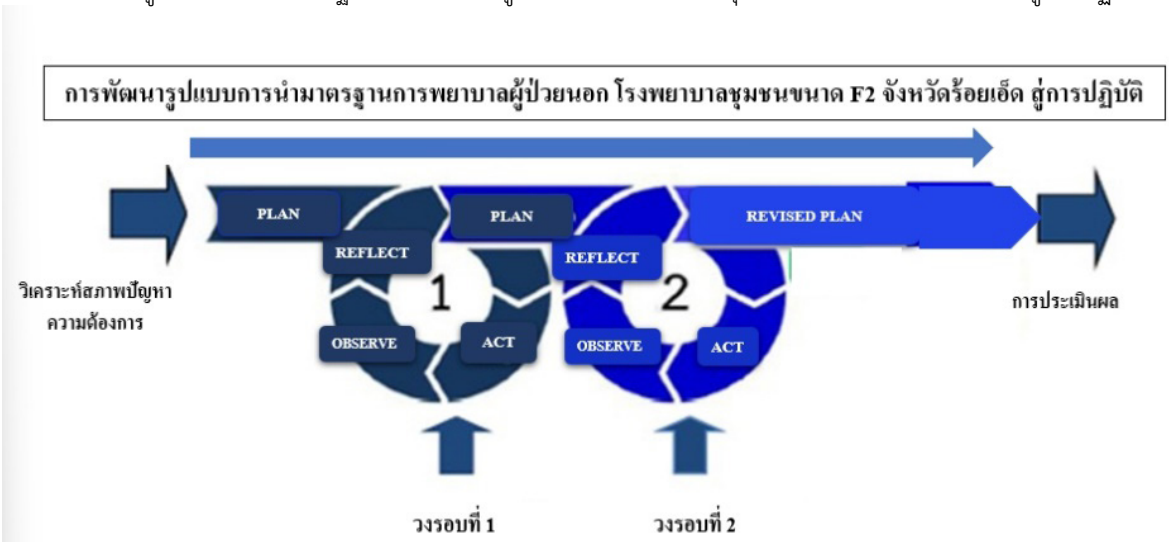
ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าดัชนี $PNI_{Modified}$ และลำดับความสำคัญการประเมินสภาพปัจจุบันและความคาดหวัง ในการปฏิบัติตามมาตรฐานงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ขนาด F2 จังหวัดร้อยเอ็ด เรียงลำดับความต้องการจำเป็นของพยาบาลวิชาชีพ ในการพัฒนารายประเด็นที่มีความต้องการสูงสุด 3 ลำดับ

มาตรฐาน	การปฏิบัติตามมาตรฐานผู้ป่วยนอก	ค่าเฉลี่ยสภาพความสามารถปัจจุบัน (D)	ค่าเฉลี่ยสภาพความสามารถที่คาดหวัง (I)	$PNI_{Modified}$	ลำดับ
มาตรฐานที่ 6 การสร้างเสริมสุขภาพ	การจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เช่น เสียงตามสาย วีดีทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์การให้สุขศึกษาระหว่างรอตรวจ	3.67	4.69	0.278	1
มาตรฐานที่ 7 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ	การประเมินความเสี่ยงด้านชีวภาพ ด้านเคมี ด้านกายภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง	3.76	4.69	0.247	2
มาตรฐานที่ 8 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ	การประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการรับบริการที่หน้าห้องตรวจอย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง	3.86	4.76	0.233	3

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยและหัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งประชุมและระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกัน วิเคราะห์หาสาเหตุ กำหนดเป้าหมาย แนวปฏิบัติใน 3 ประเด็นเร่งด่วน ในระยะนี้ได้แนวปฏิบัติดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ระหว่างรอตรวจ 2) แนวปฏิบัติการประเมินความเสี่ยงด้านชีวภาพ ด้านเคมี ด้านกายภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม และ 3) แนวปฏิบัติการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการรับบริการที่หน้าห้องตรวจ

2. การพัฒนารูปแบบการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 จังหวัดร้อยเอ็ด สู่การปฏิบัติ เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จำนวน 2 วงรอบ ดังนี้ (ดังภาพประกอบที่ 1)

การพัฒนารูปแบบการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 จังหวัดร้อยเอ็ดสู่การปฏิบัติ



ภาพประกอบที่ 1 การพัฒนารูปแบบการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 จังหวัดร้อยเอ็ด สู่การปฏิบัติ

วงรอบที่ 1 การพัฒนารูปแบบการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 จังหวัดร้อยเอ็ด สู่การปฏิบัติ (กุมภาพันธ์ - เมษายน 2566) กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้ 1) ประชุมนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์การประเมินสภาพปัจจุบัน และความคาดหวังในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 ในจังหวัดร้อยเอ็ด 2) นำเสนอแนวคิดการนำมาตรฐานการพยาบาลสู่การปฏิบัติให้มีทิศทางที่ชัดเจนในการพัฒนางานและใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อมุ่งสร้างระบบบริการพยาบาลที่ตอบสนองการมีสุขภาพดีของประชาชน 3) ประชุมกลุ่มระดมสมองเพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายรูปแบบในการพัฒนาระบุแนวทางในการดำเนินงานเกี่ยวกับแผนการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลตามบริบทที่ศึกษาแล้วจึงปรับเป็นมาตรฐานการพยาบาล ตลอดจนการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกไปสู่การปฏิบัติ และ 4) สร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูลและประเมินผลการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสู่การปฏิบัติ จากการดำเนินงานใน

วงรอบที่ 1 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ระดับสภาพปัจจุบันและสภาพที่คาดหวังในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ด้วยการวิเคราะห์ค่าดัชนี (PNI modified) ทุกขั้นตอนกลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในการดำเนินงานมากกว่าสภาพปัจจุบัน และพบว่ามาตรฐานที่มีความจำเป็นสูงสุดในการพัฒนาตามสภาพปัจจุบันและความคาดหวัง คือ การพยาบาลการสร้างเสริมสุขภาพ $PNI_{Modified}$ = 0.200

วงรอบที่ 2 การพัฒนารูปแบบการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 จังหวัดร้อยเอ็ด สู่การปฏิบัติ (พฤษภาคม-กรกฎาคม 2566) ดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาและปรับปรุงตามลักษณะปัญหาในพื้นที่ โดยยึดกรอบมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกของสำนักการพยาบาล[4] จากการดำเนินงานในวงรอบที่ 2 เกิดแนวปฏิบัติใน 3 ประเด็นเร่งด่วน และนำลงสู่การปฏิบัติ

การประเมินผล (สิงหาคม – กันยายน 2566) โดยประเมินผลลัพธ์ 3 ส่วน คือ 1) ประเมินรูปแบบการพัฒนาฯ ตามมาตรฐานการประเมิน[6] 2) ประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบโดยสอบถามความคิดเห็นของบุคลากร

พยาบาลผู้ป่วยนอกเพื่อประเมินทัศนคติของพยาบาลต่อการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและ 3) ประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบโดยสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ผลการประเมินพบว่า ทุกมาตรฐานมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น โดยเฉพาะมาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยในความเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น (7.79%) รองลงมาคือ มาตรฐานที่ 6 การสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น (6.45%) โดยมีข้อสังเกตในมาตรฐานที่ 7 การคุ้มครองสุขภาพเนื่องจากการปรับปรุงแก้ไขส่วนใหญ่เป็นเชิงโครงสร้างจะทำได้ต้องใช้ระยะเวลา พบว่าเพิ่มขึ้นเพียง (3.46%) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานผู้ป่วยนอกก่อนและหลังจากการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

มาตรฐานการพยาบาล	ก่อน	หลัง	%Difference
	Mean(SD.)	Mean(SD.)	
มาตรฐานที่ 6 การสร้างเสริมสุขภาพ	3.90(0.81)	4.16(0.68)	6.45
มาตรฐานที่ 7 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ	3.97(0.59)	4.11(0.67)	3.46
มาตรฐานที่ 8 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ	4.19(0.71)	4.53(0.51)	7.79

การประเมินความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลเพื่อประเมินทัศนคติของบุคลากรพยาบาลต่อการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นในด้านความคิดเห็นด้านผลลัพธ์สูงสุด Mean(SD.)=4.42(0.48) ส่วนด้านโครงสร้างน้อยที่สุด Mean(SD.)=4.16(0.45) นอกจากนี้ได้มีการรวบรวมปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะสรุปได้ดังนี้ 1) ด้านโครงสร้างการจัดระบบบริการ พบว่านโยบายในการพัฒนายังไม่ชัดเจน ทำให้เกิดการสับสนของผู้ปฏิบัติงาน ในด้านงบประมาณในการพัฒนาส่วนใหญ่เป็นเงินบำรุงโรงพยาบาล ซึ่งยังไม่ครอบคลุมในการที่จะเอื้ออำนวยให้การดูแลคนไข้ในด้านบุคลากรมีเพียงพอแต่ประสิทธิภาพไม่เพียงพอเพราะส่วนมากผู้ที่มาอยู่แผนกผู้ป่วยนอกจะมีปัญหาเรื่องสุขภาพ และการจัดอัตรากำลังยังไม่เหมาะสมกับภาระงานที่มีมาก ทำให้ไม่สามารถทำงานคลินิกได้ดีเท่าที่ควร อุปกรณ์เครื่องมือมีเพียงพอแต่ไม่พร้อมใช้ล้าสมัยบางรายการ พื้นที่ไม่เพียงพอในการรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น และใช้พื้นที่เดียวกันกับจุดบริการอื่นๆ ทำให้เกิดเสียงรบกวนกัน อากาศถ่ายเทได้ไม่ดี ร้อนอบอ้าวในช่วงฤดูร้อน ไม่อำนวยความสะดวกให้กับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 2) ด้านกระบวนการ/การดำเนินงาน การนำมาตรฐานลงสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังและชัดเจนยังไม่ครอบคลุม 3) ด้านผลลัพธ์ ผู้รับบริการได้รับการรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล มีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น ข้อสังเกตพบว่ามีการรอรับบริการที่นาน ไม่ประทับใจบริการจนมีข้อร้องเรียนเนื่องจากขาดแคลนแพทย์ในการตรวจและผู้ให้บริการ จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นภาระงานมากขึ้นพบข้อร้องเรียน เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาล

รายการความคิดเห็น	Mean(SD.)
ความคิดเห็นในด้านโครงสร้าง	4.16(0.45)
ความคิดเห็นในด้านกระบวนการ	4.29(0.51)
ความคิดเห็นในด้านผลลัพธ์	4.42(0.48)

การประเมินความพึงพอใจต่อการบริการสำหรับงานผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 314 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (50.63%) อายุ 60 ปีขึ้นไป (34.40%) อายุเฉลี่ย 50.43 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (36.94%) สิทธิการรักษาพยาบาลแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (51.60%) สาเหตุที่ท่านเลือกมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเนื่องจากการเดินทางที่สะดวก (71.65%) เมื่อมารับบริการได้รับรายละเอียดและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น (89.81%) ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาและเข้าใจดี (90.76%) ระยะเวลารอการตรวจเลือด ปัสสาวะและอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง (59.87%) ระยะเวลารอเอ็กซเรย์อยู่ในระดับปานกลาง (53.82%) ในกรณีที่ถ้าญาติหรือเพื่อนป่วย ผู้รับบริการจะแนะนำให้มารักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ขนาด F2 จังหวัดร้อยเอ็ด มากที่สุด (94.90%) และถ้าผู้รับบริการป่วยก็จะกลับมารับบริการ มากที่สุด (96.80%) เช่นกัน เมื่อประเมินความรู้สึกต่อบริการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 ในภาพรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกพอใจต่อบริการพยาบาลของโรงพยาบาลในระดับพอใจมาก (73.24%) ดังแสดงในตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของลักษณะทางประชากรผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 จังหวัดร้อยเอ็ด (n=314)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	155(49.36)
หญิง	159(50.64)
อายุ	
อายุ น้อยกว่า 40 ปี	93(29.62)
อายุ 41 – 50 ปี	64(20.38)
อายุ 51 – 59 ปี	49(15.60)
อายุ 60 ปีขึ้นไป	108(34.40)
Mean=50.43 SD.=17.34 Max=86 Min=14	
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	116(36.94)
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	110(35.03)

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	69(21.98)
อื่นๆ	19(6.05)
สิทธิคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล	
ชำระเงินเอง	22(7.00)
สวัสดิการข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	60(19.10)
ประกันสังคม	61(19.43)
กองทุนทดแทน	1(0.32)
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	162(51.60)
อื่นๆ	8(2.55)

ตารางที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับการมาโรงพยาบาลและระดับความรู้สึกต่อบริการพยาบาล

ข้อมูล	จำนวน(ร้อยละ)
สาเหตุที่ท่านเลือกมารับการรักษาที่โรงพยาบาล	
เดินทางสะดวก	225(71.65)
มีเครื่องมือทันสมัย	7(2.22)
ค่ารักษาไม่แพง	7(2.22)
สถานที่สะดวกสบาย	20(6.37)
รับส่งต่อ	1(0.32)
อยู่ในเขตพื้นที่บริการของบัตรทอง	45(14.33)
มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	1(0.32)
บริการรวดเร็วทันใจ	2(0.64)
เคยเป็นผู้ป่วยเก่า โรงพยาบาลนี้	6(1.91)
ท่านได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็น	
ไม่ได้รับ	2(0.64)
ได้รับแต่ไม่ค่อยเข้าใจ	30(9.55)
ได้รับและเข้าใจดี	282(89.81)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน(ร้อยละ)
ได้รับแต่ไม่เข้าใจ	21(6.69)
ได้รับและเข้าใจดี	285(90.76)
ไม่ได้รับยา/อื่นๆ	5(1.60)
ระยะเวลารอการตรวจเลือด ปัสสาวะและอื่นๆ	
นาน	26(8.28)
ปานกลาง	188(59.87)
รวดเร็ว	85(27.07)
ไม่ได้รับการตรวจ	15(4.78)
ระยะเวลารอเอกซเรย์	
นาน	4(1.27)
ปานกลาง	169(53.82)
รวดเร็ว	101(32.17)
ไม่ได้รับการตรวจ	38(12.10)
อื่นๆ	2(0.64)
ถ้าญาติหรือเพื่อนป่วย ท่านจะแนะนำให้มารักษาที่นี่	
แนะนำ	298(94.90)
ไม่แนะนำ	4(1.27)
ไม่แน่ใจ	12(3.82)
ท่านจะกลับมารักษาที่โรงพยาบาลนี้	
มา	304(96.81)
ไม่มา	5(1.60)
ไม่แน่ใจ	5(1.60)
ระดับความรู้สึกต่อบริการพยาบาล	
ระดับความรู้สึกพอใจมาก (4.01-5.00)	230(73.24)
ระดับความรู้สึกปานกลาง (3.01-4.00)	81(25.80)
ระดับความรู้สึกไม่พอใจ (2.01-3.00)	3(0.95)
Mean=4.23 SD.=0.40 Max=5 Min=2.67	

วิจารณ์

1. จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าผลการเปรียบเทียบระหว่างความสามารถปัจจุบันกับความสามารถที่คาดหวังในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกทุกมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในการดำเนินงานมากกว่าสภาพปัจจุบัน เช่นเดียวกับกรรณิการ์ ชัยนันท์และคณะ[2] พบว่าทุกขั้นตอนมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังมากกว่าสภาพปัจจุบัน แสดงให้เห็นว่าบุคลากรพยาบาลมีทัศนคติที่ดี ในการปฏิบัติตามมาตรฐาน[7] ส่วนมาตรฐานที่มีความจำเป็นสูงสุดในการพัฒนาตามสภาพปัจจุบันและความคาดหวังคือ การพยาบาลการสร้างเสริมสุขภาพ มีความต้องการจำเป็นสูงที่สุด[8-9] เมื่อพิจารณารายประเด็นพบว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ระหว่างรอตรวจมีความต้องการจำเป็นสูงที่สุด รองลงมา คือมาตรฐานการคุ้มครองภาวะสุขภาพประเด็นการประเมินความเสี่ยงด้านชีวภาพ ด้านเคมี ด้านกายภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง $PNI_{Modified}$=0.247 และอันดับสุดท้าย คือ มาตรฐานการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพประเด็นการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการรับบริการที่หน้าห้องตรวจอย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง $PNI_{Modified}$=0.233 สอดคล้องกับจีรวัฒน์ เก้ารัตน์ และจริยา บุญปั้น[10] พบว่าการจัดสิ่งแวดล้อม สามารถลดระดับความดันโลหิตซีสโตลิค (Systolic blood pressure) ลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. รูปแบบการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 จังหวัดร้อยเอ็ดสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) การสำรวจและวิเคราะห์สภาพปัญหา และความต้องการ 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร 3) การค้นหาปัญหาและวางแผนพัฒนา และ 4) การประเมินผลและสรุปถอดบทเรียน พบผลเช่นเดียวกับกรรณิการ์ ชัยนันท์และคณะ[2] พบว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ คือ การกำหนดมาตรฐานและปฏิบัติตามมาตรฐาน การวัดและประเมินผลคุณภาพการพยาบาล และการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3. ผลการประเมินรูปแบบการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 จังหวัดร้อยเอ็ดสู่การปฏิบัติ พบว่าทุกมาตรฐานมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของวิสาร์กร มดทองและคณะ[11] พบว่าการดำเนินพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยคือ การวางแผน การดำเนินการ การตรวจสอบศึกษาผล และการดำเนินการรักษาคุณภาพบริการ (หรือ PDCA cycle) ทำให้ โรงพยาบาลมีระบบการดูแลผู้ป่วยให้ ปลอดภัย ผลการดำเนินงานได้ช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอายุรกรรมมีประสิทธิผลดีขึ้น และผลการประเมินความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นในด้านผลลัพธ์สูงสุด แสดงให้เห็นว่าพยาบาลให้ความสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดผลลัพธ์สูงสุดในการให้บริการผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ วรกิจ ศรีผดุงอำไพ[12] พบว่ากระบวนการปรับพฤติกรรมบริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆจนทำให้พฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น นอกจากนี้มีข้อเสนอแนะ เรื่องพื้นที่ไม่เพียงพอในการรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น และใช้พื้นที่เดียวกันกับจุดบริการอื่นๆ ทำให้เกิดเสียงรบกวนกัน อากาศถ่ายเทได้ไม่ดี ร้อนอบอ้าวในช่วงฤดูร้อน ไม่อำนวยความสะดวกให้กับผู้ให้บริการและผู้รับบริการซึ่งสอดคล้องกับชำนาญ ชูรัตน์[13] พบว่า เจ้าหน้าที่ขาดมนุษยสัมพันธ์ที่ดีในการบริการ เอกสารอธิบายขั้นตอนการให้บริการในด้านต่างๆ ยังไม่เพียงพอ ระยะเวลาในการรอคอยนาน สถานที่จอดรถไม่เพียงพอ สถานที่สำหรับการนั่งรอของญาติไม่เพียงพอ ห้องน้ำไม่ สะอาด มีการรอรับบริการที่นาน ไม่ประทับใจบริการจนมีข้อร้องเรียนเนื่องจากขาดแคลนแพทย์ในการตรวจและผู้ให้บริการ จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นภาระงานมากขึ้นพบข้อร้องเรียน เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน[14] การประเมินความพึงพอใจต่อการบริการสำหรับงานผู้ป่วยนอกหลังจากการปรับปรุงการดำเนินงานตามมาตรฐาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกพอใจต่อบริการพยาบาลของโรงพยาบาลในระดับพอใจมาก[12,15]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรมีการจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ และการตระหนักความสำคัญของการนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสู่การปฏิบัติ เพื่อให้พยาบาลสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการวางนโยบายที่ชัดเจน วางแผนการพัฒนา แผนควบคุมกำกับงาน นิเทศ และติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพตามมาตรฐาน ตลอดจนขั้นตอนการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะระดับสาธารณสุขจังหวัด ควรสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ชัดเจนทั้งระบบงบประมาณ ระบบบริหารจัดการ อัตรากำลัง การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในรูปแบบเครือข่าย และการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมถึงนโยบายสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพวิชาชีพพยาบาลให้มากขึ้น

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาถึงผลกระทบต่อการดำเนินงานต่อการนำมาตรฐานการพยาบาลสู่การปฏิบัติต่อบุคลากรทางการพยาบาลและต่อผู้รับบริการและการนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกแบบมีส่วนร่วม และควรศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์อัตรากำลังแผนกผู้ป่วยนอก และเพื่อใช้ในการกำหนดจำนวนบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงานและการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล จังหวัดร้อยเอ็ด เครือข่ายและผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจจนงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2561.
2. กรรณิการ์ ชัยนันท์, พัทยา แก้วสาร, บุญทิพย์ ศิริธรังศรี. เปรียบเทียบการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาลตามสภาพปัจจุบันและความคาดหวังกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่. วารสารกองการพยาบาล. 2563;47(1):11-24.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ. รายงานการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ.2565. ร้อยเอ็ด: สสจ.; 2565.
4. สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
5. อัจฉราวรรณ นาเมืองจันทร์. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น. [รายงานการศึกษาอิสระ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
6. สำนักการพยาบาล. การประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก. นนทบุรี: สามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ); 2554.
7. ศรีวรรณ ศรีบุญเรือง, ทรียาพรรณ สุภามณี, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล. ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. พยาบาลสาร. 2559;43 (ฉบับพิเศษ):140-50.
8. ศศิธร แสนศักดิ์. การใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น [รายงานการศึกษาอิสระ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
9. สุภาวดี จินตวรณ์. มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 2563;6(1):91-107.

10. จีรวัฒน์ เก้ารัตน์, จริยา บุญปั้น. ประสิทธิผลของการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้รับบริการที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสองอำเภอสอง จังหวัดแพร่. Journal of the Phrae Hospital. 2559;24(1-2):63-9.
11. วิสาร์กร มดทอง, พรรณนิภา รักพาณิชย์, อุรชา อำไพพิศ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยห้องตรวจอายุรกรรมงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557;23(6):1,043-50.
12. วรกิจ ศรีผดุงอำไพ. การปรับพฤติกรรมบริการและการประเมินผลลัพธ์การให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2552;5(1):75-83.
13. ชำนาญ ชูรัตน์. ประสิทธิผลการให้บริการของโรงพยาบาลพัทลุง อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง. Journal of Administrative and Management. 2561;6(2):16-24.
14. พัชราภรณ์ สิณัตพัฒนะศุข, ธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์. ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 265;31(1):154-63.
15. จินตนา ศรีสร้างคอม, อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล. การพัฒนาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลในยุค New Normal แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2566;7(13):109-22.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยการกำกับของญาติ

The effect of a case study program on behavioral health modification for diabetic patients who cannot control blood sugar level by supervision of their relatives

จิราพร คงทอง*
Jiraporn Kongtong
Corresponding author: Email: Jirapron924@gmail.com
(Received: November 24, 2023; Revised: December 2, 2023; Accepted: January 6, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbAc) ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และความพึงพอใจของญาติ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design)

วัสดุและวิธีดำเนินการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 16 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test และ Independent t – test โดยกำหนดนัยสำคัญที่ 95% CI

ผลการวิจัย : พบว่า ค่าคะแนนในด้านพฤติกรรมสุขภาพหลังผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<.001$) โดยมีคะแนนมากกว่า 0.54 คะแนน (95% CI : 0.34, 0.73) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ไม่แตกต่างกัน ($p=0.054$) และญาติมีความพึงพอใจโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 87.50

สรุปและข้อเสนอแนะ : ดังนั้นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยการกำกับของญาติ เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลและในชุมชนต่อไป และควรศึกษาเปรียบเทียบถึงระเวลาการเจ็บป่วยร่วมกับการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสม

คำสำคัญ : โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยการกำกับของญาติ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

ABSTRACT

Purposes : To compare health behaviors and cumulative sugar levels (HbA1c) of diabetic patients who cannot control blood sugar levels and Satisfaction with relatives.

Study design : Quasi experimental research

Materials and Method : The subjects were diabetic patients who came to the diabetes. Those who qualify for the selection of 32 people were divided in to experimental group and control group. Data were collected using behavioral evaluation and data analysis using frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test and independent t-test, with significance at confidence 95% CI.

Main findings : Showed that the scores in health behavior after diabetic patients with uncontrollable sugar levels in the experimental group had significantly higher health behaviors than in the control group ($p<0.001$) with a score of more than 0.54 points (95% CI: 0.34,0.73). Experimental group and the comparison group have sugar levels in blood (HbA1c) not different ($p=0.054$). Satisfaction with relatives' health behavior modification programs was assessed by relatives at 87.50%.

Conclusion and recommendations : Therefore, the program to change the behavior of health cases for diabetic patients who cannot control blood sugar level by the supervision of relatives. Suitable to be used in patients with diabetes that cannot control sugar levels, ThungKhaoLuang District, Roi Et Province. Further by bringing the model to be developed in line with the work in the diabetes clinic at the hospital and the Tambon Health Promotion Hospital so that patients who can't control their blood sugar levels can reach.

Keywords : Program on behavioral health modification for diabetic patients who can

* Registered Nurse Professional Level, Thungkhaoluang Hospital

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขทั้งของประเทศไทยและทั่วโลก จากการรายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ[1] พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 537 ล้านคน (อายุ 20-79 ปี) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 16.0 และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 634 ล้านคนและจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2588 จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ในปี 2557 พบการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นหนึ่งในสามของประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ความชุกเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 คิดเป็นจำนวนประมาณ 4.8 ล้านคน ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 300,000 คน[2] ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอทุ่งเขาหลวงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้น้อย จากข้อมูลผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1,349 ราย, 1,391 ราย, 1,508 ราย และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ 270 ราย (20.01%), 368 ราย (26.46) และ 375 ราย (26.21%)[3] จากการควบคุมระดับน้ำตาลได้น้อยทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องตัดเท้าสูงมากขึ้นจากปัญหาข้างต้นที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีวิธีการดำเนินงานจำนวน 3 ขั้นตอน ผู้วิจัยจึงได้นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล โดยการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและนำมาให้สุขศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณี ให้ผู้ป่วยได้สังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาของตนเองและลงในแบบบันทึกประจำวัน โดยเรียกกิจกรรมนี้ว่า “การบ้าน” และให้ผู้ป่วยนำส่งการบ้านพร้อมทั้งการเจาะเลือดเพื่อประเมินผลระดับน้ำตาล (FBS) ทุกครั้งที่ส่งการบ้านการ มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน สาธิตอาหารแลกเปลี่ยน การฝึกเลือกอาหารแลกเปลี่ยน การสาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาวะสุขภาพ ทำซ้ำจำนวน 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 ห่างกัน 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 ห่างกัน 2 สัปดาห์ และห่างกัน 1 เดือน จำนวน 2 ครั้ง ติดตามผลในเดือนที่ 3 ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด (HA1c) ซ้ำประเมินความรู้ ประเมินพฤติกรรม ความรู้ รับรู้สภาวะสุขภาพ มีความตระหนักสามารถควบคุมพฤติกรรมการกินได้ถูกวิธีและต่อเนื่องนำไปสู่ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ดี ลดภาวะแทรกซ้อน เฉียบพลันลดภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้าเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการศึกษา “ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้” ที่ผ่านมานั้น ผู้วิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ผ่านโปรแกรมข้างต้นยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์ (60.00%) ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นเกิดจากปัจจัยดังต่อไปนี้ กลุ่มผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาหารเอง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยชายที่มีแม่บ้านประกอบอาหารให้ ผู้ป่วยที่ต้องทำอาหารให้กับครอบครัวและรับประทานอาหารร่วมกันจึงไม่สามารถจัดอาหารให้เหมาะสมกับโรคและควบคุมปริมาณอาหารได้ จึงได้นำข้อเสนอแนะมาพัฒนาต่อเนื่องในการวิจัยครั้งนี้ โดยนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยการควบคุมกำกับของญาติ เพื่อให้ญาติเป็นผู้กำกับดูแลเรื่องการบริโภคอาหาร อาหารแลกเปลี่ยนการรับประทานยา การออกกำลังกาย มาประยุกต์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้ถูกต้องภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนและมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และความพึงพอใจของญาติ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design)

วิธีการดำเนินการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c >7-9 จำนวน 16 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยมีญาติควบคุมกำกับ เป็นกลุ่มทดลอง

2. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c >7-9 จำนวน 16 คนที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง และอาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีระดับน้ำตาบในเลือด HbA1c>7-9 ของผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะเลือดประจำปีที่นัดมาติดตามการรักษา คัดเลือกตามเกณฑ์ จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 16 คน

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเกณฑ์คัดเข้าผู้ป่วย 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 65 ปี 2) ได้รับการเจาะเลือด HbA1c ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม - 25 ธันวาคม 2565 และมีค่าHbA1c >7-9 3) สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยไม่มีความบกพร่องด้านความรู้คิด 4) มีความสามารถเดินทางได้ด้วยตนเอง และ 5) มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย และอาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งเขาหลวง

เกณฑ์การคัดออกของผู้ป่วย 1) มีโรคแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อหรือโรคติดต่อ ที่รุนแรง หรือเสียชีวิตระหว่างการดำเนินการวิจัย 2) ถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการวิจัย และ 3) ย้ายการรักษาไปรับการรักษาที่อื่น

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเกณฑ์การคัดเข้าของญาติผู้ดูแล 1) เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 20 - 65 ปี 2) สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยไม่มีความบกพร่องด้านความรู้คิด 3) มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย และอาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งเขาหลวง และ 4) เป็นผู้อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเบาหวาน สามารถติดตามมาร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

เกณฑ์การคัดออกของญาติผู้ดูแล 1) ไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเบาหวาน และ 2) ถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการวิจัย

ระยะเวลาดำเนินการ

ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 – 30 กันยายน 2566 รวมระยะเวลา 9 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ชนิด ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการร่วมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบประเมินประเมินพฤติกรรมสุขภาพได้พัฒนามาจาก สุพัตรา สรรพกิจบำรุง[4] (2) แบบประเมินความพงพอใจของญาติ ได้พัฒนามาจาก กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[5] และ (3) โปรแกรม HOSxP

2) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ (1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยการกำกับของญาติ (2) สมุดการบ้านตน เตือน ตน เพื่อเป็นคนลดน้ำตาล และ (3) เครื่องตรวจ HbA1c ตรวจโดยการเก็บสิ่งส่งตรวจเจาะเส้นเลือดดำ เลือดปริมาณ 3 มิลิลิตร ใส่หลอดเก็บเลือดที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด EDTA ควรนำส่งห้องปฏิบัติการภายใน 2 ชั่วโมง หลังจากเก็บสิ่งส่งตรวจ เข้าเครื่อง Automeda[6]

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาธรรมวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1132565 ผู้วิจัยเข้าชี้แจงการพิทักษ์สิทธ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย รวมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามหรือข้อสงสัยต่างๆ ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยจึงให้ผู้ป่วยลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้ป่วยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขั้นตอนของการศึกษาวิจัย โดยไม่มีผลกับการรักษา ข้อมูลต่างที่ได้รับกับผู้ป่วยจะนำเสนอในภาพรวมของกลุ่ม ไม่สามารถสืบค้นถึงเจ้าของข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยตัวเองและเก็บข้อมูลผลการตรวจเลือด HbA1c ภายหลังการทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยการกำกับของญาติระยะเวลา 3 เดือนจากฐานข้อมูล HOSxP ที่ระบบเชื่อมกับเครื่อง Automeda[6]

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ผู้วิจัยได้มีการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้องโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้อาหารแลกเปลี่ยนความรอบรู้ (Health literacy) ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) จากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[5] โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีจากอุบลรัตน์ รัตนอุไร[7] ผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2. เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3. หลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วผู้วิจัยได้วางแผนการวิจัยเตรียมสถานที่วิจัยโดยประสานงานพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอทุ่งเขาหลวงเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

4. จัดประชุมชี้แจงทีมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรัง ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงทำความเข้าใจในการทำแบบสำรวจความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อจัดกิจกรรมในค่าย ทำแผนการทำค่ายมอบหมายงานโดยการจัดทำค่ายมีทีมเจ้าหน้าที่วิทยากรจำนวน 8 คน และการให้คำปรึกษารายบุคคล ผู้ทำการวิจัยสามารถส่งขอรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ที่มีความเฉพาะด้าน เช่น การขอรับคำปรึกษาเรื่องยาจากเภสัช การออกกำลังกายที่เหมาะสมจากนักกายภาพบำบัด เป็นต้น

5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงทำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายก่อนเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Pre-test นำข้อมูลที่ได้ให้ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงบันทึกและประมวลผลในโปรแกรม

ขั้นดำเนินการ กิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล

การทำกิจกรรมทั้ง 5 ครั้ง แบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ **กลุ่มทดลอง** คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีญาติควบคุมกำกับ **กลุ่มเปรียบเทียบ** คือ กลุ่มที่มีเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมทำกิจกรรมค่ายทั้ง 5 ครั้ง โดยแยกวันในการทำกิจกรรมค่าย กลุ่มทดลองนัดให้ตรงกับวันจันทร์ กลุ่มเปรียบเทียบนัดให้ตรงวันพุธ โดยใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีเดียวกัน

กิจกรรมเข้าค่ายครั้งที่ 1 มีกิจกรรมดังนี้ 1. ลงทะเบียน จัดทำสมุดคู่มือลงข้อมูลพื้นฐานในแบบบันทึกข้อมูล “การบ้าน ตนเตือนตน คนลดน้ำตาล” แจ้งผลตรวจเลือดประจำปี ค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด ให้ผู้ป่วยทราบ 2. ประชุมชี้แจงการจัดทำโครงการค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบแนวทางการดำเนินงาน การทำกิจกรรม และการติดตามผู้ป่วยมีการแนะนำตัวผู้ป่วยแต่ละคนและแนะนำทีมวิทยากร 3. จัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีวิทยากรหลักจากทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงเป็นผู้ดูแล 4. จัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและอาหารแลกเปลี่ยน โดยการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากโมเดลอาหารแลกเปลี่ยน และเรียนรู้ปริมาณน้ำตาลในอาหารแต่ละชนิดลงปฏิบัติประกอบอาหารที่เหมาะกับผู้ป่วยเบาหวานเน้น ลดการ

ปรุงแต่งอาหาร ลดหวาน ลดเค็ม ลดมัน เป็นอาหารประเภทต้ม แกง นึ่ง และให้ทดลองรับประทาน ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการคิดเมนูอาหารเช้าเพื่อจัดกิจกรรมประกอบอาหารในการนัดครั้งต่อไป 5.กิจกรรมกลุ่มให้ความเชิงปฏิบัติการรู้เรื่องยาเบาหวาน และยาอื่นๆที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ โดยการให้ผู้ป่วยนำยาที่รับประทานอยู่ทั้งหมอมาด้วย การกินยาที่ถูกต้อง การจัดเก็บยา การออกฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียง และการเป็นแบบอย่างในการนำกระเป๋าผ้าใส่ยามาพบแพทย์ทุกครั้ง 6. กิจกรรมกลุ่มการออกกำลังกาย โดยนักกายภาพบำบัดโดยให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติ มี 3 รูปแบบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการใช้ปฏิบัติให้เหมาะสมกับตัวเอง 1) การออกกำลังกายแบบเพิ่มความแข็งแรงการใช้ยางยืด และการใช้ขวดน้ำ 2) การเพิ่มความยืดหยุ่นออกกำลังกายแบบยืดเหยียด และ 3) การออกกำลังกายแบบการออกแบบร่วมกันเพื่อผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมและมีทางเลือกนำไปปฏิบัติ และ 7.กิจกรรมพบครูผู้สอน (วิทยากร) โดยแบ่งพบครูเป็นรายบุคคล ครู 1 คน ได้นักเรียน (ผู้ป่วยเบาหวานที่มาค่าย) 2-3 คน โดยการสอบถามพฤติกรรมของนักเรียนเรื่องอาหาร เรื่องยา เรื่องการออกกำลังกาย เรื่องอารมณ์โดยครูจะบันทึกในการบ้านตนเตือนตน คนลดน้ำตาล และแจ้งพฤติกรรมที่ไม่ลดน้ำตาลได้ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน และสามารถส่งรับคำปรึกษากับครู่ท่านอื่นในค่ายที่มีความรู้เฉพาะด้านได้ เช่น เภสัชที่มีความรู้เรื่องยา สรุปการปฏิบัติตัวที่พึงประสงค์ การปฏิบัติตัวที่ไม่พึงประสงค์ แนวทางการแก้ไขปัญหาและคำแนะนำ ให้การบ้านเพื่อให้นักเรียนได้บันทึกกิจกรรมทุกวัน พร้อมให้กำลังใจแก่นักเรียน นัดพบกันครั้งต่อไป 2 สัปดาห์ เพื่อส่งการบ้าน

กิจกรรมเข้าค่ายครั้งที่ 2 มีกิจกรรมดังนี้ 1.เจาะน้ำตาลในเลือด (FBS) โดยให้ผู้ป่วยงดน้ำอาหารและยาก่อนเจาะ 6-8 ชั่วโมง ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน ลงในสุดบันทึกการบ้านหน้าที่ 2 รับอาหารว่างที่เป็นผักผลไม้ที่มีปริมาณน้ำตาลน้อย 2. ร่วมกันประกอบอาหารเช้าเรียนรู้เรื่องอาหารที่มีปริมาณน้ำตานน้อย เค็มน้อย มันน้อย ร่วมกับคณะวิทยากร และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องอาหาร รับประทานอาหารเช้าร่วมกัน 3. เข้ากลุ่มยกยอปอปั่นชื่นชมคนที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าครั้งก่อนเข้าค่าย ให้กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมน้ำตาล 4. กิจกรรมออกกำลังกายกลุ่มร่วมกันนำโดยตัวแทนผู้ป่วยและมีนักกายภาพเป็นผู้ควบคุมกำกับดูแล โดยการให้กลุ่มเลือกวิธีการออกกำลังกายเอง และ 5.กิจกรรมพบครูผู้สอนเพื่อส่งการบ้าน โดยครูจะแจ้งผลระดับน้ำตาล ตรวจการบ้าน สรุปการปฏิบัติตัวที่พึงประสงค์, สรุปการปฏิบัติตัวที่ไม่พึงประสงค์, ครูและนักเรียนร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และแจ้งให้นักเรียนทำการบ้านครั้งต่อไป งดน้ำ อาหารและยา ก่อนส่งการบ้านครั้งต่อไป ลงนัด โดยนัดพบกันครั้งต่อไป 2 สัปดาห์

กิจกรรมเข้าค่ายครั้งที่ 3 มีกิจกรรม ดังนี้ 1. เจาะน้ำตาลในเลือด (FBS) โดยให้ผู้ป่วยงดน้ำอาหารละยาก่อนเจาะ 6-8 ชั่วโมง ชั่งน้ำหนักวัดความดัน ลงในสุดบันทึกการบ้านหน้าที่ 3 รับอาหารว่างที่เป็นผักผลไม้ที่มีปริมาณน้ำตาลน้อย 2. ร่วมกันประกอบอาหารเช้าเรียนรู้เรื่องอาหารที่มีปริมาณน้ำตานน้อย เค็มน้อย มันน้อย ร่วมกับคณะวิทยากร และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องอาหาร รับประทานอาหารเช้าร่วมกัน 3.เข้ากลุ่มยกยอปอปั่นชื่นชมคนที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าครั้งก่อนเข้าค่าย ให้กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการการควบคุมน้ำตาล 4.กิจกรรมออกกำลังกายกลุ่มร่วมกันนำโดยตัวแทนผู้ป่วยและมีนักกายภาพเป็นผู้ควบคุมกำกับดูแล โดยการให้กลุ่มเลือกวิธีการออกกำลังกายเองและ 5.กิจกรรมพบครูผู้สอนเพื่อส่งการบ้าน โดยครูจะแจ้งผลระดับน้ำตาล ตรวจการบ้าน สรุปการปฏิบัติตัวที่พึงประสงค์, สรุปการปฏิบัติตัวที่ไม่พึงประสงค์, ครูและนักเรียนร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และแจ้งให้นักเรียนทำการบ้านครั้งต่อไป งดน้ำ อาหารและยา ก่อนส่งการบ้านครั้งต่อไป ลงนัด โดยนัดพบกันครั้งต่อไป 4 สัปดาห์

กิจกรรมเข้าค่ายครั้งที่ 4 มีกิจกรรม ดังนี้ 1. เจาะน้ำตาลในเลือด (FBS) โดยให้ผู้ป่วยงดน้ำอาหารละยาก่อนเจาะ 6-8 ชั่วโมงชั่งน้ำหนัก วัดความดัน ลงในสุดบันทึกการบ้านหน้าที่ 4 รับอาหารว่างที่เป็นผักผลไม้ที่มีปริมาณน้ำตาลน้อย 2. ร่วมกันประกอบอาหารเช้าเรียนรู้เรื่องอาหารที่มีปริมาณน้ำตานน้อย เค็มน้อย มันน้อย ร่วมกับคณะวิทยากร และ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องอาหาร รับประทานอาหารเช้าร่วมกัน 3.เข้ากลุ่มยกยอปอปั่นชื่นชมคนที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าครั้งก่อนเข้าค่าย ให้กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมน้ำตาล 4.กิจกรรมออกกำลังกายกลุ่มร่วมกันนำโดยตัวแทนผู้ป่วยและมีนักกายภาพเป็นผู้ควบคุมกำกับดูแล โดยการให้กลุ่มเลือกวิธีการออกกำลังกายเอง และ 5.กิจกรรมพบครูผู้สอนเพื่อส่งการบ้าน โดยครูจะแจ้งผลระดับน้ำตาลตรวจการบ้าน สรุปการปฏิบัติตัวที่พึงประสงค์, สรุปการปฏิบัติตัวที่ไม่พึงประสงค์, ครูและนักเรียนร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และแจ้งให้นักเรียนทำการบ้านครั้งต่อไป งดน้ำ อาหารและยา ก่อนส่งการบ้านครั้งต่อไป ลงนัด โดยนัดพบกันครั้งต่อไป 4 สัปดาห์

กิจกรรมเข้าค่ายครั้งที่ 5 มีกิจกรรม ดังนี้ 1.เจาะน้ำตาลในเลือด (FBS, HbA1c) โดยให้ผู้ป่วยงดน้ำอาหารและยาก่อนเจาะ 10-12 ชั่วโมง ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน ลงในสมุดบันทึกการบ้านหน้าที่ 5 รับอาหารว่างที่เป็นผักผลไม้ที่มีปริมาณน้ำตาลน้อย 2.ร่วมกันประกอบอาหารเช้าเรียนรู้เรื่องอาหารที่มีปริมาณน้ำตานน้อย เค็มน้อย มันน้อย ร่วมกับคณะวิทยากร และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องอาหารรับประทานอาหารเช้าร่วมกัน 3. ทำแบบประเมินความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพหลังการเข้าร่วมโครงการค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ครูเฉลยข้อสอบ 4. กิจกรรมพบครูผู้สอนเพื่อส่งการบ้านโดยครูจะแจ้งผลระดับน้ำตาล ตรวจการบ้าน สรุปการปฏิบัติตัวที่พึงประสงค์, สรุปการปฏิบัติตัวที่ไม่พึงประสงค์ ให้กำลังใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ 5. พิธีปิดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การแจ้งผลนักเรียนที่รับเกรียตินิยมอันดับ 1,2,3 คือกลุ่มนักเรียนที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มอบรางวัล และให้ผู้ที่ควบคุมได้ดีแสดงความรู้สึก วิธีการปฏิบัติตัวแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มอบใบประกาศสำหรับผู้ที่ผ่านค่ายทุกคน ปิดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอทุ่งเขาหลวง ประจำปี พ.ศ.2566

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลทั่วไปนำมาแจกแจง ค่าความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับในเลือดไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยสถิติทดสอบ Independent t – test

3. ค่าน้ำตาลในเลือดวัดก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (HbA1C) โดยใช้ความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบ Paired t-test และ Independent t – test โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และความเชื่อมั่นที่ระดับ 95%CI

ผลการศึกษา

ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ HbA1c >7 จำนวน 32 คนโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (74.00%) อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 59- 65 ปี (80.00%) โดยส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพคู่ สมรส (80.00%) ระดับการศึกษาเป็นระดับชั้นประถมศึกษา (85.00%) ประกอบอาชีพทำนา (84.00%)

ด้านพฤติกรรมสุขภาพหลังการพัฒนาผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.001$) โดยมีคะแนนมากกว่า 0.54 คะแนน (95% CI: 0.34,0.73) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ระหว่างกลุ่ม (n=16)

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean(SD.)	Meandiff(SE)	95%CI	p
ทดลอง	3.21(0.29)	0.54(0.95)	0.34 - 0.73	<.001
เปรียบเทียบ	2.67(0.25)			

หลังการพัฒนาผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ไม่แตกต่างกัน (p=.054) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) หลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ระหว่างกลุ่ม (n=16)

ค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c	Mean(SD.)	Meandiff(SE)	95%CI	p
ทดลอง	6.88(0.71)	-0.50(0.49)	-1.01 - 0.01	.054
เปรียบเทียบ	7.38(0.69)			

ค่าคะแนนความพึงพอใจของญาติต่อโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยการกำกับของญาติ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (81.25%) มีอายุในช่วง 31-40 ปี และ 41-50 ปี (35.00%) และอายุเฉลี่ย 46.25 ปี สถานภาพสมรสคู่ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (75.00%) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร (62.50%) ความพึงพอใจของญาติต่อโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยการกำกับของญาติ พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ได้แก่ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดกิจกรรมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีโดยมีการกำกับของญาติ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ มีค่าเฉลี่ย 4.94 รองลงมาได้แก่ประโยชน์ของการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครั้งนี้ มีค่าเฉลี่ย 4.88 ส่วนความพึงพอใจต่ำสุดคือ ระยะเวลาการจัดกิจกรรม สถานที่ สื่ออุปกรณ์การจัดที่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ย 4.69 และความพึงพอใจในภาพรวมระดับมากเฉลี่ย 4.81 คิดเป็นร้อยละ 87.50

วิจารณ์

จากผลการวิจัยสามารถอภิปลายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้ ในด้านพฤติกรรมสุขภาพหลังการพัฒนาผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีโดยการกับกับของญาติ ทำให้ผู้ป่วยความตระหนักรู้มากขึ้นคนในครอบครัวมีความเข้าใจและเกิดการเสริมแรงในการควบคุมอาหาร มีคนคอยเตือนในการรับประทานยา มีเพื่อนร่วมออกกำลังกายและส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุระเชษฐ เกตุสวัสดิ์[8] ที่ได้ศึกษาการสร้างพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าหลังได้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (p<0.001) และสอดคลองกับ

การศึกษาของรัชมนภรณ์ เจริญ และคณะ[9] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการ มีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมีค่าคะแนนเปรียบเทียบหลังการทดลองที่ค่าคะแนนพฤติกรรมสูงขึ้น (p<.001)

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้หลังการพัฒนาในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก HbA1c 7–9 ซึ่งมีความห่างของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดค่อนข้างมาก และระยะเวลาในการดำเนินงานจนถึงประเมินผล ภายใน 3 เดือน ทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงไม่แตกต่าง เมื่อพิจารณาในภาพรวมค่าระดับดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงร้อยละ 100.00 และมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดกลุ่มทดลองลดลง (HbA1c<7) ร้อยละ 68.75

สรุปได้ว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎี การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) และพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจในด้านสุขภาพ,การเข้าถึงบริการการจัดการตนเอง, การเลือดตัดสินใจ และพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ควรมีการดำเนินงานต่อเนื่องละประเมินซ้ำเพื่อการติดตามผล

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างควรไม่ควรมีช่วงห่างมากเกินไป

3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างควรพิจารณาถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยเพื่อให้สอดคลองกับระยะเวลาการติดตามและศึกษาโปรแกรมที่เหมะสมแต่ละระยะการเจ็บป่วย

4. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้าถึงโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีโดยการกำกับของญาติควรมีการพัฒนาช่องทางการจัดโปรแกรมโดยการทำเช่นระบบการให้คำปรึกษาทางไกล Tele health

5. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวานทั้งในโรงพยาบาลและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกคนได้ควรรับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยการกำกับของญาติ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีเพราะความกรุณาอย่างสูงของท่าน ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา และ นางสาวรัดดาภรณ์ บุญกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอนอบน้อมบูชาพระคุณบิดามารดา บูรพาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนวิชาความรู้และเมตตาแก่ผู้วิจัยมาตลอด ซึ่งเป็นกำลังใจที่สำคัญที่ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี สำหรับข้อบกพร่องต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นนั้น ผู้วิจัยขอน้อมรับแต่เพียงผู้เดียว และยินดีที่จะรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่ได้เข้ามาศึกษา เพื่อให้เป็นประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Internationnal Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas - 10th edition [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 6]. Available from: http://www.diabetessatlas.org
2. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ; 2560.

3. โปรแกรม HDC. รายงานมาตรฐานกลาง 43 แฟ้ม (พ.ศ.2563-2565). [อินเทอร์เน็ต]. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.sasuk101. moph.go.th/
4. สุพัตรา สรรพกิจบำรุง. ผลของกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลประทาย อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์]. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2551.
5. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท 25 มีเดีย จำกัด; 2563.
6. กลุ่มงานพยาธิคลินิก. แนวทางการตรวจ HbA1c. วิธีปฏิบัติ เลขที่ LAB WI-609-01. กลุ่มงานพยาธิคลินิก โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2565.
7. อุบลรัตน์ รัตนอุไร, ประภาส สงบุตร. ผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2561;3(1):12-7.
8. สุระเชษฐ เกตุสวัสดิ์. การสร้างพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมขนในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2552.
9. รัชมนภรณ์ เจริญ, น้ำอ้อย ภัคดีวงค์, อำภาพร นามวงศ์พรม. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล. 2553; 16(2)279-92.

การพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ โดยใช้โปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้ของโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร

Development of Revenue Collection System Using a Receivable Claim Management (RCM) Progam in Health Network, Mukdahan Province

สุทิน สลางสิงห์*
Sutin salangsingha
Corresponding author: E-mail: St7747@hotmail.com
(Received: November 25, 2023; Revised: December 3, 2023; Accepted: January 7, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ กระบวนการพัฒนา และประเมินผลกระบบระบบการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็น 1) ผู้รับผิดชอบงานศูนย์จัดเก็บรายได้ในโรงพยาบาลชุมชนในระยะศึกษาสถานการณ์ 32 คน และระยะพัฒนาระบบบริการ 32 คน 2) ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร 4 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานระบบบริการการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย หัวหน้างานและผู้ปฏิบัติ 21 คน ดำเนินการเดือนมิถุนายนถึงกันยายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Precentage difference

ผลการวิจัย : (1) สภาพปัญหาของผู้ปฏิบัติงานในศูนย์จัดเก็บรายได้ พบว่า สาเหตุของการคลาดเคลื่อน ของข้อมูลเกิดจากด้านคน ระบบอินเตอร์เน็ต กระบวนการ โปรแกรมฯ และเมื่อสำรวจและศึกษาสถานการณ์ของระบบโดยรวม พบว่ามีการบริหารจัดการลูกหนี้อยู่ระดับน้อย (2) การพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ ประกอบด้วย (1) การจัดโครงสร้างระบบจัดเก็บรายได้ (2) ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (3) จำนวนและทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสม (4) การบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษาครบถ้วน (5) การบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน ถูกต้อง (6) ระบบเบิกจ่ายของแต่ละกองทุนค่ารักษาพยาบาล และ (7) การกำกับ ติดตาม ประเมินผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และ (3) หลังการพัฒนาพบว่า การบริหารจัดการลูกหนี้โดยรวมเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 28.97 และคะแนนการบริหารประสิทธิภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น 5 แห่งลดลง 2 แห่ง (71.43%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้หน่วยงานมีการบริหารจัดการลูกหนี้และคะแนนการบริหารประสิทธิภาพ (Total Performance Score) เพิ่มขึ้น ดังนั้นหน่วยที่เกี่ยวข้องควรนำระบบฯ นี้ไปใช้

คำสำคัญ : ระบบการจัดเก็บรายได้; โปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

ABSTRACT

Purposes : to examine the situation development process and evaluate the revenue collection system using a receivable claim management (RCM) progam in health network, Mukdahan Province.

Study design : We were obtained a mutual collaborative action research**.**

Materials and Methods : 1). 32 of Key informants were responsible for revenue collection centers in community hospitals during the situation study phase and 32 of service system development phases, 2) Four of responsible for revenue collection centers in Mukdahan Provincial Public Health Office, and 3) 21 of practitioners a main person responsible for operating the revenue collection service system of community hospitals in the Mukdahan Provincial Health Network consists of supervisors. We were conducted from June to September 2023. Data were collected using questionnaires, question guidelines for group discussion and recording form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Precentage difference.

Main findings : (1) A conditions of problems among workers in revenue collection centers were found to be causes of discrepancies, Of information comes from human side. Internet system, processes, programs, etc., and when surveying and studying overall system situation, it was found that there wasa low level of debtor management. (2) Development of the revenue collection system, consisting of (1) Revenue structure (2) Collecting all funds (3) Personnel appropriate (4) Complete recording (5) Corrected code (6) Disbursement for each medical fund system and (7) Control, evaluate, and after action review.

Conclusion and recommendations : After development, it was found that Overall debtor management increased by 28.97 percent and efficiency management scores Overall, there was an increase of 5 places, a decrease of 2 places (71.43%).

Keywords : Revenue Collection System; Receivable Claim Management

*Public Health Technical Officer, Mukdahan District Public Health Office

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามความหมายของสุขภาพไว้ในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก เมื่อมี พ.ศ.2491 ว่าสุขภาพเป็นสภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และมิได้หมายความเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น เช่นเดียวกับประเทศไทย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้กำหนดนิยามคำว่าสุขภาพว่าเป็นภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญาและสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล[1] และกำหนดเป้าหมายเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของระบบบริการสุขภาพ และพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยเพื่อนำสู่ผลลัพธ์ในภาพรวม คือ ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ได้รับบริการที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพด้วยความเป็นธรรม ได้รับการปกป้องคุ้มกันจากความเสี่ยงทางสังคมและการเงิน โดยกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยในปี พ.ศ.2559-2563 ได้มีการกำหนดเป้าหมาย คือ ประเทศไทยมีความมั่นคงด้านสุขภาพ และปลอดภัยจากภัยคุกคามด้านสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เศรษฐกิจและสังคมไทยพัฒนาได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งมีบทบาทในการร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพโลกและระดับภูมิภาคมีความรับผิดชอบที่สร้างสรรค์เป็นที่ยอมรับของประชาคมโลกและในระดับภูมิภาค กรอบการจัดระบบสถานบริการสุขภาพในระบบสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย จำแนกออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การพัฒนาระบบสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิตามลำดับ และจำแนกเขตการดูแลสุขภาพในประเทศไทยออกเป็น 12 เขตสุขภาพ โดยไม่รวมกรุงเทพมหานครปัจจุบัน มีจำนวนโรงพยาบาลรัฐบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดประทรวงสาธารณสุขทั้งสิ้น 896 แห่ง[2]

ระบบการเงินการคลังสุขภาพเป็นกลไกสำคัญอย่างหนึ่งในระบบบริการสุขภาพมีเป้าประสงค์หลักเพื่อให้เกิด “ความเป็นธรรม” กล่าวคือ การแบกรับภาระค่าใช้จ่ายควรเป็นไปตามความสามารถในการจ่ายของประชาชน เพื่อไม่ให้มีครัวเรือนใดต้องล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และอำนวยการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นธรรมการมีหลักประกันสุขภาพของประชากรไทยในปี พ.ศ.2544 ทำให้ประชาชนไทยทุกคนถูกครอบคลุมด้วยหลักประกัน ประเภทใดประเภทหนึ่งจาก 3 ระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาล ข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติพบว่า ความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพของระบบสุขภาพไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้น เมื่อวัดโดยร้อยละของครัวเรือนในกลุ่มเศรษฐานะต่างๆ ที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 10 ของรายได้ขณะเดียวกันความยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของคนไทยได้ลดลงหลังมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน (Poverty line) ซึ่งเป็นผลมาจากการควักกระเป๋าจ่ายเงินเองในการรักษาพยาบาลลดลงจากร้อยละ 2.1 ในปี พ.ศ.2543 ก่อนมีระบบหลักประกันสุขภาพ มาเหลือเพียงร้อยละ 0.5 ในปี พ.ศ.2549[3]

อย่างไรก็ตามระบบการคลังสุขภาพอาจมีปัญหาเนื่องจากรูปแบบการเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนไปเป็นโรคเรื้อรังและอุบัติเหตุ มีตัวอย่างผลงานวิจัยที่สะท้อนให้เห็นความสูญสียภาครัฐจากค่ารักษาพยาบาลและต้นทุนทางอ้อมที่เกิดจากความเจ็บป่วยที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การสูญเสียผลิตภาพ การฟ้องร้องคดีและอุบัติเหตุรวมกันเป็นมูลค่ากว่า 2,300 บาท/ประชากร ซึ่งใกล้เคียงงบเหมาจ่ายรายหัวที่รัฐบาลอุดหนุนให้กับหน่วยบริการทุกโรครวมกัน ความสูญเสียดังกล่าวอาจมีผลกระทบกับการคลังสุขภาพในอนาคต ซึ่งตัวอย่างประเทศไทยมีข้อดีในการบริหารการเงิน คือ มีการจัดสรรงบเพื่อดูแลประชาชนเพื่อป้องกันโรคอย่างชัดเจน และมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อดูแลสุขภาพกว่าร้อย 6.0 ของ GDP ซึ่งสูงกว่าประเทศในแถบใกล้เคียง และประเทศที่พัฒนาแล้วบางประเทศ แต่ในอนาคตอาจประสบปัญหาได้[3] ดังสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพของหน่วยบริการ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2560 พบว่า จังหวัดมุกดาหารประสบปัญหาวิกฤติทางการเงินการคลังมาอย่างต่อเนื่อง โดยปัญหาวิกฤติทางการเงินรุนแรงและขยายวงกว้างมากที่สุดในปี พ.ศ.2559 และมีแนวโน้มดีขึ้นในปี

พ.ศ.2560 มีการจัดทำแผนปรับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโดยการจัดทำหนังสือแสดงเจตจำนงการรับความช่วยเหลือทางด้านการเงิน รวมทั้งมีการติดตามควบคุม กำกับจากจังหวัด และเขตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่สามารถทำให้หลุดพ้นจากปัญหาวิกฤติดังกล่าว เพียงแต่ลดความรุนแรงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ทั้งนี้มีสาเหตุเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยมีสาเหตุหลักกล่าวคือ ปัจจัยนำเข้าที่ประกอบด้วยงบประมาณที่จัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่เพียงพอต่อการจัดบริการ คุณภาพการบันทึกบัญชีที่ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังยังไม่เพียงพอ เป็นต้น ส่งผลให้หน่วยบริการหลายแห่งประสบภาวะขาดทุน มีหนี้สินค้างจ่ายจำนวนมาก สภาพคล่องทางการเงินต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานทำให้เกิดวิกฤติทางการเงินอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

เช่นเดียวกับจังหวัดมุกดาหาร จากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 10 เป็นการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ระหว่างวันที่ 20-22 กรกฎาคม 2565 มีการสรุปผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ประเด็นการตรวจราชการ ระบบธรรมาภิบาลประเด็นหลัก การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ ตัวชี้วัดร้อยละหน่วยบริการประสบวิกฤตการเงินสถานการณ์ (Situation analysis) ด้านการเงินการคลังโรงพยาบาลในสังกัด พบว่า โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 7 แห่ง ไม่มีวิกฤติการเงินระดับ 6-7 ทุกแห่ง โดยมีระดับ Risk score เป็น 0 ต่อเนื่องกัน ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 เป็นต้นมา ส่วนผลการดำเนินงานควบคุมแผนรายได้และแผนค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลในเดือนพฤษภาคม 2565 หลังจากโรงพยาบาลทุกแห่งได้ปรับแผนการเงินครึ่งปี พ.ศ.2565 แล้วนั้น พบว่า มีโรงพยาบาลจำนวน 2 แห่ง ที่สามารถควบคุม Panfin ในส่วนรายได้ให้ผ่านเกณฑ์ (+/- 5%) 28.57% อีกจำนวน 5 แห่งสามารถควบคุม Planfin ในส่วนค่าใช้จ่ายให้ผ่านเกณฑ์ (+/- 5%) 71.42% แต่เมื่อคิดตามเกณฑ์การประเมินของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (หมวดรายได้ หมวดค่าใช้จ่ายอยู่ในเกณฑ์ (+/-5%) อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่างถือว่าผ่านเกณฑ์ประเมิน พบว่า มีโรงพยาบาล จำนวน 6 แห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมิน 85.71% ในทำนองเดียวกับพบว่า โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดมุกดาหาร ผ่านเกณฑ์การประเมิน เกรด B ขึ้นไป เพียง 2 แห่งเท่านั้น ได้แก่ โรงพยาบาลมุกดาหาร และโรงพยาบาลนิคมคำสร้อย 28.58% โรงพยาบาลในจังหวัดมุกดาหารไม่มีวิกฤตการเงิน อัตราส่วนทางการเงินผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดทุกตัว ผ่านการประเมิน 100.00% หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ 90.00% และผลการประเมินผ่านตัวชี้วัด 100.00%[4]

แต่จากการตรวจสอบข้อมูลคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการในจังหวัดมุกดาหาร พบว่า ข้อมูลบางหน่วยบริการยังขาดความน่าเชื่อถือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหารจึงได้มีการดำเนินงานควบคุม กำกับและติดตามโดยการจัดประชุมผู้รับผิดชอบ พร้อมทั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพบัญชีเป็นประจำทุกเดือน โดยเน้นให้มีการส่งข้อมูลงบทดลองให้ทันภายในวันที่ 20 ของเดือนถัดไป และมีการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของงบทดลองเบื้องต้น ตัวอย่างเช่น ค่าสุทธิไม่ผิดด้าน งบทดลองที่ส่งขึ้นเว็บไซต์มีความสัมพันธ์กันทุกเดือน มีการบันทึกวัสดุคงเหลือตามนโยบายบัญชีของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการปรับปรุงค่าเสื่อมราคาและตัดจำหน่ายทุกเดือน มีค่าเสื่อมราคาสะสมน้อยกว่าราคาสินทรัพย์ มีการบันทึกบัญชีเจ้าหนี้การค้าและค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย ซึ่งจากการตรวจสอบข้องมูลทางบัญชีของหน่วยบริการในจังหวัดมุกดาหาร พบว่า ณ 30 กันยายน 2565 ทุกหน่วยบริการได้คะแนนคุณภาพบัญชีเต็ม 100 คะแนน

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ประกอบกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือสามารถทำนายผลการประกอบการของโรงพยาบาลได้นั้นมีหลายปัจจัย ประกอบด้วยปัจจัยลักษณะทั่วไปหรือปัจจัยขององค์กร ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านการให้บริการผู้ป่วยและปัจจัยด้านการตลาด

หรือประเภทของผู้ป่วย โดยเฉพาะปัจจัยด้านการบริหารจัดการ เช่น การใช้เงินกู้หรือการจัดการหนี้สิน จำนวนบุคลากร สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยต่อบุคลากรของโรงพยาบาล อัตราการหมุนเวียนสินค้าคงคลังการบริหารต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ ต้นทุนในการให้การรักษาพยาบาล เป็นต้น[5] จากปัญหาดังกล่าวผู้เกี่ยวข้องจึงได้ประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยนำแนวคิดระบบการจัดเก็บรายได้เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา และใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart)[6] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นการวางแผน (Plan) ขั้นการลงมือปฏิบัติ (Acting) ขั้นการสังเกต (Observe) และขั้นการสะท้อนคิด (Reflecting) เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะร่วมมือกันทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ปัญหา นำแผนสู่การปฏิบัติจริง มีการสังเกตและสะท้อนผลของการปฏิบัติ จากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนของการวางแผนปรับปรุงและดำเนินการใหม่เป็นวงจร จนกว่าจะได้ระบบการจัดเก็บรายได้ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดมุกดาหารและเครือข่ายบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพลดอัตราการเสียชีวิต ความรุนแรงของโรคและความพิการมาใช้ในการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดมุกดาหารน่าจะเป็นตัวช่วยในการแก้ไข ปรับปรุงภาวะวิกฤติทางการเงินของหน่วยบริการได้ ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลังในอนาคตต่อไปได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ กระบวนการพัฒนา และประเมินผลกระบบระบบการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) โดยวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ โดยใช้โปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้ของโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือน กันยายน พ.ศ.2566

พื้นที่ศึกษา พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร และโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 7 แห่ง โรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลมุกดาหาร และโรงพยาบาลลูกข่าย ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 6 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย 1) ผู้รับผิดชอบงานศูนย์จัดเก็บรายได้ในโรงพยาบาลชุมชนในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 32 คน และระยะพัฒนาระบบบริการจำนวน 32 คน 2) ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 4 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานระบบบริการการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหารประกอบด้วยหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติ จำนวน 21 คน

ผู้ร่วมวิจัย เป็นบุคลากรผู้เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 84 คน ผู้ร่วมกิจกรรมได้แก่ คณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ระบบการจัดเก็บรายได้ โดยใช้โปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้ของโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายสุขภาพ จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลลักษณะทางประชากรผู้ปฏิบัติงานศูนย์จัดเก็บรายได้ในเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหารซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด

หน้าที่ในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (2) แบบประเมินการบริหารจัดการลูกหนี้ของโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยของเสาวนีย์ สงวนวงศ์ภักดี[7] ที่ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง การบริหารลูกหนี้ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการเงินของการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคจังหวัดนราธิวาส โดยการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การกำหนดแผนงานและการสนับสนุน การประเมินและวิเคราะห์ลูกหนี้ การประเมินและวิเคราะห์ลูกหนี้ และการจัดเก็บและการติดตาม จำนวน 18 ข้อและแบบประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการเงิน จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยกำหนดคะแนนค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ (5, 4, 3, 2 และ 1) จากนั้นหาค่าเฉลี่ยของคำตอบแบบสอบถาม โดยใช้การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้[8]

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุด

แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Reliabililty Test) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient)[9] โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ไม่น้อยกว่า 0.70 ถือว่ามีค่าความเชื่อมั่นเหมาะที่จะใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป โดยแบบสอบถามได้ค่าความเชื่อมั่นรายด้านอยู่ระหว่าง 0.81-0.94 สำหรับแบบประเมินนี้ผู้รับผิดชอบหลักในระบบการจัดเก็บรายได้ เป็นผู้ใช้ในการประเมินการปฏิบัติของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง และ 3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่มในระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามการพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของศูนย์จัดเก็บรายได้ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลของศูนย์จัดเก็บรายได้ 2) การสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานศูนย์จัดเก็บรายได้ 10 คน 3) สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้รับผิดชอบงานศูนย์จัดเก็บรายได้ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร 8 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน เจ้าหน้าที่/พนักงาน 5 คน และ4) สนทนากลุ่มในผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานระบบศูนย์จัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายบริการ 12 คน โดยเป็นผู้รับผิดชอบหลักของศูนย์จัดเก็บรายได้ จำนวน 5 คน และโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่งๆ ละ 1 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน (Action plan) ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผล ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้โดยประเมินจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลการจัดรายได้ของศูนย์จัดเก็บรายได้ และ 2) แบบประเมินการบริหารจัดการลูกหนี้ของโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์

เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ และได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์สภาพปัญหา (1) ลักษณะทางประชากร พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์จัดเก็บรายได้ทั้งหมด 24 คน ส่วนเป็นชาย (54.17%) อายุตั้งแต่ 41-50 ปี (41.66%) เป็นเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านบัญชี (70.83%) ประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 16-25 ปี (37.50%) และมีรายได้เฉลี่ยตั้งแต่ 35,001-45,000 บาทต่อเดือน (33.33%) (2) จากการสนทนากลุ่มประเด็นสภาพปัญหาของผู้ปฏิบัติงานในศูนย์จัดเก็บรายได้พบว่า สาเหตุของคลาดเคลื่อน (Error) จำแนกได้ดังนี้มาจากด้านคน เช่น การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนมีการแก้ไขข้อมูลทำให้การประมวลผลไม่ตรงกันได้ การไม่บันทึกค่ารักษาภายในวันที่รับบริการเดิมการสื่อสารระหว่างผู้ใช้งานกับโปรแกรมเมอร์ไม่ตรงกันทำให้ไม่ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ การยกเลิกกรณี IPD มาเป็น OPD แต่ทำไม่สมบูรณ์ส่งผลต่อข้อมูลค่าบริการไม่ครบถ้วน ด้านระบบอินเตอร์เน็ต เช่น ความไม่เสถียรของระบบอินเตอร์เน็ตส่งผลทำให้การประมวลผลข้อมูลล่าช้าได้ หรือการเชื่อมกับอินเตอร์เน็ตของโทรศัพท์มือถือได้ทดแทนในบางพื้นที่ที่ไม่มีระบบอินเตอร์เน็ต ด้านกระบวนการมีการเปลี่ยนแปลงระบบการเรียกเก็บของโปรแกรม สปสช.บ่อยทำให้ส่งผลถึงข้อมูลที่ประมวลผลได้ ช่องทางการรับข้อมูลตอบกลับมีหลายช่องทาง มีหลายกองทุนที่ต้องเชื่อมต่อกับโปรแกรม และด้านโปรแกรมฯ ซึ่งต้องมีการปรับปรุงโปรแกรมสม่ำเสมอเพื่อให้รองรับการรูปแบบการทำงานที่มีการเปลี่ยนแปลง และ (3) เมื่อสำรวจและศึกษาสถานการณ์ของระบบการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหารโดยรวมพบว่ามีการบริหารจัดการลูกหนี้อยู่ระดับน้อย (mean=2.45, SD.=0.35) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ามีการบริหารจัดการลูกหนี้ด้านการจัดเก็บและการติดตามมากกว่าด้านอื่นๆ (mean=2.60, SD.=0.92) รองลงมา คือการกำหนดแผนงานและการสนับสนุน (mean=2.43, SD.=0.84) ด้านประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการเงิน (mean=2.38, SD.=0.64) และการประเมิน และวิเคราะห์ลูกหนี้ (mean=2.37, SD.=0.68) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะทางประชากรของผู้ปฏิบัติงานในศูนย์จัดเก็บรายได้ (n=24)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
เพศ	ชาย	13(54.17)
	หญิง	11(45.83)
อายุ (ปี)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	4(16.67)
	31 - 40 ปี	6(25.00)
	41 -50 ปี	10(41.66)
	มากกว่า 50 ปี	4(16.67)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน	ผู้บริหาร/หัวหน้างาน	7(29.17)
	ปฏิบัติงานด้านบัญชี	17(70.83)
ประสบการณ์การทำงาน	ไม่เกิน 5 ปี	4(16.67)
	6-15 ปี	6(25.00)
	16-25 ปี	9(37.50)
	26-35 ปี	3(12.50)
	มากกว่า 35 ปี	2(8.33)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(บาท)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25,000 บาท	4(16.67)
	25,001 - 35,000 บาท	6(25.00)
	35,001 - 45,000 บาท	8(33.33)
	45,001 - 55,000 บาท	3(12.50)
	มากกว่า 55,000 บาท	3(12.50)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละความแตกต่างของการบริหารจัดการลูกหนี้ของโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหารก่อนการพัฒนา

การบริหารจัดการลูกหนี้	Mean(SD.)	ระดับการบริหารจัดการลูกหนี้
การกำหนดแผนงานและการสนับสนุน	2.43(0.84)	ระดับน้อย
การประเมิน และวิเคราะห์ลูกหนี้	2.37(0.68)	ระดับน้อย
การจัดเก็บและการติดตาม	2.60(0.92)	ระดับปานกลาง
ประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการเงิน	2.38(0.64)	ระดับน้อย
เฉลี่ยโดยรวม	2.45(0.35)	ระดับน้อย

2. การประเมินผลการพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้

2.1 การพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ โดยใช้โปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้ของโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหารประกอบด้วย (1) การจัดโครงสร้างระบบจัดเก็บรายได้ (Revenue structure) (2) การจัดระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (Collecting all funds) (3) จำนวนและทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสม (Personnel appropriate) (4) การบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษาครบถ้วน (Complete recording) (5) การบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน ถูกต้อง (Corrected code) (6) ระบบเบิกจ่ายของแต่ละกองทุนค่ารักษาพยาบาล (Disbursement for each medical fund system) และ (7) การกำกับ ติดตาม ประเมินผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Control, evaluate, and after action review)

2.2 หลังการพัฒนา พบว่า การบริหารจัดการลูกหนี้โดยรวมเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 28.97 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านการประเมิน และวิเคราะห์ลูกหนี้มีการบริหารจัดการลูกหนี้เพิ่มขึ้นมากที่สุด (27.23%) รองลงมา คือ ด้านการกำหนดแผนงานและการสนับสนุน (26.44%) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าด้านการจัดเก็บและการติดตามมีการบริหารจัดการลูกหนี้น้อยที่สุด (22.31%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละความแตกต่างของการบริหารจัดการลูกหนี้ของโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร

การบริหารจัดการลูกหนี้	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	%difference
	Mean(SD.)	Mean(SD.)	
1. การกำหนดแผนงานและการสนับสนุน	2.43(0.84)	3.74(0.82)	+26.44
2. การประเมิน และวิเคราะห์ลูกหนี้	2.37(0.68)	3.70(1.06)	+27.23
3. การจัดเก็บและการติดตาม	2.60(0.92)	3.72(0.89)	+22.31
เฉลี่ยโดยรวม	2.45(0.35)	3.74(0.76)	+28.97
ประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการเงิน	2.38(0.64)	3.79(0.77)	+28.31

2.3 หลังการพัฒนาพบว่า ร้อยละความแตกต่างของระดับคะแนนการบริหารประสิทธิภาพ (Total Performance Score) ของหน่วยบริการโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหารโดยรวมเพิ่มขึ้น 5 แห่งลดลง 2 แห่ง (71.43%) เมื่อพิจารณาเป็นรายโรงพยาบาลพบว่าโรงพยาบาลหว้านใหญ่มีร้อยละความแตกต่างของระดับคะแนนการบริหารประสิทธิภาพ (Total Performance Score) มากที่สุด (28.57%) รองลงมา คือ โรงพยาบาลดอนตาล (22.22%) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าโรงพยาบาลนิคมคำสร้อยมีร้อยละความแตกต่างของระดับคะแนนการบริหารประสิทธิภาพ (Total Performance Score) ลดลง คือ (9.09%) และโรงพยาบาลดงหลวง (4.65%) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของระดับคะแนนการบริหารประสิทธิภาพ (Total Performance score) ของหน่วยบริการโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร

โรงพยาบาล	ระดับคะแนน total performance score (TPS scores)		
	ปีงบฯ พ.ศ.2565	ปีงบฯ พ.ศ.2566	% difference
โรงพยาบาลมุกดาหาร	11.50	13.50	+16.00
โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย	11.50	10.50	-9.09
โรงพยาบาลดอนตาล	8.00	10.00	+22.22

ตารางที่ 4 (ต่อ)

โรงพยาบาล	ระดับคะแนน total performance score (TPS scores)		
	ปีงบฯ พ.ศ.2565	ปีงบฯ พ.ศ.2566	% difference
โรงพยาบาลดงหลวง	11.00	10.50	-4.65
โรงพยาบาลคำชะอี	9.00	10.00	+10.53
โรงพยาบาลหว้านใหญ่	6.00	8.00	+28.57
โรงพยาบาลหนองสูง	11.00	12.50	+12.77

วิจารณ์

1. สถานการณ์ปัญหาจากการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับสภาพปัญหาการบริหารการเงินการคลังในหน่วยบริการสุขภาพที่มีความเสี่ยงทางการเงินในระดับ 7 เขตสุขภาพที่ 1 พบสาเหตุจำแนกเป็นรายด้านได้ดังนี้ คือด้านการวางแผน ได้แก่ แผนทางการเงินไม่เป็นไปตามแผนการจัดเก็บรายได้ ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ด้านสถานที่ตั้งติดเขตรอยต่อรอบด้านห่างไกล ต้นทุนค่าใช้สอยสูง ขาดดุลระหว่างรายรับและรายจ่าย ด้านทรัพยากร ได้แก่ เงินเช่น เงินติดลบ หนี้เก่าสะสม ต้นทุนยา การให้บริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกมีมูลค่าสูง ค่าจ้างบุคลากรที่สูงขึ้นรายรับน้อย ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น รับภาระค่าใช้จ่าย นอกเหนือบัญชียาของโรงพยาบาล บุคลากร เช่น บุคลากรมีน้อยต่อภาระงานเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลังยังขาดความรู้และทักษะอย่างเพียงพอประสบการณ์น้อย โยกย้ายบ่อย ด้านกระบวนการได้แก่ ระบบเวชระเบียนไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลทางบัญชีผิดพลาด บันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ความถูกต้อง และทันเวลาในการเบิกจ่ายตรง มีการปรับเปลี่ยนวิธีการส่งข้อมูลมีความซับซ้อนและใช้เวลาค่อนข้างมาก ไม่ได้ติดตามทวงหนี้อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีผู้ป่วยค้างชำระเป็นเวลานานและระบบส่งต่อห่างไกล ค่าใช้จ่ายด้านเชื้อเพลิงสูง และด้านผู้รับบริการ/เครือข่าย ได้แก่ เจ้าหนี้เพิ่มขึ้น รับภาระค่าใช้จ่ายในเครือข่ายบริการสุขภาพผู้รับบริการเขตรอยต่อมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น สิทธิประกันสังคมมาใช้บริการเพิ่มขึ้นแต่มีการจ่ายชดเชยน้อยมาก ผู้ป่วยนอก เครือข่ายมาใช้บริการเพิ่มขึ้นพบกรณีไม่ชำระเงินไม่มีเงินชำระ สิทธิต่างด้าว มาใช้บริการเพิ่มขึ้นเกิดค่าใช้จ่ายสูง และไม่สามารถเรียกเก็บได้ มีการขอผ่อนชำระค่ารักษาและมักไม่มาชำระในงวดต่อๆ ไป และประชากรน้อยมีฐานะยากจน[10]

2. การพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ โดยใช้โปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้ของโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหารประกอบด้วย (1) การจัดโครงสร้างระบบจัดเก็บรายได้ (2) ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (3) จำนวนและทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสม (4) การบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษาครบถ้วน (5) การบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน ถูกต้อง (6) ระบบเบิกจ่ายของแต่ละกองทุนค่ารักษาพยาบาล และ (7) การกำกับ ติดตาม ประเมินผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการควบคุมบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนากระบวนการสื่อสาร ระบบทะเบียนบัญชี ลูกหนี้รายตัว ระบบการควบคุม กำกับติดตามกระบวนการทำงานระหว่างหน่วยงาน การวางแผนการพัฒนาองค์ความรู้ของนักบัญชีและผู้เกี่ยวข้องการจัดทำคู่มือการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล และผู้ป่วยสิทธิจ่ายตรง[11]; รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการเงินการคลังเพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณ โครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระบุรี ประกอบด้วยขั้นตอน คือ (1) แต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (2) พัฒนาความรู้และประสบการณ์ด้านการเงินการคลังด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบผสมผสาน

(3) จัดทำเอกสารคู่มือการดำเนินงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (4) สร้างช่องทางการสื่อสารข้อมูลและแหล่งเรียนรู้ด้านการเงินการคลัง และ (5) สร้างเครือข่ายการประเมินเพื่อติดตามตรวจสอบด้านการเงินการคลังระดับตำบลและอำเภอ โดยรูปแบบมีความหมาะสมชิงโครงสร้างและเนื้อหา (ค่าเฉลี่ย IOC ระหว่าง 0.88 - 1.00) และความเป็นไปได้ในการนำรูปเบบมาใช้ปฏิบัติจริงในจังหวัดสระบุรี (ค่าเฉลี่ย IOC ระหว่าง 0.77-1.00)[11]; แนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลังประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวิเคราะห์ประเมิน และวางแผนปฏิบัติงานการเงินการคลัง โดยการประชุมกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น (2) การปฏิบัติตามแนวทางจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาของหน่วยบริการสุขภาพ (3) การติดตาม กำกับการดำเนินงานตามแผนการบริหารจัดการการเงินการคลัง หน่วยบริการสุขภาพที่มีความเสี่ยงทางการเงินในระดับ 7 โดยมีทีมหรือคณะกรรมการ CFO เป็นผู้ติดตาม เสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา และ (4) การถอดบทเรียน โดยทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาที่ยังพบอยู่ และนำมาแก้ไข พัฒนาปรับปรุงผู้บริหารหน่วยบริการสาธารณสุขสามารถนำแนวทางไปใช้ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถขับเคลื่อนระบบการเงินการคลังขององค์กรไปถึงเป้าหมายได้ตามที่กำหนดไว้[10]

3. การประเมินประสิทธิผลพบว่า หน่วยบริการโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหารมีร้อยละความแตกต่างของระดับคะแนนการบริหารประสิทธิภาพ (Total Performance Score) โดยรวมเพิ่มขึ้น 5 แห่ง ลดลง 2 แห่ง (71.43%) เมื่อพิจารณาเป็นรายโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลหว้านใหญ่มีร้อยละความแตกต่างของระดับคะแนนการบริหารประสิทธิภาพ (Total Performance Score) มากที่สุด (28.57%) รองลงมา คือ โรงพยาบาลดอนตาล (22.22%) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าโรงพยาบาลนิคมคำสร้อยมีร้อยละความแตกต่างของระดับคะแนนการบริหารประสิทธิภาพ (Total Performance Score) ลดลง คือ (9.09%) และโรงพยาบาลดงหลวง (4.65%) พบผลเช่นเดียวกับการควบคุมบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งพบว่า อัตราการปฏิเสธการจ่ายจากกรมบัญชีกลางลดลงร้อยละ 30.90 จาก 267,478.78 บาท เหลือ 184,826.48 บาท เพื่อให้เกิดความยั่งยืน[11] และสอดคล้องกับแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลังในหน่วยบริการสุขภาพที่มีความเสี่ยงทางการเงินในระดับ 7 เขตสุขภาพที่ 1 ที่ใช้ (1) แนวทางการบริหารรายได้ ได้แก่ กำหนดผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน หามาตรการเพิ่มรายได้จากกองทุนอื่นให้มากขึ้น เพิ่มรายได้ เช่น จัดบริการเพิ่ม/เชิงรุก บริการต่างด้าว บริการฝังเข็ม นวดแผนไทยนอกเวลาราชการ บริการทันตกรรม ทบทวนวิเคราะห์ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ควบคุมการจ้างเหมาบริการเคมีบำบัด การใช้ยา การชันสูตร รายการค่าใช้สอยต่างๆ ภาระงาน ฯลฯ ประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานต่างๆ ให้มาใช้บริการตรวจสุขภาพ และกำหนดแนวทางหรือแผนเพื่อเพิ่มการเข้ารับบริการในผู้ป่วยสิทธิต่างๆ (2) การควบคุมค่าใช้จ่าย ได้แก่ วิเคราะห์สาเหตุรายจ่ายที่เกิน เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนให้มากขึ้น จัดสรรอัตรากำลังบุคลากรให้สอดคล้องกับภาระงาน ลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็น งดการลงทุนมีแผนการซื้อพัสดุทุกเดือน และต้องได้รับการอนุมัติก่อนซื้อทุกครั้ง นโยบายประหยัดพลังงาน ลดการสั่งซื้อและลดอัตราระยะเวลาคงคลัง (3) การควบคุมกำกับแผนการเงินการคลัง ทีม CFO วิเคราะห์ข้อมูล ทบทวนกำกับผลการดำเนินงาน ควบคุมการใช้จ่ายทุกหมวดให้เป็นไปตามแผน Planfin สอบทานระบบบัญชีให้ถูกต้อง ให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา กำกับการเคลมเวชระเบียนผู้ป่วยในให้มีประสิทธิภาพ เคลมให้ครบ ทุกกองทุนฯ ให้ทันเวลา สอบทานความถูกต้องของการบันทึกบัญชีรายเดือนโดยทีม CFO ของโรงพยาบาลเฝ้าระวังและสอบทานงบการเงินทุกสัปดาห์ ทบทวนและศึกษาคู่มือการบันทึกบัญชี ปฏิบัติตามนโยบายบัญชีให้ครบถ้วน มีกลไกการติดตามเรียกเก็บหนี้ ปรับลูกหนี้ในระบบบัญชี โดยมีเอกสารการติดตามหนี้ประกอบ และ (4) พัฒนาระบบบริการใช้มาตรการเชิงรุกสร้างความเชื่อมั่น และเพิ่มบริการหรือศักยภาพในการให้บริการ โดยวางแผนร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ฯลฯ ดึงเรื่องที่ส่งต่อเครือข่าย กลับมาดูแลเอง ตามศักยภาพ

เพิ่มอัตราการครองเตียง และ case mix index (CMI) และพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อลดการใช้ยา[10]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ การนำระบบการจัดเก็บรายได้ โดยใช้โปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้ของโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ควรดำเนินการการให้ครบทั้ง 7 ขั้นตอน คือ เริ่มจากการวางโครงสร้างระบบจัดเก็บรายได้ การพัฒนาระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน พัฒนาทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสม การบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษาครบถ้วน การบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลครบถ้วน ถูกต้อง พัฒนาระบบเบิกจ่ายของแต่ละกองทุนค่ารักษาพยาบาล และการกำกับ ติดตาม ประเมินผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และผู้บริหารและผู้ปฏิบัติควรมีความรู้ ความเข้าใจถึงรายละเอียดขั้นตอนที่ชัดเจน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจที่ตรงกันและสามารถขับเคลื่อนระบบการเงินการคลังขององค์กรไปถึงเป้าหมายได้ตามที่กำหนดไว้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อหาแนวทางในการบริหารประสิทธิภาพ (Total Performance Score) ควรศึกษาถึงความแตกต่างระหว่างหน่วยบริการสุขภาพที่มีคะแนนการบริหารประสิทธิภาพมากที่สุด และน้อยที่สุด เพื่อศึกษาบริบทและปัจจัยที่ส่งผลต่อการคะแนนการบริหารประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาและติดตามระบบการจัดเก็บรายได้ โดยใช้โปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้ในระยะยาวและความต่อเนื่อง เพื่อศึกษาความคงทนของระบบฯ

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124, ตอนที่ 16ก. (ลงวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ.2550).
2. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562-2563. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: บริษัท คิวคัมเบอร์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2563.
3. สุชาดา ภัยหลีกลี้. ระบบการเงินการคลังสุขภาพ (Health Care Financing). ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2566.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. การตรวจราชการและนิเทศงานปกติระดับกระทรวงรอบที่ 2/2565. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร; 2565.
5. พลพรรธน์ อยู่สวัสดิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงานขาดทุนของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(2):357-68.
6. Kemmis, Mc T K S, Mc T R. The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria : Deakin University; 1988.
7. เสาวนีย์ สงวนวงศ์ภักดี. การบริหารลูกหนี้ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการเงินของการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคจังหวัดนราธิวาส. [วิทยานิพนธ์]. สงขลา. มหาวิทยาลัยหาดใหญ่; 2561.
8. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
9. Cronbach L J. Essentials of psychological testing (5th ed.). New York : Harper Collins Publishers; 1990.
10. ชาลี เอี่ยมมา. แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลังในหน่วยบริการสุขภาพที่มีความเสี่ยงทางการเงินในระดับ 7 เขตสุขภาพที่ 1. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(2):345-57.

11. สุชาดา สีแดง. การควบคุมบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2560;13(2):17-27.
12. ธิติมา ขาวสง่า, ยอดชาย สุวรรณวงษ์. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการเงินการคลังเพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13:512-22.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Effects of Nursing Practice Guideline for Anesthesia Open Heart Surgery Patients at Roi Et Hospital

รัชดาพร ชื่นชม* กัญญาณัฐ เกิดชื่น**

Ratchadapon Chunechom, Kanyanat Kerdchuen

Corresponding author: E-mail: rj.roiet@gmail.com

(Received: November 26, 2023; Revised: December 4, 2023; Accepted: January 8, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ภาวะอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ยในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดก่อนและหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ความพึงพอใจผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึก และความพึงพอใจพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One group pre-post test)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นวิสัญญีพยาบาล 15 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 32 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึก แบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired sample t–test

ผลการวิจัย : หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ภาวะอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดและค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกสูงกว่าก่อนได้รับการระงับความรู้สึก ($p<.001$) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.54, SD.=0.72) และความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.74, SD.=0.55) และหลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่สร้างขึ้น ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยและวิสัญญีพยาบาลเกิดความพึงพอใจ

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล; ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด; การระงับความรู้สึก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (วิสัญญีพยาบาล) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

ABSTRACT

Purposes : Comparison of mean oxygen saturation percentage (SpO_2), mean arterial pressure (MAP) in open heart surgery patients before and after anesthesia. Develop anesthesia nursing practice guideline for open heart surgery patients. And study the results of using anesthesia nursing practices guideline in open heart surgery patients.

Study design : Quasi-experimental research, one group pre-post test.

Materials and Methods : The sample consisted of 15 anesthetist nurses and patients undergoing open heart surgery, according to the specified qualifications, there were 32 people. The tool used to collect data were a general information questionnaires. Nursing process recording form and result recording form from using nursing practice guideline for open heart patients developed by the researcher. Data analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and t-test for dependent samples or Paired Sample t-test with statistical significance level set at .05 level.

Main findings : All patients were safe and did not experience any dangerous complications during or after anesthesia. The mean percentage of oxygen saturation (SpO_2) and mean arterial pressure (MAP) were higher in open heart surgery patients after anesthesia than before receiving anesthesia.

Conclusion and recommendations : Research results show that the use of anesthesia nursing practices guideline in open heart surgery patients results in patient safety outcomes. Satisfaction of patients and anesthesia nurses. Therefore, the use of nursing practices guideline developed from this research should be promoted further.

Keywords : Nursing practice guideline; Open heart surgery; Anesthesia

*Expert Professional Nurse (Nurse anesthetist) Roi-Et Hospital

**Professional Nurse with Special Expertise Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

บทนำ

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) เป็นหัตถการที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดและโรคลิ้นหัวใจ เนื่องจากประกอบด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) การผ่าตัดซ่อมลิ้นหัวใจ (Valve repairment) และการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Valve replacement) ได้แก่ MVR AVR และ TVR ทั้งนี้การรักษาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยในระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia : GA) เป็นเวลานาน เนื่องจากต้องมีการหยุดการเต้นของหัวใจจึงทำให้ต้องมีการใช้เครื่องมือในการทำหน้าที่แทนปอดและหัวใจขณะผ่าตัด (Cardiopulmonary bypass : CPB) เพื่อรักษาสภาพของอวัยวะที่สำคัญไว้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ทุกระยะของการระงับความรู้สึก[1] และอาจเสียชีวิตได้สูง จากความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ (Hemodynamic unstable) ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ[2] ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีในปี พ.ศ.2563[3] ที่พบว่า ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เกิดมากที่สุด คือ ระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 54.30 รองลงมา ได้แก่ ระบบการหายใจร้อยละ 29.30 ภาวะไตวายเฉียบพลันร้อยละ 25.70 การเข้ารับการผ่าตัดซ้ำร้อยละ 7.90 ภาวะติดเชื้อ ร้อยละ 5 และโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.40 จากรายงานของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association : AHA) พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น โดยในระหว่าง ค.ศ. 2015 - 2018 มีอัตราการป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 130 ล้านคน และมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดประมาณ 250,000 คนต่อปี และในแต่ละปีมีอัตราการเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 6.00[4] ในประเทศไทยโดยสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทยได้รายงานสถิติการผ่าตัดหัวใจที่เก็บรวบรวมไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบว่า มีผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพิ่มสูงขึ้นจาก 9,577 คนต่อปี เป็น 11,465 คนต่อปี และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี[3] การดูแลก่อน ขณะ และหลังการผ่าตัดในระยะวิกฤตที่เพียงพอและเหมาะสม และการจัดการการดูแลหลังการผ่าตัดที่เป็นระบบจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลังการผ่าตัด[5] ดังนั้น การมีแนวปฏิบัติที่ดีในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะทำให้มีความปลอดภัยและลดภาวะภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้[6]

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย Service plan ในการพัฒนาเพื่อก้าวสู่การเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงสาขาหัวใจ ทำให้ในปี พ.ศ.2559 โรงพยาบาลได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลในการก่อสร้างอาคารศูนย์หัวใจและอุบัติเหตุ 12 ชั้น และมีการเตรียมความพร้อมบุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยการสรรหาและส่งอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ทำให้สามารถให้บริการด้านการผ่าตัดหัวใจได้ โดยได้ร่วมกับทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์หัวใจสิริกิติ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นในการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) ผู้ป่วยรายแรกประสบความสำเร็จด้วยการเปลี่ยนลิ้นหัวใจในวันที่ 5 ตุลาคม 2561 เป็นต้นมา ในปัจจุบัน (นับถึงวันที่ 30 เมษายน 2566) มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมาแล้ว (Open heart surgery) จำนวนทั้งสิ้น 265 ราย เพื่อให้การปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีคุณภาพนำไปสู่ความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย[7] ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการแนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พัฒนา และศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพื่อช่วยให้มีรูปแบบการปฏิบัติงานที่ดี เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีและมีคุณภาพการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ภาวะอิ่มตัวของออกซิเจน ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ก่อนและหลังการระงับความรู้สึก

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ระเบียบวิธีวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One group pre-post test) ระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี จำนวน 15 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 32 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือน ตุลาคม 2566

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี จำนวน 15 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป จำนวน 32 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง 1) วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยมีประสบการณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึก เป็นเวลาอย่างน้อย 3 ปี และยินดีเข้าร่วมวิจัยจำนวน 15 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง และ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ เป็นทั้งเพศชายและหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารรู้เรื่อง อ่านออกเขียนได้ ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดล่วงหน้า 1 วัน ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการระงับความรู้สึก ระดับ 3-4 (ASA Class) และผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร หลังได้รับฟังคำชี้แจง อาสาสมัครในการเข้าร่วมในการศึกษาจากผู้วิจัย จำนวน 32 ราย การกำหนดขนาดตัวอย่าง มีดังนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้รับการระงับความรู้สึก โรงพยาบาลร้อยเอ็ดในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของยุพิน บุญปถัมภ์ และคณะ[8] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลและระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ใช้กลุ่มตัวอย่างหลังพัฒนารูปแบบ 30 ราย และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดใช้ค่าขนาดอิทธิพลที่ได้มาเปิดตารางของโคเฮ็น[9] โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% (α = .05) และกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test: 1-β) ที่ .80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.7 เปิดตาราง Power Analysis ของ Polit & Beck)[10] จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 32 ราย ตามสูตรคำนวณด้านล่าง

$$n = \frac{\left(Z_{1-\beta} + Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\right)^2 \sigma^2}{\left(\mu_0 - \mu_1\right)^2}$$

หรือ

$$n = \frac{\left(Z_{1-\beta} + Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\right)^2}{\delta^2}$$

เมื่อ $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ คือ ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด $(1-\alpha)$

$Z_{1-\beta}$ คือ ค่า Z ที่ระดับอำนาจทดสอบที่กำหนด β

δ คือ ขนาดอิทธิพล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเชิงกระบวนการและแบบบันทึกผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการที่มาผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจแบบเปิด และได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปของวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางที่ได้พัฒนาขึ้นมา และข้อมูล

ทั่วไปของผู้รับบริการที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

2) แบบบันทึกแนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นแบบบันทึกแนวปฏิบัติการพยาบาล

3) แบบบันทึกแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงผลลัพธ์โดยวิสัญญีพยาบาลผู้ให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเติมตัวเลขที่แสดงถึงค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ภาวะอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) และค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ตามช่วงเวลาต่าง ๆ ตั้งแต่ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกจนถึงหลังให้ยาระงับความรู้สึก เมื่อถึง ICU CVT

4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย หลังการระงับความรู้สึกโดยมีเกณฑ์แบ่งระดับความคิดเห็น เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ดังนี้

4 หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการระงับความรู้สึก ระดับมากที่สุด

3 หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการระงับความรู้สึก ระดับมาก

2 หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการระงับความรู้สึก ระดับน้อย

1 หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการระงับความรู้สึก ระดับน้อยที่สุด

ทั้งนี้ใช้เกณฑ์การให้คะแนนของ Wright & Masters[11] โดยการคิดค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

5) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยมีเกณฑ์แบ่งระดับความคิดเห็น เป็น 3 ระดับ ดังนี้

3 หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลระดับมาก

2 หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลระดับปานกลาง

1 หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลระดับน้อย

ทั้งนี้ใช้เกณฑ์การให้คะแนนของ บุญใจ ศรีสถิตนรากูร[12] โดยการคิดค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง ระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงของเครื่องมือ ได้ค่า (I-CVI) เท่ากับ 0.75

2. ค่าความเชื่อมั่นของความสอดคล้องภายในโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้ค่าเท่ากับเท่ากับ 0.79 และ 0.82 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย โดยเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. วิสัญญีพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้บันทึกในแบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล และแบบสังเกตผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัดและอย่างต่อเนื่องก่อนส่งไปหอผู้ป่วยวิกฤต จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

2. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาจะได้รับการชี้แจงถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย วิธีการตอบคำถาม และลงชื่อให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมการศึกษา ภายหลังได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ที่จัดทำขึ้นแก่ผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามและประเมินการรับรู้ด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามให้ยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครบตามจำนวนของการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล วิจัยครั้งนี้ใช้สถิติ Paired sample t–test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ได้ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และได้รับอนุญาตตามเอกสารเลขที่

RE097/2566 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2566 โดยยึดหลักปฏิบัติต่อบุคคลที่ร่วมในการวิจัย ดังนี้ หลักการเคารพในบุคคล (Respect for person) คือเคารพในการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมในการวิจัย จะต้องมีความยินยอมโดยสมัครใจที่จะให้ข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงวิธีการและตอบข้อข้องใจต่างๆ ของผู้เข้าร่วมงานวิจัย หลักผลประโยชน์ (Benefit) หรือไม่ก่ออันตราย (Non-maleficence do not Harm) พยายามให้เกิดประโยชน์สูงสุด ระมัดระวังป้องกันอันตรายและความผิดพลาดที่จะเกิดจากการสัมภาษณ์ และให้ผู้ให้สัมภาษณ์เกิดความมั่นใจว่าไม่มีผลกระทบใด ๆ กับตนเอง และหลักยุติธรรม (Justice) จะปฏิบัติต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกคนอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามหลักศีลธรรม และปฏิบัติต่อทุกคนโดยเสมอภาค และตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลทางด้านลบ แก่ผู้ป่วยโดยไม่เจตนา จึงได้กำหนดแนวทางการศึกษาจริยธรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้ผู้ป่วยได้ทราบ พร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจ และเปิดโอกาสให้ซักถาม โดยการตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปด้วยความเต็มใจ

2. การดำเนินการและขั้นตอนการวิจัยจะไม่กระทบต่อแผนการรักษา หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

3. หากมีการจดบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยจะแจ้งและขออนุญาตผู้ป่วยทุกครั้ง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 วิสัญญีพยาบาลทั้งหมด 32 คน แต่เป็นกลุ่มตัวอย่างและยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 15 ราย อายุเฉลี่ย 41.13 ปี (SD.=6.60) สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีทางการพยาบาลทุกคน ส่วนใหญ่เพศหญิงจำนวน 14 คน (ร้อยละ 93.33) และเพศชาย 1 คน (ร้อยละ 6.67) ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 18.24 ปี (SD.=5.12) ประสบการณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึกเฉลี่ย 12.20 ปี (SD.=4.24) และประสบการณ์ในการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอยู่เฉลี่ย 2.77 ปี (SD.=3.12)

1.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีทั้งหมดจำนวน 32 คน อายุเฉลี่ย 63.63 ปี (SD.=8.43) ส่วนใหญ่เพศชาย (75.00%) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (56.25%) มีอาชีพรับราชการ (37.50%) เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยวิธีผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด (53.13%) โดยได้รับการวินิจฉัยโรค โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ลิ้นหัวใจไมทรัลรั่ว ลิ้นหัวใจไตรคัสปิดรั่ว ลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว และหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตาโป่งพอง โรคร่วมที่พบ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไตเรื้อรัง โรคเกาต์ โรคไทรอยด์ และโรค SLE ปัจจัยเสี่ยงที่พบ คือ สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ วันนอนโรงพยาบาลสูงสุดคือ 11-15 วัน มีจำนวน 10 คน (31.25%) และภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดปกติ เลือดออกผิดปกติ และภาวะพร่องออกซิเจน โดยภาวะหัวใจเต้นผิดปกติพบมากที่สุดจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=32)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(%)
อายุ (ปี) (Mean=63.63, SD.= 8.43) (Max=86, Min=23)	
เพศ	
ชาย	24(75.00)
หญิง	8(25.00)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(%)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	18(56.25)
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	1(3.12)
ปริญญาตรี	13(40.63)
ประกอบอาชีพ	
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	5(15.63)
เกษตรกร	8(25.00)
รับจ้าง	1(3.12)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2(6.25)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12(37.5)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4(12.5)
ได้รับการวินิจฉัยโรค	
TVD	17(53.12)
Severe MR	6(18.75)
Severe TR	3(9.37)
IE at AV	1(3.12)
Infrarenal AAA	5(15.62)
โรคร่วม	
Hypertension	15(46.88)
DLD	9(28.13)
CKD	3(9.37)
Gout	2(6.25)
Thyroid	2(6.25)
SLE	1(3.12)
ปัจจัยเสี่ยง	
สูบบุหรี่	10(31.25)
ดื่มสุรา	7(21.87)
เครียด	15(46.87)
วัยหมดประจำเดือน	5(15.62)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(%)
ชนิดการผ่าตัด	
CABG	17(53.13)
MVR	6(18.75)
EVAR	5(15.63)
TVR	3(9.37)
AVR	1(3.12)
ระยะเวลาการผ่าตัด	
3-4 ชม.	13(40.63)
5-6 ชม.	4(12.50)
7-8 ชม.	12(37.50)
มากกว่า 8 ชม.	3(9.37)
วันนอนเฉลี่ย	
5-10 วัน	9(28.13)
11-15 วัน	10(31.25)
15-20 วัน	6(18.75)
มากกว่า 20 วัน	7(21.87)
ภาวะแทรกซ้อน	
ความดันโลหิตต่ำ	10(31.25)
หัวใจเต้นผิดปกติ	12(37.50)
เลือดออกผิดปกติ	4(12.50)
ภาวะพร่องออกซิเจน	6(18.75)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ภาวะอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดก่อนและหลังการระงับความรู้สึก

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ภาวะอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดก่อนและหลังการระงับความรู้สึกมีความแตกต่างกัน โดยค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ภาวะอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO_2) ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหลังการระงับความรู้สึกมีค่าสูงกว่าก่อนการระงับความรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ค่าเฉลี่ยของความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดก่อนและหลังการระงับความรู้สึกมีความแตกต่างกัน โดยค่าเฉลี่ยของความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหลังการระงับความรู้สึกมีค่าสูงกว่าก่อนการระงับความรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ภาวะอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดก่อนและหลังการระงับความรู้สึก (n=32)

ตัวแปร	ก่อนการระงับความรู้สึก	หลังการระงับความรู้สึก	t	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)		
ภาวะอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2)	97.41(2.33)	99.13(1.96)	4.742	<.001
ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP)	68.22(8.81)	70.72(7.42)	1.15	<.001

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหลังการระงับความรู้สึก จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในการระงับความรู้สึกในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยมีความพึงพอใจคุณภาพบริการจากเจ้าหน้าวิสัญญีโดยภาพรวมระดับมากที่สุดเช่นกัน (Mean=3.54, SD.=0.72) โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด เรื่อง ได้รับการดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ มีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดีและสุภาพ (Mean=3.89, SD.=0.52) และมีความพึงพอใจมากที่สุดรองลงมา คือ การปฏิบัติที่ให้เกียรติและรักษาสิทธิ์ส่วนบุคคล (Mean=3.87, SD.=0.54) แต่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจน้อยที่สุดที่ (Mean= 3.51, SD.= 0.71) ในเรื่อง เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังให้ยาระงับความรู้สึกด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและสามารถปฏิบัติตามได้และค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดรองลงมาคือ (Mean=3.52, SD.=0.57) ในเรื่อง เจ้าหน้าที่มีการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนให้ยาระงับความรู้สึกด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและสามารถปฏิบัติตามได้ และน้อยที่สุดรองลงมาอีก คือ ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่วิสัญญีในขณะที่รู้สึกตัวคือ (Mean=3.56, SD.=0.56) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหลังการระงับความรู้สึกต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (n=32)

ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	Mean(SD.)	แปลผล
1. ได้รับการดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ มีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดีและสุภาพ	3.89(0.52)	ระดับมากที่สุด
2. การปฏิบัติที่ให้เกียรติและรักษาสิทธิ์ส่วนบุคคล	3.87(0.54)	ระดับมากที่สุด
3. เจ้าหน้าที่มีการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนให้ยาระงับความรู้สึกด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและสามารถปฏิบัติตามได้	3.52(0.57)	ระดับมากที่สุด
4. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังให้ยาระงับความรู้สึกด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและสามารถปฏิบัติตามได้	3.51(0.71)	ระดับมากที่สุด
5. ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่วิสัญญีในขณะที่รู้สึกตัว	3.56(0.56)	ระดับมากที่สุด
6. การดูแลในห้องพักฟื้น เช่น การให้ยาแก้ปวด การรักษาภาวะคลื่นไส้ อาเจียน	3.70(0.57)	ระดับมากที่สุด

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	Mean(SD.)	แปลผล
7. การให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวโดยรวมขณะได้รับการดูแล	3.69(0.62)	ระดับมากที่สุด
8. โดยภาพรวม การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในห้องพักฟื้น	3.64(0.64)	ระดับมากที่สุด
9. โดยภาพรวม การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดของเจ้าหน้าที่วิสัญญี	3.64(0.75)	ระดับมากที่สุด
10. คุณภาพบริการจากเจ้าหน้าวิสัญญีโดยภาพรวม	3.54(0.72)	ระดับมากที่สุด

4. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า วิสัญญีพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระดับมากทุกข้อ โดยมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติโดยรวมในระดับมาก (Mean=2.74, SD.=0.55) และค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด (Mean=2.88, SD.=0.49) ในเรื่อง มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจน้อยที่สุด (Mean=2.34, SD.=0.55) ในเรื่อง ความทันสมัยและการใช้เวลาในการประเมินเหมาะสม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (n=15)

ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	Mean(SD.)	แปลผล
1. มีความสะดวกในการนำไปใช้	2.44(0.54)	ระดับมาก
2. ความทันสมัยและการใช้เวลาในการประเมินเหมาะสม	2.34(0.55)	ระดับมาก
3. สามารถนำไปปฏิบัติได้	2.62(0.47)	ระดับมาก
4. มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	2.88(0.49)	ระดับมาก
5. ข้อเสนอแนะการปฏิบัติสามารถเข้าใจได้ง่าย	2.56(0.54)	ระดับมาก
6. มีการระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์	2.53(0.57)	ระดับมาก
7. ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติโดยรวม	2.74(0.55)	ระดับมาก

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยทุกคนคิดเป็นร้อยละ 100 มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังการระงับความรู้สึก เนื่องจากในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลนั้นผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลัง 1 ปี มีการทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการทางด้านวิสัญญีด้านการพยาบาลในการทำเป็นร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลและได้ผ่านการแสดงความคิดเห็นในการประชุมและมีส่วนร่วมในการทดลองใช้ของวิสัญญีพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ จำนวน 3 ท่าน วิสัญญีพยาบาลชำนาญการพิเศษจำนวน 2 ท่าน ได้การตรวจสอบอีกครั้ง ทั้งนี้การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ ใช้แนวทางพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐาน

เชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูคัพ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุมและเน้นการพัฒนาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร ตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง[13]

2. ผลการวิจัยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ภาวะอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) และค่าเฉลี่ยของค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดก่อนและหลังการระงับความรู้สึก พบว่า ค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ภาวะอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) และค่าเฉลี่ยของค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหลังการระงับความรู้สึกมีสูงกว่าก่อนได้รับการระงับความรู้สึก โดย ค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ภาวะอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) ก่อนผ่าตัดมีค่าเท่ากับ 97.41 และหลังผ่าตัดมีค่าเท่ากับ 99.13 (ดังแสดงในตารางที่ 2) ขณะที่ค่าเฉลี่ยของความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหลังการระงับความรู้สึกมีค่าเท่ากับ 70.72 ส่วนก่อนการระงับความรู้สึกมีค่าเท่ากับ 68.22 จากผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลในเรื่องความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยเนื่องจากพบว่าค่าปกติของภาวะอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) คือ 96-100 % และแม้จะพบว่า การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายส่งผลให้มีอุบัติการณ์ของภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) ได้ค่อนข้างบ่อย[14] ซึ่งภาวะดังกล่าวจะทำให้มีภาวะอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) และค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ต่ำร่วมไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึกนานมากกว่า 120 นาที ได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้องและช่องอก หรือสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดมากกว่า 500 มิลลิลิตร[15] แต่แนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีผลให้ค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ภาวะอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) และค่าเฉลี่ยของค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหลังการระงับความรู้สึกมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับการระงับความรู้สึก

3. จากวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหลังการระงับความรู้สึกที่ พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในการระงับความรู้สึกในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ระหว่าง 3.51-3.89 แต่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดที่ค่าเฉลี่ยคะแนน (Mean=3.51, SD.=0.71) ในเรื่อง เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังให้ยาระงับความรู้สึกด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและสามารถปฏิบัติตามได้ และค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดรองลงมา คือ (Mean=33.52, SD.=0.57) ในเรื่อง เจ้าหน้าที่มีการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนให้ยาระงับความรู้สึกด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และสามารถปฏิบัติตามได้ และน้อยที่สุดรองลงมาอีกคือ ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่วิสัญญีในขณะที่รู้สึกตัวคือ (Mean=3.56, SD.=0.56) ที่ผลการวิจัยเป็นแบบนั้นอาจเนื่องมาจากการผ่าตัดหัวใจถือว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นภาวะคุกคามชีวิตที่กระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกายและสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูง[16] ดังนั้นแม้จะให้ข้อมูลใดๆกับผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล อาจทำให้รู้สึกว่าข้อมูลที่ได้รับฟังเข้าใจยากและปฏิบัติตามได้ยากด้วย

4. ผลการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่า วิสัญญีพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระดับมากทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ระหว่าง 2.34-2.88 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจน้อยที่สุดที่ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.34 ในเรื่องความทันสมัยและการใช้เวลาในการประเมินเหมาะสม ที่เป็นเช่นนั้นอาจเป็นเพราะว่าวิสัญญีพยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติจากการร่วมประชุม การให้ความเห็นในการสร้างแนวปฏิบัติและการทดลองใช้ นอกจากนี้มีพยาบาลส่วนหนึ่งที่เห็นว่าแนวปฏิบัติมีขั้นตอนเพิ่มมากขึ้นจากการปฏิบัติแบบเดิมทำให้เกิดความไม่สะดวกโดยเฉพาะในช่วงเวลาที่มีภาระงานมาก[14] จึงทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ

น้อยที่สุดในเรื่องการใช้เวลาในการประเมินเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นระยะเพื่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น อาจทำทุก 5 ปี หรือตามการเปลี่ยนแปลงของยาระงับความรู้สึก อุปกรณ์และวิธีการผ่าตัดที่เปลี่ยนแปลงไป

ข้อเสนอแนะนำหรือการนำผลการวิจัยใช้ประโยชน์

1. วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้จากงานวิจัยนี้ เป็นแนวทางในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

2. กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้จากงานวิจัยนี้ เป็นเครื่องมือในการนิเทศ กำกับ สมรรถนะวิสัญญีพยาบาล

3. ควรเผยแพร่ให้วิสัญญีพยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ต่อไปให้แพร่หลาย

เอกสารอ้างอิง

1. อังกาบ ปราการรัตน์. ตำราวิสัญญีวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ; เอพลัสพริ้น; 2556.
2. ศิวพันธ์ ยุทธแสน, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, เกษรา ธิเขียว. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะวิกฤต : การนำผลงานวิจัยสู่การปฏิบัติทางคลินิก. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2564;13(2):452-63.
3. ศศิยา ศิริรัตนวรางกูร. ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วิสัญญีสาร. 2563;46:7-14.
4. Virani S S, Alonso A, Aparicio H J, Benjamin E J, Bittencourt M S, Callaway C W, et al. Heart disease and stroke statistics-2021 update : A report from the American Heart Association. Circulation. 2021;143(8):254–743.
5. สัญพิชา ศรภิรมย์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิฤตหลังผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2559;31(พิเศษ):46-52.
6. วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ณัฐณภัทร วัฒนเดชาสกุล, รัชนี ผิวผ่อง, สุวรรณี มงคลรุ่งเรือง. แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ: จากการสังเคราะห์งานวิจัยสู่การนำไปปฏิบัติ. วารสาร มฉก. วิชาการ. 2559;20(39):143-56.
7. สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ; องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
8. ยุพิน บุญปถัมภ์, อรุณีย์ ไชยชมภู, อุบลรัตน์ ชุ่มมะโน, ปรารถนา วุฒิชมภู, วีนา วงค์งาม. การพัฒนารูปแบบการดูแลและระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอกโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร. 2564;13:1-21.
9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Lawrence; Erlbaum Associates Inc; 1988.
10. Polit D F, Beck C T. Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice (8 ed.). Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
11. Wright B D, Masters G N. Rating scale analysis. Chicago; MESA Press; 1982.
12. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
13. Soukup M. The center of advanced nursing practice evidence-based practice model. Nursing Clinic of North America. 2000;35:301-9.
14. อัชฌาณัฐ วังโสม, อุษา วงษ์อนันต์, ประไพ ผลอิน, อาภาพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.). 2564;10(2):10-22.

15. นงเยาว์ ธราวรรณ, ยุพาพร หงส์สามสิบเจ็ด, มิ่งสกุล แดนโพธิ์. ผลของการป้องกันภาวะความอิ่มตัวของออกซิเจนต่ำ (Desaturation) ในผู้ป่วยหลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายโรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2564;29:39-49.
16. สยาม ทวีสมบัติ, กฤตพัทธ์ฝึกฝน, อัญชลี สุวรรณศิริเจริญ. ผลของการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดต่อคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2564;32(2):105-19.

การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) จังหวัดสกลนคร

Development of Prevention Systems of Road Traffic Accidents by District Health Board Mechanisms, Song Dao District, Sakon Nakhon Province

ละมัย หลักทอง*

Lamai Luktong

Corresponding author: E-mail: lamailuktong1964@gmail.com

(Received: November 28, 2023; Revised: December 6, 2023; Accepted: January 8, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) จังหวัดสกลนคร

รูปแบบการวิจัย : วิจัยและพัฒนา (Research and Development design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ (1) การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการทบทวนแนวคิด และทฤษฎี การสำรวจสภาพปัญหา การสร้างและพัฒนาระบบและการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมาย (2) การทดลองใช้และประเมินการพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการเกิดอุบัติเหตุ ดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 เดือน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ % difference

ผลการวิจัย : 1) สถานการณ์ปัญหาพบว่า สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจราจรส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยด้านผู้ขับขี่ สภาพถนน สภาพของยานพาหนะและสภาพแวดล้อม 2) ระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนมี 5 ขั้น คือ (1) การสร้างเครือข่ายคนทำงาน (2) การจัดการและพัฒนาระบบฐานข้อมูล (3) กำหนดเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติการ (4) การปฏิบัติตามแผน (5) การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม และ 3) หลังการพัฒนาสภาพการจัดการความปลอดภัยทางถนนทั้งหมด 10 ด้าน โดยรวมเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 6.27 และในปี พ.ศ.2566 มีจำนวนอุบัติเหตุเกิด 431 ครั้ง ลดลงจากปี พ.ศ. 2565 คิดเป็นร้อยละ 2.75 ผู้ได้บาดเจ็บ 529 คน ลดลงร้อยละ 0.57 และมีผู้เสียชีวิต 6 คน ลดลง คิดเป็นร้อยละ 13.33 ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้การเกิดอุบัติเหตุลดลง ดังนั้น หน่วยที่เกี่ยวข้องควรนำระบบนี้ไปใช้

คำสำคัญ : อุบัติเหตุจราจรทางถนน; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอส่องดาว จังหวัดสกลนคร

ABSTRACT

Purposes : To study a situation, develop the system, and evaluate on system for traffic accidents by district health board mechanisms, Song Dao District, Sakon Nakhon.

Study design : Research and development design

Materials and Methods : Two phases were research were divided into 2: developing a road traffic accident prevention system; By reviewing concepts and theories, exploring problem conditions, Creating and developing a system and providing knowledge to target group. (2) Training and evaluating the development of a road traffic accident prevention system. Data were collected using accident records. We were conducted for a period of 12 months. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and % difference.

Main findings : 1) Problem situation found that; The causes of most traffic accidents are factors related to drivers, road conditions, vehicle conditions, and surroundings. The road traffic accident prevention system had 4 steps: (1) creating a network of workers (2) managing and developing a database system (3) setting goals and planning operations (4) implementing the plan (5) evaluated by a participatory. 3) After improving road safety management conditions in all 10 areas, the overall increase was 6.27% and in 2023 there were 431 accidents, a decreased from 2022, representing a 2.75%, 529 of were injured, a decrease of 0.57%, and 6 of died, a decrease of 13.33%, respectively.

Conclusion and recommendations : The results of this study resulted in a reduction in accidents, Therefore, relevant units should implement this system.

Keywords : Road traffic accidents; District Health Board Mechanisms

*Public Health Technical Officer, Professional Level Song Dao District Public Health Office.

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลก รายงานอุบัติเหตุของไทยอยู่ในอันดับ 2 ของโลกที่มีคนตายบนถนน จำนวน 24,237 คนหรือคิดเป็นอัตราเสียชีวิต 36.20 คนต่อประชากรแสนคนและประเทศไทยยังเป็นอันดับ 1 ของโลกในอัตราตายจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์[1] สำหรับประเทศไทยปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ในปี พ.ศ. 2541 - 2552 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เฉลี่ยปีละ 19.92 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยในปี พ.ศ. 2552 มีผู้เสียชีวิตอยู่ที่อัตรา 17.39 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน[2] อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการตาย สูงสุด 1 ใน 3 อันดับแรกของไทย ทั้งนี้ จากรายงานของศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน ระบุว่า ในปี พ.ศ.2562 ที่ผ่านมาประเทศไทยมีการเกิดอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด 942,205 รายในจำนวนนี้แบ่งเป็นบาดเจ็บจำนวน 925,029 รายและเสียชีวิตจำนวน 17,176 ราย โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูงเป็นอันดับ 9 ของโลก เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์สูงเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีรายได้ประชาชาติอยู่ในอัตราสูงจากอุบัติเหตุทางถนนทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม รัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการเยียวยา และแก้ปัญหาในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุจราจร ซึ่งมีผู้เสียชีวิตบาดเจ็บและพิการ ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเด็กและเยาวชน อันเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีค่าในการพัฒนาประเทศ แต่ต้องมาเสียชีวิต บาดเจ็บและพิการก่อนที่จะทำประโยชน์ให้กับประเทศชาติ

นอกจากนั้นยังพบว่าสถิติอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในประเทศไทยมีการประมาณกันว่าในทุก ๆ หนึ่งชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตบนถนนถึง 3 คน ทำให้สถิติจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในแต่ละปีสูงถึงกว่า 13,000 รายต่อปีก่อให้เกิดความสูญเสียถึงชีวิตในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานเป็นอันดับที่หนึ่งและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับห้าในทุกกลุ่มอายุรองจากโรคเอดส์ โรคเส้นเลือดในสมองแตก หัวใจ และโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินมาตรการ เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างเต็มที่ แต่ตัวเลขผู้เสียชีวิตดังกล่าวยังคงสูงอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่น่าสนใจอย่างหนึ่ง คือ นโยบายและมาตรการหลาย ๆ ด้านเน้นไปที่การรณรงค์และการให้ความรู้ประชาชน แต่ที่ผ่านมายังพบว่าการแก้ปัญหาเฉพาะผู้ขับขี่เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนได้ซึ่งในเรื่องนี้ Wiliam Haddon กล่าวว่ามาตรการที่ดีที่สุดที่จะลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนน คือ การบังคับใช้กฎหมายและการปรับปรุงสภาพถนน เช่นเดียวกันกับนโยบายของคณะกรรมการการขนส่งประเทศออสเตรเลีย ได้เสนอไว้ในแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับประเทศว่าปัจจัยที่จะลดจำนวนผู้เสียชีวิตลงได้มากที่สุด คือ การยกระดับความปลอดภัยของถนนเพราะจะสามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตได้ถึง[3] 50.00%

เช่นเดียวกับสถิติอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในจังหวัดสกลนครและอำเภอส่องดาว ยังมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปีกล่าวคือ สถิติการการอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดสกลนครยังมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปีโดยในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 261 ราย คิดเป็น 22.70/แสนประชากร ซึ่งเกินค่าเป้าหมายของประเทศที่ไม่เกิน 20/แสนประชากรและในอำเภอส่องดาว มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 จำนวน 2 ราย ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 จำนวน 7 ราย และในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 จำนวน 6 ราย คิดเป็น 14.46/แสนประชากร ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญของอำเภอส่องดาวที่ต้องดำเนินการให้เกิดความปลอดภัยทางถนนเพื่อลดปัญหาของอำเภอส่องดาว โดยที่ใช้ในกิจกรรมรณรงค์ฯ ในช่วงเทศกาลที่มีวันหยุดต่อเนื่องหลายวัน เช่น การรงค์ให้ผู้โดยสารคาดเข็มขัดนิรภัยตลอดเวลาที่โดยสารบนรถ การตรวจความพร้อมของรถโดยสารสาธารณะและผู้ขับรถทุกคันก่อนนำรถออกจากสถานี/จุดจอด การตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในลมหายใจและตรวจสารเสพติดของผู้ขับรถเป็นต้น สามารถบรรลุผลในด้านการป้องกันและลดอุบัติเหตุได้ โดยเฉพาะอุบัติเหตุที่เกิดจากรถโดยสารสาธารณะ และเห็นควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกปี รวมถึงการ

ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกอบการขนส่งทั้งรถโดยสาร และรถบรรทุกทราบถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองในการเข้ามามีส่วนรณรงค์ลดอุบัติเหตุทางถนน โดยรับผิดชอบในการควบคุมดูแลรถและผู้ขับรถของตนเองไม่ให้เป็นต้นเหตุของการเกิดอุบัติเหตุในส่วนของรถยนต์และรถจักรยานยนต์ การกระตุ้นจิตสำนึกความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนอย่างระมัดระวังโดยเฉพาะอุบัติเหตุที่เกิดจากรถจักรยานยนต์และรถยนต์ส่วนตัว[4]

จากรายงานดังกล่าวเมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วชี้ให้เห็นว่าส่วนใหญ่เกิดการไม่ปฏิบัติตามกฎจราจรและเกิดกับรถจักรยานยนต์ สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์สาเหตุเกิดอุบัติเหตุในประเทศไทย พบว่า สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจราจร คือ ผู้ขับขี่มีพฤติกรรมการขับขี่ไม่ปลอดภัย มีการเสพสารเสพติด มึนเมา ประมาท ศึกคะนอง และไม่เคารพกฎจราจร ประกอบกับสภาพของรถไม่ปลอดภัย สิ่งเหล่านี้ถือเป็นปัจจัยก่อให้เกิดอุบัติเหตุดังกล่าว ดังนั้น เพื่อเสริมสร้างจิตสำนึกในด้านความปลอดภัย และวินัยจราจร เพื่อลดจำนวนอุบัติเหตุทางถนน จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตลงให้ได้มากที่สุดเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ขับขี่และยานพาหนะ โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลสำคัญ ได้แก่ เทศกาลปีใหม่เทศกาลสงกรานต์ และเทศกาลสำคัญของจังหวัด และรณรงค์เพื่อกระตุ้นเตือนให้ประชาชนเกิดจิตสำนึกในการช่วยกันป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน โดยมุ่งที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมทั้งสร้างจิตสำนึกให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสังคมด้วยการเสริมสร้างความปลอดภัย ในระบบการจราจร และเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมป้องกันการสูญเสียชีวิต และทรัพย์สิน

จากแผนปฏิบัติการดังกล่าวจะเห็นว่าเป็นการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับหลายฝ่ายทั้งผู้รักษากฎหมาย ประชาชน ตลอดจนองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีบทบาทสำคัญและอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เพื่อลดการสูญเสียด้านชีวิต ร่างกายและทรัพย์สินจากอุบัติเหตุ โดยอาจเป็นหน่วยดำเนินการเองหรือเป็นหน่วยสนับสนุนให้การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนบรรลุผลอย่างเป็นรูปธรรม ประเทศไทยมีกฎหมายที่ป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน เช่น มาตรการเมาไม่ขับ ไม่รับ-ไม่โทร การใช้ความเร็วไม่เกินอัตราที่กำหนด การไม่สวมหมวกนิรภัย และการควบคุมเด็กที่เด็กที่อายุไม่ถึงเกณฑ์ขับรถ แต่การบังคับใช้กฎหมายดังกล่าว ที่จะมีผลต่อการปฏิบัติตามกฎระเบียบในการใช้รถใช้ถนนต่างหากที่มีข้อจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกำลังเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เพียงพอ ทั้งนี้หากจะดูแลบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพสูงสุดแล้วอาจจำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่ทุกกิโลเมตรบนท้องถนนและสี่แยกซึ่งมิอาจเป็นไปได้ แม้จะมีข้อจำกัดเรื่องอัตรากำลังเจ้าหน้าที่แต่ก็มิอาจเพิกเฉยต่อการบังคับใช้กฎหมายเพื่อความสงบสุข เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน เพื่อการจราจรที่คล่องตัว และที่สำคัญเพื่อลดการเสียชีวิตและอุบัติเหตุได้ ดังนั้นเมื่อมีข้อจำกัดเรื่องอัตรากำลัง แต่ยังมีความจำเป็นต้องกำกับดูแลให้ทุกคนปฏิบัติตามกฎหมายและกติกาของสังคม หน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องด้านการจราจร เช่น กรมการขนส่งทางบก จึงได้พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศขึ้นมา เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมภาคพลเมืองในการบังคับใช้กฎหมาย จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคพลในการบังคับใช้กฎหมายของกรมการขนส่งทางบก เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพต่อไป[5]

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นว่าความสามารถของคณะกรรมการ (พชอ.) เป็นสิ่งที่มีอยู่ในตัวบุคคลซึ่งถือว่าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของงานภายใต้ปัจจัยสภาพแวดล้อมขององค์การและทำให้บุคคลมุ่งมั่นสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) จังหวัดสกลนคร เพื่อศึกษาและเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ได้เกิดขึ้น และเป็นแนวทางในการปรับใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลการพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R and D Research) ผู้วิจัยนำเสนอวิธีดำเนินการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การพัฒนาการพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการ โดย 1) วิเคราะห์และการศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) และ 3) วิเคราะห์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและประเมินผลระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) จังหวัดสกลนคร)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับนโยบาย เป้าหมาย ซึ่งเป็นสภาพที่คาดหวังทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) 2) แบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยทางถนน และ 3) แบบบันทึกการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ ฉบับที่ 1 แบบวิเคราะห์เอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 2 แบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยทางถนน และฉบับที่ 3 แบบตรวจสอบความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี และความเป็นไปได้ของร่าง เครื่องมือวิจัยทั้ง 3 ฉบับ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน และได้ปรับปรุง แก้ไขเกี่ยวกับข้อคำถามให้มีความชัดเจนสื่อความได้ง่ายตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การวิจัยระยะที่ 2 ประเมินผลรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.)

แบบแผนการวิจัย เป็นการนำระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) จังหวัดสกลนครที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในภาคสนาม โดยใช้การวิจัยเชิงทดลองแบบการทดลองแบบกลุ่มตัวอย่างเดียว มีการทดสอบก่อน และหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) อำเภอส่องดาว จังหวัดสกลนคร จำนวน 21 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน คือ การเตรียมการวิจัยและการดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การเตรียมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมก่อนวิจัย ได้แก่ ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และหลักการเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอส่องดาว (พชอ.) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) นำสาระสำคัญที่ได้จากการศึกษาในขั้นที่ 1-3 มาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิด และนำกรอบแนวคิดในการวิจัยมาทำโครงร่างการวิจัยและที่ปรึกษา

2) การดำเนินการวิจัย นำระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) จังหวัดสกลนคร ไปทดลองใช้ โดยออกแบบเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) ที่เน้นการใช้นวัตกรรม การดำเนินการทุกขั้นตอนจะต้องเกี่ยวกับข้องกับบุคคลหลายฝ่าย คือ

วิทยากรและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขั้นตอนวิจัยโดยใช้แบบแผนการวิจัยดังนี้ คือ One Group Pretest – Posttest Design เขียนเป็นแผนผังได้ดังนี้[6]

T 1	X	T2

เมื่อ T1 แทน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) ก่อนการพัฒนา

X แทน ระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอส่องดาว (พชอ.) จังหวัดสกลนคร

เมื่อ T2 แทน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ และความปลอดภัยทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) หลังการพัฒนา

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินตามขั้นตอน คือ 1) จัดทำหนังสือถึงนายอำเภอส่องดาวและผู้เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล 2) วิเคราะห์สภาพปัญหา และความต้องพัฒนา จากผลการสัมภาษณ์คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อให้ได้ข้อมูลสภาพปัญหา/สิ่งที่เป็นจริง (Actual) รวมทั้งวิเคราะห์เอกสาร นโยบายทุกระดับสิ่งที่คาดหวัง (Target) เพื่อนำมาสู่การวิเคราะห์สิ่งที่เติมเต็ม (Gap)3) ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ และความปลอดภัยทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) ก่อนที่จะดำเนินการพัฒนา จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 1 วัน โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับ (1) การชี้แจงโครงการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) และ (2) เนื้อหาโครงการป้องกันอุบัติเหตุ และความปลอดภัยทางถนนประกอบด้วย หน่วยการเรียนรู้ : การเฝ้าระวังป้องกันความปลอดภัยทางถนน แนวทางการจัดการผู้ป่วยฉุกเฉินเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน และการประชุมเชิงปฏิบัติการตามกรอบแนวคิดได้แก่ การวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และเครือข่าย การนิเทศ ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และสรุป ถอดบทเรียน และประชาสัมพันธ์ (3) นำเครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ REC 2023079

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนน วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ และร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนนก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้การวิเคราะห์ความแตกต่างของ Percentage difference

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 21 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (57.10%) อายุเฉลี่ย 44.90 ปีสถานภาพการสมรส/คู่ (52.40%) จบการศึกษาสูงสุดระดับอนุปริญญา/ปวส. (76.20%) และตำแหน่งหน้าที่ตัวแทนภาคการศึกษา (23.80%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร (n=21)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	12(57.10)
	หญิง	9(42.90)
อายุ(ปี)	Mean(σ)=44.90(11.18), Min=24, Max=58	
สถานภาพการสมรส	โสด	8(38.10)
	สมรส/คู่	11(52.40)
	หม้าย/หย่า/แยก	2(9.50)
ระดับการศึกษาสูงสุด	ประถมศึกษา	2(9.50)
	มัธยมศึกษา	3(14.30)
	อนุปริญญา/ปวส.	16(76.20)
	ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	
ตำแหน่งหน้าที่	นายอำเภอ/ปลัดอำเภอ	3(14.30)
	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน	1(4.80)
	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	3(14.30)
	นักวิชาการสาธารณสุข	4(19.00)
	กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	3(14.30)
	ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	2(9.50)
	ตัวแทนภาคการศึกษา	5(23.80)

2. จากทบทวนวรรณกรรม การสนทนากลุ่มของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) จังหวัดสกลนคร และผู้เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นแกนหลัก เจ้าหน้าที่เทศบาล เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นทีมงานได้ร่วมกันสำรวจสภาพการจัดการความปลอดภัยทางถนน พบว่า สถานการณ์สภาพการจัดการความปลอดภัยทางถนนก่อนการพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.81, SD.=0.21) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านงานวิศวกรรมทางถนน ด้านงานวิศวกรรมจราจร ด้านหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล ด้านอาสาสมัคร และด้านการประเมินผล และระบบสารสนเทศมีการจัดการน้อยกว่าด้านอื่นๆ เช่น สายทางมีความไม่ปลอดภัยเนื่องจากความกว้างช่องทางจราจร/ทิศทางน้อยกว่า 3 เมตร และไม่มีเกาะกลางถนน รวมถึงในบริเวณดังกล่าวมีลักษณะเป็นโค้งหักศอกที่ไม่มีอุปกรณ์แจ้งเตือนเช่น ป้ายเตือนโค้งและการมองเห็นบนโค้งที่ไม่สามารถมองเห็นรถจากทิศตรงข้าม ประกอบกับมีการเชื่อมทางบริเวณทางโค้ง ที่ไม่มีอุปกรณ์แจ้งเตือน อีกทั้งสภาพข้างทางที่เป็นหญ้ารกสูงและมีความต่างระดับระหว่างผิวทางกับข้างทาง ทำให้ยานพาหนะสี่ยงต่อการตกข้างทาง นอกจากนี้ยังไม่มีการตีเส้นจราจรเพื่อแบ่งช่องทางจราจรให้ชัดเจน กล่าวโดยสรุปได้ว่าประเด็นปัญหาหลักของการจัดการความปลอดภัยทางถนนคือ แนวเส้นทาง และ

รูปตัดของถนน ช่องทางเสริม ทางแยก ป้ายจราจร และเครื่องหมายจราจรและเครื่องหมายนำทาง สิ่งแวดล้อม และวัตถุอันตรายข้างทาง สัญญาณไฟจราจร พื้นถนน ไฟฟ้าแสงสว่าง ทางเชื่อม การจอดรถ ผิวถนนที่เปิดให้บริการระหว่างการปฏิบัติงาน และประเด็นอื่นๆ เช่น ถนนเป็นทางตรงที่ผู้ขับขี่อาจใช้ความเร็วสูงแต่ขาดการควบคุมความเร็วที่เหมาะสม มีทางแยกที่เชื่อมต่อกับสะพานซึ่งมีระยะมองเห็นที่ทางแยกไม่เพียงพอ สิ่งแวดล้อมสองข้างทางเป็นร้านค้าและอาคารพานิชย์ซึ่งดึงดูดให้เกิดการทำกิจกรรม มีการจอดรถตลอดสองข้างทาง หรือมีเส้นจราจรที่เลือนราง

3. การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย (1) การสร้างเครือข่ายคนทำงาน (Key Actor) เป็นการสร้างทีมงานชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชนถือว่าเป็นหัวใจหลักของการขับเคลื่อนระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชน เครือข่ายจำเป็นต้องเข้าไปเรียนรู้พื้นฐาน และโครงสร้างของชุมชน ดำเนินการจัดประชุม แกนนำหลักและทีมงานชุมชนเพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับสถานการณ์และความรุนแรงของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในชุมชน และสร้างความเข้าใจถึงหลักการ แนวคิด และการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน (2) การจัดการและพัฒนาระบบฐานข้อมูล ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุทางถนน รวมทั้งทรัพยากรต่างๆ ในชุมชน ถือเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถนำไปสร้างความตระหนักให้แก่คนในชุมชนในการแก้ไขปัญหาด้วยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนจากทุกภาคส่วน ดังนั้นการจัดการและพัฒนาระบบฐานข้อมูล ทีมแกนนำหลักจะต้องมีส่วนในการขับเคลื่อนตั้งแต่เริ่มทบทวนต้นทุนด้านความปลอดภัยทางถนนในพื้นที่ ลงพื้นที่สำรวจปัจจัยเสี่ยงและวิเคราะห์บริบทชุมชน สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน รวมถึงระบบข้อมูลเดิมในชุมชนโดยอาศัยแหล่งข้อมูลจากหน่วยงานในชุมชนที่มีอยู่ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สถานีตำรวจ หน่วยกู้ชีพกู้ภัยกลุ่มไลน์ของชุมชน (3) กำหนดเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติการในขั้นตอนนี้ ทีมแกนนำหลักและทีมชุมชนจะต้องนำข้อมูลชุมชนที่ได้มาร่วมกันวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อทำให้ความเข้าใจกับสภาพปัญหาในพื้นที่ให้ชัดเจนมากขึ้น วิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง พื้นที่เสี่ยงแล้วนำปัญหามาจัดลำดับความสำคัญ (Priority) โดยเน้นความสนใจหรือความร่วมมือของชุมชนและความง่ายในการแก้ปัญหา จากนั้นจัดประชุมผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อให้ทีมแกนนำหลักสะท้อนผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้และร่วมกันกำหนดเป้าหมาย พัฒนาแนวทาง/วิธีการดำเนินงาน บนพื้นฐานทรัพยากรของชุมชมที่มี และวางแผนปฏิบัติการโดยเลือกมาตรการ/วิธีการที่มีความเป็นไปได้สูง มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและคุ้มค่ามาดำเนินการก่อนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม พร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาตามแผนที่วางไว้ (4) การปฏิบัติตามแผน ทีมแกนนำหลักและทีมชุมชนพร้อมเครือข่ายคนทำงานในชุมชนจากภาคส่วนต่างๆ ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน (Action) ที่วางไว้ในขั้นตอนนี้ การดำเนินงานอาจไม่ได้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ทีมจะต้องมีการประชุมเพื่อปรับเปลี่ยนและเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เข้ากับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่มากที่สุด และ (5) การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม การติดตามประเมินผลการแก้ไขปัญหาเป็นอีกองค์ประกอบที่สำคัญ ในขั้นตอนนี้ทีมแกนนำหลักจะต้องมีการติดตามกระบวนการทำงานในแต่ละแผนปฏิบัติการเพื่อประเมินผลทั้งเชิงกระบวนการและผลลัพธ์เพื่อนำสิ่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการแก้ไขได้มาสะท้อนให้ชุมชนได้ร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับแนวทางการดำเนินงาน สำหรับส่วนที่ดำเนินการได้ดีจะต้องมีการนำไปขยายผลด้วยการนำเสนอผลงานของทีมงานสู่ภายนอก ทั้งนี้การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้พัฒนาจะต้องมีทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด (ผู้มีประสบการณ์และมีส่วนร่วมดำเนินงานการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของเครือข่ายจังหวัด) ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา เติมเต็มวิชาการ ประสานการทำงานในแต่ละภาคส่วน และหนุนเสริมเติมพลัง (Empowerment) ให้แก่ทีมงาน พร้อมทั้งติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

4. การประเมินผลระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) จังหวัดสกลนคร พบว่า

4.1 สภาพการจัดการความปลอดภัยทางถนนก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า สภาพการจัดการความปลอดภัยทางถนนทั้งหมด 10 ด้าน โดยรวมเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 9.26 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านงานวิศวกรรมทางถนนมีการจัดการเพิ่มขึ้นมากที่สุด (17.05%) รองลงมา คือ ด้านหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล (15.22%) และด้านอาสาสมัคร (13.12%) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีสภาพการจัดการความปลอดภัยทางถนนน้อยที่สุด (3.92%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนร้อยละความแตกต่างของสภาพการจัดการความปลอดภัยทางถนนก่อน และหลังการพัฒนา รายด้านและโดยรวม

ตัวแปร	การจัดการ		% difference
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	
	mean(SD.)	mean(SD.)	
ด้านพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ.2522	4.03(0.66)	4.29(0.53)	+6.25
ด้านพระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ.2522	4.00(0.77)	4.23(0.76)	+5.59
ด้านงานวิศวกรรมทางถนน	3.60(0.65)	4.27(0.72)	+17.05
ด้านงานวิศวกรรมจราจร	3.99(0.68)	4.24(0.76)	+6.07
ด้านการให้ความรู้และการประชาสัมพันธ์	4.03(0.76)	4.24(0.61)	+5.08
ด้านการมีส่วนร่วม	3.65(0.71)	4.07(0.52)	+10.88
ด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.00(0.58)	4.16(0.48)	+3.92
ด้านหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล	3.58(0.50)	4.17(0.77)	+15.22
ด้านอาสาสมัคร	3.56(0.56)	4.06(0.76)	+13.12
ด้านการประเมินผลและระบบสารสนเทศ	3.74(0.80)	4.09(0.87)	+8.94
เฉลี่ยโดยรวม	3.81(0.21)	4.18(0.46)	+9.26

4.2 การเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างจำนวนครั้งและจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนน พบว่า ในปี พ.ศ.2566 มีจำนวนอุบัติเหตุเกิด 431 ครั้ง ลดลงจากปี พ.ศ. 2565 คิดเป็นร้อยละ 2.75 ผู้ได้บาดเจ็บ 529 คน ลดลงร้อยละ 0.57 และมีผู้เสียชีวิต 6 คน ลดลง คิดเป็นร้อยละ 15.38 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างจำนวนครั้งและจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และความปลอดภัยทางถนนในอำเภอส่องดาว จังหวัดสกลนคร

ตัวแปร	ปี พ.ศ.2565	ปี พ.ศ.2566	%difference
จำนวนอุบัติเหตุ (ครั้ง)	443	431	-2.75
จำนวนผู้ได้บาดเจ็บ (คน)	532	529	-0.57
จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)	7	6	-15.38

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของประชาชนในเขตอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี พบว่า โมเดลเชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นตามสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ สภาพยานพาหนะ ผู้ขับขี่ ถนน และสิ่งแวดล้อมรอบข้าง มีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.40, 0.32, 0.24 และ 0.17 ตามลำดับ โดยที่ปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนได้ร้อยละ 58.00[7] ในทำนองเดียวกับสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่าสาเหตุมีพันธ์กับพฤติกรรมของตัวบุคคล สิ่งแวดล้อม ถนน พาหนะ รวมไปถึงนโยบาย และการบริหารจัดการต่างๆ แม้อำเภอวังน้ำเขียวจะยังไม่พบผู้เสียชีวิตในช่วงเทศกาลสำคัญ แต่อย่างไรก็ตาม อำเภอวังน้ำเขียวจำเป็นต้องมีมาตรการในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง เนื่องจากพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว มีลักษณะภูมิประเทศเป็นลักษณะภูเขาและที่ลาดชันเป็นลอนคลื่นสลับกันตลอดทั้งพื้นที่ในรูปกระทะคว่ำ และมีพื้นที่บางส่วนเป็นที่ราบลุ่มมีทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 304 เป็นถนนเส้นหลักผ่านจากอำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี อำเภอวังน้ำเขียวยาวไปถึงอำเภอปักธงชัย ซึ่งถนนดังกล่าวถือเป็นเส้นทางที่ใช้ในการเดินทางและเชื่อมต่อไปยังภาคกลาง และภาคตะวันออก[8]

ส่วนระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) จังหวัดสกลนคร พบผลเช่นเดียวกับโปรแกรมระบบบริหารงานความปลอดภัยทางถนนสำหรับทางหลวงชนบท ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแสดงผลข้อมูลและส่วนการประเมินผล โดยการเก็บข้อมูลเป็นส่วนที่ใช้ในการเก็บข้อมูลด้านความปลอดภัยของสายทาง สถิติในการเกิดอุบัติเหตุก่อนการปรับปรุง ประวัติในการปรับปรุงเพื่อยกระดับความปลอดภัยของถนน และงบประมาณที่ใช้ในการปรับปรุงความปลอดภัย ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นส่วนที่ใช้ในการคำนวณหาดัชนีชี้วัดความปลอดภัยของถนน เพื่อให้ได้ดัชนีชี้วัดความปลอดภัยในแต่ละช่วงของสายทางเพื่อใช้ในการตัดสินใจในการดำเนินการปรับปรุงด้านความปลอดภัย การแสดงผลข้อมูลได้มีการออกแบบการนำเสนอข้อมูลในหลายๆ ด้านเพื่อใช้ในการตัดสินใจคำเนินการด้านความปลอดภัย ส่วนสุดท้ายของโครงสร้างฐานข้อมูลของระบบซึ่งเป็นส่วนการประเมินผลมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินมาตรการที่จะนำไปปรับปรุงความปลอดภัยทางถนน โดยใช้จำนวนอุบัติเหตุที่ลดลงในแต่ละปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัย เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพและความสำคัญของปัจจัย โดยจะต้องปรับปรุงและพัฒนาดัชนีชี้วัดความปลอดภัยให้มีความแม่นยำและมีประสิทธิภาพอยู่เสมอ[9]

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าสภาพการจัดการความปลอดภัยทางถนนทั้ง 10 ด้าน โดยรวมเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 6.27 และการเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างจำนวนครั้ง และจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนน พบว่า ในปี พ.ศ.2566 มีจำนวนอุบัติเหตุเกิด 431 ครั้ง ลดลงจากปี พ.ศ. 2565 คิดเป็นร้อยละ 2.75 ผู้ได้บาดเจ็บ 529 คน ลดลงร้อยละ 0.57 และมีผู้เสียชีวิต 6 คน ลดลง คิดเป็นร้อยละ 13.33 ตามลำดับ สอดคล้องกับการ

ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานขับรถพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชลบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาลก่อนการทดลองใช้โปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองใช้โปรแกรมมีระดับคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองนอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเกิดอุบัติการณ์ทางถนนหลังการทคลองใช้โปรแกรมมีจำนวนลดลงกว่าก่อนใช้โปรแกรมโดยมีอัตราการเกิดอุบัติการณ์ (Incident rate) ก่อนและหลังเท่ากับ 8.01 และ 2.47 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่ามีอัตราการเกิดอุบัติการณ์ทางถนนลดลงร้อยละ 60 โดยมีสาเหตุจากการไม่กระทำในสิ่งที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เช่น การขับขี่เร็วกว่ากำหนดไม่เปลี่ยนช่องจราจรหรือแซงกะทันหัน ไม่ขับรถในระยะกระชั้นชิดและมีพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยมากขึ้น[10] สอดคล้องกับแนวทางการจัดการด่านชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน คือ หลัก “4S” และ “SARIME” คือ Structure; แนวทางของผู้บริหารหรือผู้กำหนดมาตรการ ต้องมีการจัดโครงสร้างและแบ่งบทบาทหน้าที่บุคคลจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นผู้ที่จะเข้าร่วมปฏิบัติการในด่านชุมชนให้ชัดเจน Support; การสนับสนุนงบประมาณ ตั้งแต่ค่าตอบแทนหรือเบี้ยเลี้ยงผู้ปฏิบัติงาน ค่าอาหารและเครื่องดื่มระหว่างปฏิบัติงาน สวัสดิการอื่น ๆ ไปจนถึงทรัพยากร อุปกรณ์วัสดุ สิ่งของเครื่องมือ อื่นๆที่จำเป็นในการจัดการด่านชุมชน อาทิ ไฟฟ้าส่องสว่าง ป้ายจุดตรวจ Skill; การเตรียมความพร้อมทักษะในการปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติการณ ด่านชุมชน รวมถึงสร้างความรู้ความเข้าใจ และ Supervise คือ การออกนิเทศหรือติดตามผลการจัดการด่านชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประชาชนที่ถูกตรวจเรียกและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ถูกดำเนินการ โดยด่านชุมชนทั้งในรูปแบบมาตรการทางสังคม และมาตรการทางกฎหมาย คือ ได้รับการตักเตือนและให้คำแนะนำ ร่วมถึงให้พักหรือไม่ให้ขับต่อไปร้อยละ 17.80 และมีจำนวน 16 คน หรือร้อยละ 4.00 ที่ถูกยึดกุญแจรถชั่วคราวและแจ้งผู้ปกครองหรือญาติมารับ ซึ่งมาตรการนี้ใช้สำหรับคนในพื้นที่ สำหรับคนต่างพื้นที่ร้อยละ 24.30 ถูกบังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ เปรียบเทียบปรับในกรณีขับรถเกินอัตราที่กฎหมายกำหนด มีปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายเกินกฎหมายกำหนด หรือ ไม่คาดเข็มขัดหรือสวมหมวกนิรภัย เป็นต้น[8]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอต่อคนทำงานขับเคลื่อนภาคีเครือข่าย

1) ต้องมีการสร้าง Partnership ที่หลากหลายโดยไม่ยึดติดอยู่กับข้อจำกัดหรือปัญหาของการทำงานที่ผ่านมา หากแต่ต้องก้าวข้ามข้อจำกัดในการทำงานร่วมกัน ดึงจุดเด่นของการทำงานในแต่ละองค์กรมายกระดับ และเสริมกลไกการทำงานโดยกำหนด “เป้าหมาย และวิสัยทัศน์ร่วม” ตลอดจนต้องมีการกำหนดยุทธศาสตร์ และประเด็นการขับเคลื่อนงานให้ชัดทั้งในระดับระบบและกลไกจังหวัดและระดับผู้ปฏิบัติงานของส่วนท้องถิ่น

2) ต้องให้ความสำคัญกับการบูรณาการข้อมูลร่วมกันที่มาจากต่างหน่วยงาน ต้องมีการนำข้อมูลมาจัดระบบ และวิเคราะห์ร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การออกแบบกิจกรรม และกำหนดแนวทางการแก้ไขร่วมกันได้อย่างเหมาะสม

ด้านการปฏิบัติงาน

1) ด้านวิศวกรรมจราจรติดตั้งป้ายเตือนการทาสีเส้นจราจรเป็นการปรับปรุงที่ใช้งบประมาณน้อยสามารถใช้ศักยภาพในพื้นที่ได้และสามารถแก้ไขปัญหาได้บางส่วน ดังนั้นในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัดจึงควรให้น้ำหนักของการแก้ไขปัญหาฯด้วยวิศวกรรมจราจรที่ใช้ต้นทุนต่ำเป็นเบื้องต้นก่อนการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่จะทำให้ครอบคลุมองค์ประกอบหลักของระบบที่ปลอดภัย

2) ด้านการสร้างความมีส่วนร่วม พบว่า การประชุมอย่างสม่ำเสมอ การพบปะพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ การใช้และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารไม่ว่าจะเป็นข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่ข้อมูล การประเมินผลการดำเนินงานทำให้ภาคีมีส่วนร่วมในเป็นเจ้าของการตัดสินใจและการร่วมวางแผนอย่างมีทิศทาง ส่งผลการการแก้ไขปัญหาตรงกับความต้องการและเกิดความยั่งยืน

อย่างไรก็ตามหน่วยงานต่าง ๆ หลายแห่งยังเป็นหน่วย

ราชการสังกัดส่วนกลางทำให้การทำงานในลักษณะแนวราบไม่สามารถบูรณาการงานได้อย่างสมบูรณ์ และทีมงานชุมชนควรมีการนำเสนอผลงานและรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานต่อผู้บริหารหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Status Report on Road Safety 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. กรมควบคุมโรค. จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเปรียบเทียบ IPD และ OPD ปี พ.ศ.2560. เอกสารเผยแพร่ของกรมควบคุมโรค; 2561.
3. อำนวย บุญรัตนไมตรี, วัฒนา นนทชิต, นิพนธ์ ไตรสรณะกุล, ธณกฤษ งามมีศรี. กระบวนทัศน์การจัดการความปลอดภัยทางถนน. วารสารดุษฎีบัณฑิตทางสังคมศาสตร์. 2560;7(1):28-39.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอส่องดาว. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565. สกลนคร; 2565.
5. อัฌษไธค์ รันตนดิลก ณ ภูเก็ต. อุบัติเหตุทางถนน [อินเตอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2565] สืบค้นจาก: http://www.manager.co.th/Motoring/ViewNews.aspx?NewsID=9570000004426.
6. มาเรียม นิลพันธุ์, มาเรียม นิลพันธุ์. วิธีวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 5. นครปฐม : มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2553.
7. จตุภพ ดิษผล, อัญสุรีย์ ศิริโสภณ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของประชาชนในเขตอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี: การวิเคราะห์ MIMIC model. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 2564;27:101-12.
8. สมบูรณ์ จิตต์พิมาย. ผลการจัดการด่านชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2564;7:237-55.
9. วิศว์ รัตนโชติ, สันติภาพ ศิริยงค์. ระบบบริหารงานวิศวกรรมความปลอดภัยทางถนนกับการแก้ไขจุดอันตราย: กรณีศึกษาทางต่างระดับเชื่อมต่อถนนนครอินทร์กับถนนกาญจนาภิเษกด้านตะวันตก. สำนักอำนวยความปลอดภัย กรมทางหลวงชนบท; 2551.
10. สุภาภรณ์ บุญสงค์. ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมคู่หูความปลอดภัยต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่และการลดอุบัติการณ์ทางถนนของพนักงานขับรถพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562.

ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้านในโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

Effects of Supportive-Educative Program on the Ability of Caregivers to Manage the Nutritional Status Homebound and Bedridden patients Elderly at Home in Nong-Hi Hospital, Roi-Et

ณัฐชา รอบดูดี*
Nattacha Roobdudee
Corresponding author: E-mail: NattachaRoobdudeentc_101@yahoo.co.th
(Received: November 29, 2023; Revised: December 7, 2023; Accepted: January 8, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลและศึกษาระดับกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองฮี จำนวน 80 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน ADL และแบบประเมินคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของร้อยละ โดยใช้ Percentage differences

ผลการวิจัย : หลังการทดลองพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้านมีระดับความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการเพิ่มอยู่ในระดับดีมาก (84.2%) และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้านมีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มอยู่ในกลุ่มติดบ้าน จำนวน 15 คน (37.5%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้านมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้ในหน่วยงาน

คำสำคัญ : การสนับสนุนและให้ความรู้; การจัดการภาวะโภชนาการ; ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองฮี

ABSTRACT

Purposes : To compare mean scores of caregivers' ability to care for and study Barthel Activities of Daily Living: ADL level and study a managing nutritional status in bedridden elderly.

Study design : Quasi-experimental research.

Materials and Methods : 80 of homebound and bedridden patients elderly in area of responsibility of Nong Hi Hospital who met inclusion and exclusion criteria. Data were collected using an ADL assessment and a caregiver's ability to manage nutritional status score assessment. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. and analyze percentage differences using Percentage differences.

Main findings : After intervention, it was found that caregivers of bed-ridden elderly people at home had a very good level of ability to manage nutritional status (84.2%), and bed-ridden elderly at home had a score of ability to manage their nutritional status at a very good level (84.2%). Daily life increased to 15 participants in home group (37.5%).

Conclusion and recommendations : The results of this research result in a better quality of life for elderly people stuck in bed at home. Therefore, those involved should implement the program. This was for use in the agency.

Keywords : Supportive-Educative; Caregivers, Ability of Manage the Nutritional Status; Homebound and Bedridden patients Elderly**.**

*Registered Nurse Professional Level, Nong-Hi Hospital

บทนำ

สหประชาชาติได้นิยาม “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด สำหรับประเทศไทยนิยาม “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ว่า คือ บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุ (Ageing society) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 เพราะในเวลานั้นประเทศไทยมีประชากรตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนร้อยละ 10.4 และคาดว่าในอีกราว 20 ปีข้างหน้า ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยจะก้าวจากสังคมสูงอายุเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ในเวลาเพียง 20 กว่าปีเท่านั้น ซึ่งถือว่าสั้นมาก เทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วต่าง ๆ เช่น ฝรั่งเศสที่ใช้เวลา 115 ปี หรือสวีเดนที่ใช้เวลา 85 ปี เป็นต้น[1] ทำให้ประเทศไทย ซึ่งยังเป็นประเทศกำลังพัฒนาต้องเร่งเตรียมการเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมสูงอายุ เนื่องจากการเข้าสู่สังคมสูงอายุจะมีผลกระทบในด้านต่าง ๆ อาทิ ปัญหาขาดแคลนแรงงาน การขาดรายได้ของผู้สูงอายุ การจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดเพื่อเพิ่มสวัสดิการกับผู้สูงอายุจนนำมาซึ่งนโยบายและยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ.2565 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.8 ล้านคน โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.5 ของประชากรทั้งหมด 2 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และในปี พ.ศ.2583 จำนวนผู้สูงอายุของไทยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 314 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะทำให้สังคมไทยเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged society) ปัจจุบัน นโยบายและมาตรการต่างๆ มุ่งไปสู่ ”การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy ageing)[2] และ “การสูงวัยอย่างมีพลัง” (Active ageing)” ในระยะยาว บทความนี้เป็นการอภิปรายสังคมสูงอายุของไทย ผลกระทบในด้านต่างๆ นโยบายและยุทธศาสตร์สำหรับการเข้าสู่สังคมสูงอายุ และข้อเสนอแนะในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงอายุ

เช่นเดียวกับสถานการณ์การผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด จากการประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ปี พ.ศ.2565 (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2565) พบว่า จำนวนผู้สูงอายุรวม 178,880 คน ติดสังคม (ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 174,226 คน %ADL 12 คะแนน (97.4%) ติดบ้าน %ADL 5-11 คะแนน ADL 5-11) จำนวน 3,931 คน (2.2%) ผู้สูงอายติดเตียง (ADL0-4) จำนวน 723 คน %ADL0-4 (0-4%)[3] และสถานการณ์ผู้สูงอายุในอำเภอหนองฮี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2565 พบว่า 3,566 คน 3,775 คน 3,477 คน 3,680 คน 3,838 คน และ 3,988 คน ตามลำดับ จำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่ม คือ ติดสังคม จำนวน 3,475 คน 3544 คน 3,705 คน 3,392 คน และ 3,761 คน ติดบ้าน จำนวน 79 คน 57 คน 65 คน 113 คน และ 59 คน และติดเตียง จำนวน 12 คน 13 คน 16 คน 23 คน และ 18 คน[4]

การเข้าสู่สังคมสูงอายุของไทยในช่วงหลายปีที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหาขาดแคลนแรงงานทำให้ประเทศไทยต้องนำเข้าแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านหลายล้านคน ปัญหาการจัดสรรทรัพยากร และสวัสดิการผู้สูงอายุซึ่งเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหาการจัดระบบบริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นตลอดเวลา และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการวางผังเมืองที่เอื้อต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ซึ่งสรุปผลกระทบในด้านต่างๆ ได้[1] เช่น ระบบการดูแลสุขภาพของประเทศ ปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุคือภาวะที่เกิดจากโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจรวมทั้งโรคเกี่ยวกับความผิดปกติของอวัยวะรับสัมผัส เช่น การสูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน และความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น ภาวะสมองเสื่อมจึงต้องพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องซึ่งมีค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณสูงมาก จึงต้องมุ่งเน้นให้ประชากรสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองในยามสูงวัยให้ยาวนานมากที่สุดตลอดจนการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การมีความดันโลหิตสูงและการมีดัชนีมวลกายสูง

ซึ่งประเทศไทยยังประสบปัญหาเหล่านี้อยู่[5]

ภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญก่อให้เกิดอัตราภาระพึ่งพิงและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะขาดสารอาหาร ได้แก่ (1) ภาวะโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยมีความต้องการสารอาหารเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีผลให้ร่างกายใช้พลังงานในการหายใจเพิ่มมากขึ้นทำให้ร่างกายผู้ป่วยเกิดอาการหายใจหอบเหนื่อยได้ง่าย (2) ผลข้างเคียงจากการรักษาและการใช้ยาชนิดต่างๆ เช่น การใช้ยาสเตียรอยด์ ยาพ่นและออกซิเจน ส่งผลให้ปากแห้ง กลืนอาหารลำบาก และรับรสเปลี่ยนแปลงไป (3) ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอยากอาหารลดลง (4) การแยกตัวออกจากสังคม และ 5) ผู้ป่วยไม่สามารถเตรียมอาหารได้ด้วยตนเอง[6] นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่สามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ขาดความรู้ในการเลือกรับประทานอาหาร มีพฤติกรรมสุขภาพด้านภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมเคยชินวัฒนธรรมและความเชื่อ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายประการ ได้แก่ ภูมิต้านทานต่ำ ติดเชื้อได้ง่าย กล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง หายใจลำบาก มีอาการเหนื่อยหอบกำเริบ ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่วยรักษาภาวะขาดสารอาหารและลดโอกาสเกิดการกำเริบของโรคเฉียบพลัน ส่งเสริมการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจให้แข็งแรง และเสริมสร้างภูมิต้านทานการติดเชื้อในร่างกาย โดยการสนับสนุนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ เช่น การเลือกชนิดและปริมาณอาหารที่มีสัดส่วนของสารอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย[7] การลดอาหารประเภทแป้งการเพิ่มการรับประทานไขมันและโปรตีนที่เหมาะสมเนื่องจากแป้งส่งผลให้มีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการกำเริบเฉียบพลันได้ ดังนั้น การป้องกันความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน สามารถลดภาวะขาดสารอาหารโดยการให้ร่างกายได้รับสารอาหารและพลังงานให้เพียงพอกับที่ร่างกายสูญเสียไป โดยส่งเสริมสุขภาพด้านภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากผู้สูงอายุที่ที่มีภาวะขาดสารอาหาร มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ยาก การได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและคอยให้การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด จะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม มีการจัดการตนเองที่ดีและทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป ตัวอย่างผลลัพธ์จากการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในผลลัพธ์สุขภาพทางบวก โดยรวมถึงการได้รับการส่งเสริมทางด้านอารมณ์การช่วยเหลือทางด้านกายภาพและการจัดการกับปัญหาเพื่อนำไปสู่การรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และการรับรู้ถึงสมรรถนะในตนเอง (Self-competency)[8]

แนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง พบว่า การศึกษาในต่างประเทศมีงานวิจัยที่ศึกษาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่ติดเตียงจากโรคหลอดเลือดสมองที่ใส่สายยางให้อาหาร[9] พบว่าการใส่สายยางให้อาหารหลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุติดเตียง ทำให้ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียงดีขึ้น นอกจากนั้นมีงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการและการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ[10] สำหรับในประเทศไทยส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคในผู้สูงอายุ[11] การหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางโภชนาการภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ การคัดกรองภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาวิจัยดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่ายังไม่มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ไม่มีแนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียงให้กับผู้ดูแลที่สามารถนำมาปรับใช้ได้ ซึ่งในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจะมีผู้ดูแลเป็นหลักในการจัดการด้านต่างๆ เป็นบุคคลที่สำคัญที่ช่วยดูแลฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วย และในการดูแล

เรื่องโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียง

อย่างไรก็ตามผู้ดูแลมีความสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุติดเตียง กระทำการต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกายให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัวการป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง การให้ยา ตลอดจนเรื่องการขับถ่าย เป็นต้น ซึ่งการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลภาวะโภชนาการให้กับผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลจะมีความสำคัญอย่างมาก ต้องมีความสามารถในการดูแลด้านโภชนาการ จึงจะทำให้ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียงดีขึ้น ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่มีงานวิจัยทางการดูแลของผู้ดูแลในการไปส่งเสริมภาวะโภชนาการกับผู้สูงอายุติดเตียง การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม[12] ซึ่งเชื่อว่าเมื่อบุคคลเผชิญภาวะความเจ็บป่วยหรือมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเพียงพอทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งย่อมต้องการการช่วยเหลือดูแลจากพยาบาลและผู้ดูแล ซึ่งเพื่อส่งเสริมผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุติดเตียง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้านในโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม มีการจัดการตนเองที่ดีและทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลและศึกษาระดับกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 1 กลุ่มศึกษากับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 40 ราย และผู้ดูแล จำนวน 40 ราย (One-group time series design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรเป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1,214 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงในในเขตโรงพยาบาลหนองฮี จำนวน 80 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลัก ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้านอย่างต่อเนื่อง 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ และ 3) สามารถสื่อสาร และติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีค่าการประเมิน Barthel ADL Index อยู่ในช่วง 0-11 คะแนน 4) ได้รับอาหารทางสายยาง 5) ไม่มีแผลกดทับ 6) ไม่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่มีอาการรุนแรงมีผลคุกคามชีวิต เช่น การติดเชื้อต่างๆ เป็นต้น และ 7) ไม่เป็นผู้ป่วยที่มีคำสั่งแพทย์ในการจำกัดโปรตีนหรือไม่ได้ป่วยเป็นโรคที่ต้องการการดูแลโภชนาการที่เฉพาะเจาะจงกับอาการของโรค ได้แก่ โรคตับ โรคมะเร็งต่างๆ โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมตลอดการศึกษา จะคัดออกเพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่มีผลต่อการวิจัยครั้งนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง การศึกษานี้ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.4 โดยใช้ค่าพารามิเตอร์คือ A priori: Compute required sample size, Input:Tail(s)=One, Effect size dz=.62, α err prob=0.05 และ Power (1-β err prob=0.95) จากงานวิจัยของสวรินทร์ หงส์สร้อย และคณะ[13] ได้ขนาดอิทธิพลของตัวแปรเท่ากับ 0.64 ได้กลุ่มตัวอย่าง 40 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแล ผู้วิจัยได้พัฒนาจากงานวิจัยของณัฐตินา วิชัยดิษฐ[14] ประกอบด้วย1) ผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานที่พักอาศัยในปัจจุบัน เป็นต้น 2) ผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของผู้ดูแล ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ดูแล เป็นต้น และข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ โรคที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน อาหารเหลวที่ใช้ ปริมาณอาหารเหลวที่ให้แต่ละมื้อ ประวัติการแพ้อาหาร ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล) เป็นต้น และข้อมูลสำหรับผู้วิจัย ได้แก่ การประเมินความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และปัญหาที่พบเจอ เป็นต้น

ตอนที่ 2 แบบประเมินคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ประกอบด้วยคำถามการประเมินความสามารถของผู้ดูแลด้านโภชนาการ 2 ด้าน คือ 1) การประเมินภาวะโภชนาการให้กับผู้สูงอายุติดเตียง (4 ข้อ) และ 2) การประเมินปริมาณพลังงานและสารอาหารที่จำเป็นเหมาะสมกับผู้สูงอายุติดเตียง (14 ข้อ) ซึ่งลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามแบบของลิเคิร์ท (1 คะแนน=น้อยที่สุด, 2 คะแนน=น้อย, 3 คะแนน=ปานกลาง, 4 คะแนน=มาก และ 5 คะแนน=มากที่สุด) โดยแบ่งการประเมินผลเป็น 4 ระดับ คือ 1-14 คะแนน ระดับน้อย, 15-28 คะแนน ระดับปานกลาง, 29-42 คะแนน ระดับดี และ 43-75 คะแนน ระดับดีมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในการจัดการภาวะโภชนาการโดยมีองค์ประกอบดังนี้

2.1 คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ใส่สายยางให้อาหาร ประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับ 1) ผลกระทบจากการขาดสารอาหารในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 2) การประเมินภาวะโภชนาการอย่างง่าย 3) การให้อาหารทางสายยาง การเตรียมอาหารทั้งอาหารสำเร็จรูป และการเตรียมอาหารปั่นผสม 4) วิธีการจัดเก็บอาหาร 5) วิธีการดูแลรักษาสายยาง และ 6) ปัญหาแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ให้อาหารทางสายยางและการแก้ปัญหา ได้แก่ ปากแห้ง สายให้อาหารเลื่อนหลุด อาเจียน ท้องอืด ขาดน้ำ ท้องผูก และท้องเสีย

2.2 แผนการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแล ซึ่งพัฒนาจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม[12] หลักการโภชนบำบัดเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ประกอบด้วย

1) การคาดการณ์ เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุที่ตนดูแล ให้ความสำคัญของการดูแลภาวะโภชนาการมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ โดยความสามารถของผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลตรวจสอบสถานการณ์ในการดูแลด้านโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียง ตรวจสอบสิ่งแวดล้อม และความต้องการในการดูแล ซึ่งแนวทางในการเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการให้กับผู้สูงอายุติดเตียง โดย (1) ประเมินความรู้จากประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียงกับผู้ดูแล และ (2) ให้ความรู้กับผู้ดูแลเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการขาดสารอาหาร การประเมินภาวะโภชนาการอย่างง่าย และการจัดเตรียมอาหารเหลว วิธีการให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้อง วิธีการเก็บอาหารสำหรับให้อาหารทางสายยาง และการจัดการกับปัญหาแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุติดเตียง

2) การตัดสินใจปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการเลือกใช้วิธีการดูแล เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุติดเตียงเกิดภาวะทุพโภชนาการและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะทุพโภชนาการ อันเป็นแนวทางการพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจปรับเปลี่ยน โดยให้คำแนะนำ ปรึกษา และการจัดการ

กับปัญหาอุปสรรคต่างๆ

3) การลงมือปฏิบัติ เช่น การศึกษาคู่มือการส่งเสริมโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียงเป็นวิธีการช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไว้ทบทวนความรู้ผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง การเยี่ยมบ้านติดตามการปฏิบัติให้กำลังใจ เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจผู้ดูแลให้มีการดูแลภาวะโภชนาการให้กับผู้สูงอายุติดเตียงตามเป้าหมายที่วางไว้การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และซักถามข้อสงสัยต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สอบถามทางโทรศัพท์ได้ตลอดเมื่อมีข้อสงสัย ตลอดจนช่วยหาแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินระดับความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นจึงนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าทุกข้อ จำนวน 10 ราย เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการวิจัย และฝึกทักษะของผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบบประเมินระดับความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง แล้วนำไปคำนวณหาความเที่ยงโดยผู้ช่วยวิจัยใช้เครื่องมือชุดเดียวกันทดสอบกับผู้ดูแล จำนวน 10 ราย และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.89 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยกึ่งทดลองนี้ ซึ่งในส่วนของการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ได้มีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการแทนทั้งหมด เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยมีการดำเนินการ 3 ขั้น ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นสรุปผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ (1) เสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย (2) ทำบันทึกข้อข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฮี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในพื้นที่ (2) หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหนองฮี ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกมาทั้งหมด 40 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (4) เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยการให้ความรู้เป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง เนื้อหาประกอบด้วย 1) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 2) วัตถุประสงค์ของการวิจัย 3) การดำเนินการวิจัย และ 4) การใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทางประชากรผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแล และแบบประเมินความสามารถการจัดการโภชนาการของผู้ดูแลในผู้สูงอายุติดเตียง และ (5) เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยสอบถามข้อสงสัยต่างๆ

2. ขั้นดำเนินการทดลอง มีกระบวนการดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความไว้วางใจ ระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแล โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมายของการเข้าร่วมวิจัย และรายละเอียดของโปรแกรมฯ (2) การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนการดำเนินการวิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (3) เก็บข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแลหลัก และประเมินความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแล (4) ผู้ช่วยวิจัยประเมินความสามารถในการดูแลภาวะโภชนาการของผู้ดูแล และ (5) ประเมินความรู้ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการดูแลภาวะโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุติดบ้านติดเตียงกับผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทั่วไป ผลที่เกิดจากการขาดสารอาหารการประเมินภาวะโภชนาการอย่างง่าย อาหารและสารอาหารที่จำเป็นเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดเตรียมอาหารเหลว การให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้อง วิธีการเก็บอาหาร และการจัดการกับปัญหาแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุติดเตียง

สัปดาห์ที่ 4 ฝึกการให้อาหารทางสายยางกับผู้ดูแล พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลอาหารเสริมตามปริมาณที่เหมาะสมกับ

ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ และเตรียมไว้

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัย (1) ให้คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียงที่ใส่สายยางให้อาหาร ซึ่งเป็นวิธีการช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ไว้ทบทวนความรู้ และสนับสนุนให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลภาวะโภชนาการกับผู้สูงอายุติดเตียงอย่างถูกต้องและเหมาะสม (2) ผู้ดูแลวางแผนส่งเสริมโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียง และ (3) ผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง คือ จัดสิ่งของที่ต่างๆที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย สะดวกในการใช้งาน

สัปดาห์ที่ 6-10 เยี่ยมบ้าน ติดตามผลการปฏิบัติการในการดูแลภาวะโภชนาการของผู้ดูแล ได้แก่ 1) การให้อาหารทางสายยาง 2) ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดูแลภาวะโภชนาการให้กับผู้สูงอายุ และ 3) พูดให้กำลังใจผู้ดูแลในการส่งเสริมโภชนาการให้กับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

สัปดาห์ที่ 11-15 ผู้วิจัยได้ติดตามทางโทรศัพท์ และไลน์กลุ่มอย่างต่อเนื่อง สอบถามปัญหา อุปสรรคและแก้ไขปัญหาร่วมกันกับผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 16 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลของโปรแกรมฯ โดยประเมินระดับความสามารถในการดูแลภาวะโภชนาการของผู้ดูแล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันของผู้ดูแล และให้กำลังใจ

3. ขั้นสรุปผล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น และวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1182565 การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยการไปร่วมเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างพร้อมกับการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายขั้นตอนการทำวิจัยให้กับอาสาสมัครฟังจนเข้าใจ ให้โอกาสซักถามรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการวิจัย และแจ้งสิทธิในการปฏิเสธหรือยอมรับในการเข้าร่วมวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครเป็นไปโดยความสมัครใจและอาสาสมัครอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 13.0 โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (1) ลักษณะทางประชากร ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลสุขภาพการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งมีการวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในระดับนามมาตรา ได้แก่ ตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส การศึกษาสถานที่พักอาศัย ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล โรคที่ได้รับการวินิจฉัย ประวัติการแพ้อาหาร วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ (2) ข้อมูลระดับมาตราส่วนขึ้นไป ได้แก่ อายุ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ดูแล วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (3) การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมปฏิบัติการช่วงทดลอง และ (4) การเปรียบเทียบระดับความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมปฏิบัติการในช่วงทดลอง โดยสถิติวิเคราะห์ความแตกต่างของร้อยละ (Percentage differences)

ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่บ้านทั้งหมด 40 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (95.0%) อายุเฉลี่ย 52.2 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (60.0%) สถานภาพสมรคู่ (67.5%) รายได้มัธยฐาน 4,500 บาท (IRQ=3,000-6,000) มีที่พักอาศัยเป็นของตนเอง (98.0%) ระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 1 ปี (87.5%) และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นคู่สมรสและบุตร (57.5%)

2. หลังการทดลองพบว่า ผู้ดูแลมีระดับความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการเพิ่มในระดับดีมากจาก 4 คน (10.0%) เป็น 36 คน (84.2%) และลดลงในระดับปานกลางจาก 5 คน (12.5%) เป็นไม่พบผู้ดูแลที่มีคะแนน

ความสามารถอยู่ในระดับนี้ (200.0%) ระดับดีลดลงจากเดิม 31 คน (77.5%) เป็น 4 คน (10.0%) ตามลำดับ และกลุ่มติดเตียงมีผลรวมคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มอยู่ในกลุ่มติดบ้าน จำนวน 15 คน (37.5%) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของระดับความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมปฏิบัติการในช่วงทดลอง (n=40)

ระดับความสามารถ	ก่อนดำเนินการ n(%)	ก่อนดำเนินการ n(%)	%differences n(%)
ระดับน้อย (1-14 คะแนน)	0(0.0)	0(0.0)	0.0
ระดับปานกลาง (15-28 คะแนน)	5(12.5)	0(0.0)	-200.0
ระดับดี (29-42 คะแนน)	31(77.5)	4(10.0)	-138.5
ระดับดีมาก (43-75 คะแนน)	4(10.0)	36(90.0)	+84.2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้าน (n=40)

ระดับคะแนน	จำนวน(%)
กลุ่มติดสังคม (มีผลรวมคะแนน BADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป)	15(37.5)
กลุ่มติดบ้าน (มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน)	17(42.5)
กลุ่มติดเตียง (มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน)	8(20.0)

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลมีระดับความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการเพิ่มในระดับดีมากจาก 4 คน (10.0%) เป็น 36 คน (84.2%) ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีผลรวมคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มอยู่ในกลุ่มติดบ้าน จำนวน 15 คน (37.5%) พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมาน โรงพยาบาลสตูล พบว่า รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต” มี 2 ระดับ คือ 1) ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) ระดับชุมชน ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบนี้ทำให้เกิดกระบวนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน ผู้เกี่ยวข้องทราบบทบาทของตนเอง มีคู่มือการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงสำหรับอาสาสมัครในชุมชน สามารถนำไปติดตามการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพบว่า คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และมีความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการใช้รูปแบบนี้ที่ค่าเฉลี่ย[15] 4.32 ; ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 135 ราย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น และในส่วนของการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีกว่าเดิม[16]

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุติดเตียง เป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งต้องการพึ่งพาในระดับมาก เนื่องจากไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ บางรายอาจมีความบกพร่องด้านความคิดสติปัญญาหรือความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมร่วมด้วยผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหลายโรคหรือเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาส่งผลให้เกิดปัญหา

หรือภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบติดเชื้อ ท้องผูก ข้อยึดติดกล้ามเนื้อลีบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุติดเตียงจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ซึ่งญาติผู้ดูแลมีความสำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ทั้งนี้การเข้ารับบทบาทในการเป็นญาติผู้ดูแลนั้นต้องรับผิดชอบตั้งแต่การดูแลเรื่องความเจ็บป่วยโดยเฉพาะการดูแลทางด้านร่างกาย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมจากการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมเฉพาะโรค จากกิจกรรมการดูแลที่มีปริมาณมากในแต่ละวันอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบทางด้านร่างกายต่อญาติผู้ดูแลและอาจเชื่อมโยงถึงผลกระทบด้านจิตใจ และสังคมตามมา[17] โดยจากการศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพของดุสิต จันทยานนท์ และคณะ[18] พบว่าความเครียดเป็นผลกระทบที่สำคัญที่พบในผู้ดูแลในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจเกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลขึ้นซึ่งเป็นความรู้สึกยากลำบากของผู้ดูแลในการดำรงบทบาทในการให้การดูแล’โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนแรกของการรับบทบาทญาติผู้ดูแลที่บ้าน ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวเรียนรู้อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นขณะให้การดูแลอย่างไม่หยุดนิ่ง และอาจต้องจัดการแก้ไขกับปัญหาเฉพาะหน้าทุกวัน เมื่อญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้นอาจก่อให้เกิดการละเลยการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง หรือเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดีทั้งตัวผู้สูงอายุติดเตียงและญาติผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ติดเตียงควรนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไปใช้โดยอาจจะมีการปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ คำนึงถึงความต้องการของผู้ดูแลหลักและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะขึ้นแก่ผู้สูงอายุติดเตียง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในระยะยาว โดยเฉพาะผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตเพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่องหรือ 1 ต่อ อสม. 1 หลังคาเรือน

3. ควรมีจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนในพื้นที่เพื่อเป็นนำประสบการณ์ต่างๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ชัยพัฒน์ พุฒซ้อน, กันตพัฒน์ พรศิริวัชรสิน. แนวทางการแก้ไขปัญหาสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2561;1:25-36.
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/know/1
4. โรงพยาบาลหนองฮี. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2565. งานยุทธศาสตร์; 2565.
5. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย สถานการณ์และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://social.nesdc.go.th/social/Portals/O/Documents/1000_UNFPA_rev_Policy%20Brief%20Thai 200411 69.pdf
6. Hodson M. Integrating nutrition into pathways for patients with COPD. Br J Community Nurs. 2016;21(11):548-52.

7. Rojsangruang R. Nutritional management in COPD [internet]. 2014 [cited 2018 Jul 8]. Available from: https://www.slideserve.com/vonda/nutritional-management-in-copd
8. Wells J R, Anderson S T. Self-efficacy and social support in African Americans diagnosed with end stage renal disease. ABNF Journal. 2011;22:9-12.
9. Obara H, Tomite Y, Doi M. Improvement in the nutritional status of very elderly stroke patients who received long-term complete tube feeding. -SPEN, the European E-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism. 2010;5(6):e272-e6.
10. Mastronuzzi T, Paci C, Portincasa P, Montanaro N, Grattagliano I. Assessing the nutritional status of older individuals in family practice: Evaluation and implications for management. [Internet]. 2014 [Cited 2017 Nov 16]. Available from: http://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.12.005
11. สไบทิพย์ เชื้อเอี่ยม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
12. Orem D E. Nursing: Concepts of practices (6th ed.). St. Louis: Mosby Year Book; 2001.
13. สวรินทร์ หงษ์สร้อย, วัลภา คุณทรงเกียรติ, เขมารดี มาสิงบุญ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลความสามารถในการทำกิจกรรมและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2556; 1:77-89.
14. ณัฐตินา วิชัยดิษฐ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการจัดการภาวะโภชนาการร่วมกับการให้ไข่ขาวเป็นอาหารเสริมต่อความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลและระดับอัลบูมินในเลือดของผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน. [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
15. ธัญพร สมันตรัฐ. การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต”. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2561;19(36):35-48.
16. ณิสาชล นาคกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;4(2)36-50.
17. จริยา ชำเจริญ, สุปรีดา มั่นคง, นุชนาฏ สุทธิ. ปัจจัยทำนายความเครียดของญาติผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน. วารสารสภาการพยาบาล. 2564;36:150-66.
18. ดุสิต จันทยานนท์, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, กองชัย วิเศษดวงธรรม, กิตติศักดิ์ วีระพลชัย, จุฑามาศ สุวรรณกนกนาค, ธันย์ชนก สุภาจารุพันธุ์, และคนอื่นๆ. ทัศนคติ และผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2554;1:58-65.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก ของเครือข่ายสุขภาพตำบลทรายมูล จังหวัดสกลนคร

The Effects of an Elderly Heath promoting Behaviors Program for Early Dementia Prevention Sai Mun District Health Network, SaKon Nakhon

ตองอ่อน สายคำภา*

Tang-on saykumpa

Corresponding author: E-mail: Tongonsaykumpa@gmail.com

(Received: November 30, 2023; Revised: December 8, 2023; Accepted: January 8, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมอายุ 60 ปี ขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ Assumption โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test และ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์มากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.05 คะแนน; คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.02 คะแนน; คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.04 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1.32 คะแนน ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกเพิ่มขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวของควรนำไปใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ; ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ; การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

ABSTRACT

Purposes : To compare mean scores of perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy and health promoting behaviors to prevent dementia in early stages.

Study design : Quasi-experimental research**.**

Materials and Methods : A total of 64 subjects were elderly without dementia aged 60 years and over, divided into an experimental group and a control group, 32 subjects per group. Data were collected using a questionnaires. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Assumption was analyzed using Shapiro-Wilk test statistics, and differences in mean scores were compared using Independent t-test. Statistical significance was set at 95% confidence Interval.

Main findings : After the experiment, the elderly in the experimental group had a higher average score of perceived benefits than those in control group. With mean score of more than 2.05; mean score of perceived obstacles was higher than control group; mean score of more than 2.02; mean self-efficacy score was higher than that of control group. with an average score of more than 2.04 and mean score of health promoting behaviors to prevent dementia in early stages than control group with an mean score of more than 1.32, respectively**.**

Conclusion and recommendations : The results of this research resulted in sample having increased awareness and behavior to prevent dementia in early stages. Relevant agencies should use it to promote the health of elderly**.**

Keywords : Elderly; Heath promoting Behaviors; Early Dementia Prevention

* Public Health Technical Officer, Professional Level, Sawang Daen Din District Public Health Office

บทนำ

แผนปฏิบัติการของโลก (Global Action Plan) ปี ค.ศ. 2017-2025 ในการตอบสนองของการสาธารณสุขต่อภาวะสมองเสื่อม โดยองค์การอนามัยโลก ได้จัดทำข้อตกลงการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโลกในการตอบสนองต่อสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อม เรียกร้องให้หน่วยงานภาครัฐที่ดูแลด้านการสาธารณสุขของนานาประเทศได้มีการจัดทำแผนการปฏิบัติการในเรื่องของภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทั้งในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล/ครอบครัว สังคมและ เครือข่าย รวมไปถึงการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วยการดำเนินการในประเด็นการจัดให้เรื่องภาวะสมองเสื่อมเป็นนโยบายสาธารณะลำดับแรก (Dementia as a public priority) การตระหนักและการเป็นมิตรกับภาวะสมองเสื่อม (Dementia awareness and friendliness) และการลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Dementia risk reduction) การวินิจฉัย การรักษา การดูแล และการสนับสนุนเรื่องภาวะสมองเสื่อม (Dementia diagnosis, treatment, care and support) การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Support for dementia carers) ระบบสารสนเทศเรื่องภาวะสมองเสื่อม (Information systems for dementia) และการวิจัยและนวัตกรรมเรื่องภาวะสมองเสื่อม[1]

จากความสำคัญและแนวโน้มของปัญหาภาวะสมองเสื่อมที่จะมีเพิ่มขึ้นในอนาคตและเพื่อตอบสนองต่อแผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยได้มีการจัดทำแนวทางการดำเนินงานเรื่องภาวะสมองเสื่อมของประเทศไทย ประกอบด้วยหลากหลายหน่วยงานทั้งจากองค์กรภาครัฐและภาคเอกชนร่วมดำเนินงานในเรื่องนี้ และจากสถานการณ์ปัจจุบันร่วมกับแนวโน้มการพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐระบบบริการด้านสาธารณสุขและสังคม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ภายใต้หลักการ “สร้างความสมดุลในการป้องกัน การค้นหา การรักษา และการดูแลภาวะสมองเสื่อม การผลักดันให้เกิดการดำเนินการตามแนวทางยุทธศาสตร์ ก่อนจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ พัฒนาจากสิ่งที่มีการดำเนินการอยู่เดิม และคำนึงถึงหลักฐานทางวิชาการ ที่เป็นที่ยอมรับเกิดการทำงานที่เป็นระบบ มีการบูรณาการ และการมุ่งสู่การสร้างนโยบายสาธารณะ (Public policy) ที่สอดคล้องกับการปฏิรูปประเทศ แผนยุทธศาสตร์หรือแผนงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และข้อตกลงและความร่วมมือระหว่างประเทศ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2560 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการ 3 ชุด ประกอบด้วย คณะกรรมการอำนวยการคณะกรรมการพิจารณาร่าง และคณะกรรมการวิชาการ/ยกร่าง โดยได้จัดทำเป็นยุทธศาสตร์ประเทศไทย เรื่อง สมองเสื่อม (พ.ศ.2560 - 2569) ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ คือ การพัฒนาและบริหารกลไกระดับนโยบายสาธารณะ เรื่องสมองเสื่อม การเพิ่มความตระหนักรู้ ความเข้าใจในการป้องกันและลดภาวะเสี่ยง รวมถึงความเป็นมิตรต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การพัฒนาระบบบริการทางสังคมและสุขภาพที่บูรณาการอย่างเชื่อมโยงครอบคลุม และเข้าถึงได้ ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ การพัฒนาศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศ และการพัฒนาการวิจัยและนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและภูมิปัญญาไทย[2]

ทั้งนี้ปัจจุบันสังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ได้รวบรวมข้อมูลสถิติในปี พ.ศ.2560 พบว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 10,325,322 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 โดยมีประชากรสูงอายุร้อยละ 10.40 (7.2 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2561 ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 17.50 (11.6 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2562 จะเป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก และจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีกมาก ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Complete aged society) ในปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าในปี พ.ศ.2574

ประเทศจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) คือมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 28 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรของไทย ทำให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ใช้บริการในระบบบริการสาธารณสุขมากที่สุด นอกจากการเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยแล้ว พบว่า ผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมากกว่าวัยอื่นๆถึง 4 เท่า และมีรายงานว่าผู้สูงอายุประมาณ 4 ใน 5 จะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค มีเพียงร้อยละ 27.50 ของผู้สูงอายุเท่านั้นที่จะรู้สึกสุขภาพดีไม่ปรากฏโรค ในกรณีการเกิดภาวะทุพลภาพ เช่น พบว่าป่วยหนึ่งโรคมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพลภาพร้อยละ 18.30 และ จะเพิ่มเป็นร้อยละ 61.80 หากพบโรคมากกว่าหรือเท่ากับ 5 โรค จากการประมาณการพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพลภาพจะมีการเพิ่มจำนวนขึ้นจาก 980,000 คน ในปี พ.ศ.2543 เป็น 2,010,000 คนในปี พ.ศ.256[3]

นอกจากนั้นยังพบว่า อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ ที่เป็นสาเหตุหลักของภาวะสมองเสื่อมนี้สูงขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าทุกๆ 5 ปี ของอายุ ที่เพิ่มขึ้นจาก 60 ปี จำนวนผู้ป่วยทั่วโลกจะเพิ่มเป็น 2 เท่าทุก 20 ปี จนถึง 81.1 ล้านคน ในปี ค.ศ.2040 ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาในทวีปเอเชีย ในประเทศไทยมีการสำรวจในชุมชนพบประมาณร้อยละ 44.82 ในประชากรอายุมากกว่า 50 ปี โรคสมองเสื่อมร้อยละ 90.00 จะเกิดกับวัยสูงอายุ 60-65 ปี และมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายสำหรับสมองเสื่อมก่อนวัยอันควรจะพบได้ร้อยละ 10.00 ในผู้ป่วยอายุก่อน 65 ปี เช่น โรคสมอง ฟรอนโตเทมพอรัล (สมองเสื่อมชนิดกลีบสมองส่วนหน้าและกลีบขมับฝ่อ) และโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ สมองเสื่อมก่อนวัยอันควรมักเกิดจาก พันธุกรรม โดยพบได้ในครอบครัวที่มีสารพันธุกรรมผิดปกติ เช่น พ่อหรือแม่ เป็นลูกก็มีโอกาสเป็นได้ เนื่องจากมีความเครียดสูงเมื่อมีการถดถอยทางสมองมากระทบต่อการดำเนินชีวิต[3]

อย่างไรก็ตามภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เป็นคำกล่าวรวมของภาวะโรคเรื้อรังที่มีผลต่อการลดลงของความจำ ความสามารถในการรู้คิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จนเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบุคคล พบว่าส่วนใหญ่หรือประมาณร้อยละ 60-70 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุจากโรคอัลไซเมอร์ สาเหตุหลักอื่นๆ เกิดจากภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) ภาวะสมองเสื่อมที่มีเลวีบอดี (Dementia with Lewy bodies) และภาวะสมองเสื่อมจากกลุ่มโรคในส่วนหน้าและส่วนด้านข้างของสมอง (Frontotemporal dementia) ซึ่งการเกิดโรคอาจแยกจากกันได้ไม่ชัดเจน และมักพบเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน แม้จะมีการค้นคว้าหาวิธีรักษาภาวะสมองเสื่อมอย่างมาก แต่ในปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้ในการรักษาภาวะสมองเสื่อมหรือหยุดการเสื่อมลงของสมองหรือรักษาให้หายขาดได้โดยเฉพาะโรคอัลไซมอร์ ดังนั้นการรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นแบบประคับประคอง และเพื่อชะลอการเสื่อมลงเท่านั้น ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม มีทั้งปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน[4]

เช่นเดียวกับข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2563 พบมีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด คาดว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยอาจมีถึงกว่าล้านคน โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามลำดับร้อยละ 7.10 ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 14.70 ในช่วงอายุ 70-79 ปี และร้อยละ 32.50 เมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป ปัจจุบันการวินิจฉัยและรักษาภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้อง ยังเป็นปัญหาของการสาธารณสุขไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษา แพทย์ทั่วไปยังไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคหรือสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นซึ่งส่งผลกระทบอย่างมาก ทั้งทางกาย ทางจิตใจ และชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย รวมทั้งภาระในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว ความรู้ความเข้าใจในการวินิจฉัยและการดูแลรักษาจะมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมระดับเขตสุขภาพที่ 8

ปี พ.ศ.2565 มีผู้สูงอายุ จำนวน 838,128 คน มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม 59,859 คน คิดเป็นร้อยละ 7.14 จังหวัดสกลนคร มีผู้สูงอายุจำนวน 174,871 คน มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม 14,869 คน คิดเป็นร้อยละ 8.50 อำเภอสว่างแดนดิน มีผู้สูงอายุ จำนวน 24,009 คน มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม 190 คน คิดเป็นร้อยละ 0.79 ในทำนองเดียวกับสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมตำบลทรายมูล อำเภอส่วนแดนดิน จังหวัดสกลนคร ตั้งแต่ พ.ศ.2561-2565 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 9 ราย จากรายงานการคัดกรองผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 920 ราย พบผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 6.90 อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้และวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องก็สามารถชะลอเพื่อลดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้[5]

ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมด้านค่าใช้จ่าย ภาวะสมองเสื่อม นอกจากจะส่งผลให้บุคคลสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคม ก่อให้เกิดภาระต่อผู้ดูแลและครอบครัวหลายด้านรวมถึงเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล รายงานผลการประเมินค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกในปีพ.ศ.2553 พบว่า มีค่าใช้จ่ายสูงถึง 604 พันล้านดอลลาร์ และจากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้ศึกษาภาระการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลักในพื้นที่ที่ได้รับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรโดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังฉบับภาษาไทย (ฉบับ 12 ข้อ) เมื่อพิจารณาค่าคะแนนภาระการดูแลตามช่วงอายุของผู้ดูแล พบว่า ส่งกระทบต่อผู้ดูแลกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปีมากที่สุด มิติที่ 1 ผลกระทบที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกที่ไม่มีเวลาสำหรับตัวผู้ดูแลเองเพราะต้องใช้เวลาดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มิติที่ 2 ความเครียดที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และมิติที่ 3 ความรู้สึกเอาใส่ใจมีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกว่าควรจะทำหน้าที่ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีกว่านี้ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาวะสมองเสื่อม ไม่ได้ส่งผลกระทบโดยตรงกับผู้ป่วยเพียงผู้เดียว แต่ยังส่งผลกระทบกับผู้ดูแลและครอบครัวทั้งกาย ใจ สังคม และเศรษฐกิจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมหนึ่งคน ซึ่งการดูแลอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพต้องใช้ผู้ดูแลอย่างน้อยสองคน นำมาสู่ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมากขึ้น หากญาติในครอบครัวเป็นผู้ดูแลจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลประมาณ 4,000-6,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ดูแล เช่น ต้องลาออกจากงานมาดูแล ค่าเสียโอกาส ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต ของผู้ดูแลและผู้ป่วยเอง และจากรายงานของ HITA พบว่าต้นทุนส่วนใหญ่ของการรักษาโรคอัลไซเมอร์ เกิดจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่เป็นญาติและค่าจ้างผู้ดูแล ซึ่งจัดเป็นต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ มีค่าใช้จ่ายประมาณ 4,100-5,300 บาทต่อเดือน ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแล หรือคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันก็เพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค โดยการศึกษานี้ ได้คำนวณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ซึ่งรวมทั้งในกรณีที่เป็นการดูแลโดยญาติในครอบครัวและกรณีจ้างผู้ดูแล พบว่า ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 8,000 บาทต่อเดือน ค่าใช้จ่ายส่วนนี้อาจสูงถึง 50,000 บาทต่อเดือน ในกรณีที่จ้างผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคน หรือไปใช้บริการของสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังนั้นจึงควรมีการดำเนินการเพื่อลดผลกระทบต่างๆ จากภาวะสมองเสื่อม[4]

การป้องกันภาวะสมองเสื่อมปัจจุบันยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสูงอายุ อาการอาการแสดงไม่ชัดเจน ญาติมักจะคิดว่าเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุจึงไม่ได้พามาพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ดังนั้น ผู้ให้การดูแลสุขภาพบุคคลในชุมชนซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชน จะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการให้ผู้สูงอายุซึ่งกำลังจะมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีแต่ยาบรรเทาอาการของโรค ดังนั้นพยาบาลจึงควรเน้นการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยมีการคัดกรองและการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เช่น การประเมินและคัดกรองและจัดระบบการคัดกรอง ภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

ผ่านกระบวนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และนำผลการคัดกรองมาจัดกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย ปานกลาง และมาก นำไปจัดระบบการดูแลที่เหมาะสม กระบวนการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม มีกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกาย เช่น การเดิน การเต้นแอร์โรบิค โยคะ และรำไทชิ เพื่อให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น การไหลเวียนของเลือดไปยังสมองดี ลดโอกาสของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทโดยสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มการออกกำลังกาย และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ และให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ และครอบครัว ในการเลือกรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม คือ อาหารที่เน้น ผัก ผลไม้ ถั่วเปลือกแข็ง ธัญพืช งดการรับประทานเนื้อแดง เพิ่มการรับประทานปลา และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันทรานส์รับประทานอาหารครบหมู่ หลีกเสี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูงรับประทานปลาทะเลให้มากรับประทานอาหารที่มีวิตามินซีวิตามินอี และกรดโฟลิกสูง รักษาน้ำหนักตัวไม่ให้เกินเกณฑ์โดยไม่ให้ดัชนีมวลกายเกิน 25 kg/m² หลีกลี่ยงยาหรือสารที่จะทำให้เกิดอันตรายแก่สมอง เช่น การดื่มเหล้าจัดหรือการรับประทานยาโดยไม่จำเป็น ไม่สูบบุรี่หรืออยู่ในที่ ๆ มีควันบุหรี่ การฝึกฝนสมองได้แก่การฝึกให้สมองได้คิดบ่อยๆ เช่น อ่านหนังสือเขียนหนังสือบ่อยๆ ฝึกคิดเลข เล่นเกมส์ตอบปัญหาแบบฝึกหัด เป็นต้น[6]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกของเครือข่ายสุขภาพตำบลทรายมูล จังหวัดสกลนคร เพื่อป้องกันผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม เช่น ด้านค่าใช้จ่ายภาวะสมองเสื่อม นอกจากจะส่งผลให้บุคคลสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคม ก่อให้เกิดภาระต่อผู้ดูแลและครอบครัวหลายด้านรวมถึงเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม (Two groups pretest posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเขตตำบลทรายมูล อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร โดยมีรูปแบบของการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาเขตตำบลทรายมูล อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร จำนวน 8 หมู่บ้าน ทั้งหมด 920 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลทรายมูลที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายจำนวนหมู่บ้าน 2 หมู่บ้าน ที่มีลักษณะทางภูมิศาสตร์และการดำเนินชีวิตที่มีความใกล้เคียงกัน หมู่บ้านที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองหมู่บ้านที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุมหลังจากนั้นจึงจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) อายุ เพศ และระดับการศึกษาเข้าตามกลุ่ม คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Two sample independent group test) การศึกษาครั้งนี้ขนาดตัวอย่าง 23 คน และคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตาม (Drop out) ร้อยละ 15.00 ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีจำนวนเท่ากับ 64 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คน และจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pairs) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน และควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด[7] โดยทั้งสองกลุ่มควบคุมให้มีอายุโดยพิจารณาคัดเลือกผู้สูงอายุที่จะเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุ

ใกล้เคียงกันไม่เกิน 5 ปี เพศเดียวกัน และมีการศึกษาในระดับเดียวกัน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ไม่มีภาวะซึมเศร้าโดยได้รับการประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยและมีคะแนนอยู่ในระหว่าง 0-12 คะแนน 2) ต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยพิจารณาจากผลการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นโดยใช้แบบทดสอบภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และได้คะแนนตามที่กำหนด คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือต้องได้คะแนน มากกว่า 14 คะแนน ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษาต้องได้คะแนนมากกว่า 17 คะแนน และผู้สูงอายุเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาต้องได้คะแนน มากกว่า 22 คะแนน 3) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมอายุ 60 ปี ขึ้นไป 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 5) สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ (Barthel ADL Index) และได้คะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และ 6) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดการทดลอง 2) ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย 3) เกิดการเจ็บป่วยกะทันหันที่ไม่สามารถมาเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามที่กำหนดได้ และ 6) ยินดี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง (1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยพัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 ส่วน 11 ข้อคำถาม และทำการทดสอบใน 6 ด้าน ได้แก่ การมีสมาธิ ภาษาและการเคลื่อนไหวที่สมดุล การรับรู้เวลาสถานที่ ความจำ และความสนใจแบบประเมินมีคะแนนเต็มทั้งหมด 30 คะแนน มีเกณฑ์ของคะแนนที่สงสัยการเกิดภาวะสมองเสื่อมตามระดับการศึกษาดังนี้[8] ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือจะมีคะแนนเต็ม 24 คะแนน หากคะแนนน้อยกว่า 14 คะแนน แสดงว่ามีความผิดปกติ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาจะมีคะแนนเต็ม 30 หากคะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน แสดงว่าผิดปกติ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาจะมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน หากคะแนนน้อยกว่า 22 คะแนน แสดงว่ามีความผิดปกติ (2) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรประเมินแบบถูก - ผิด (0 และ 1 คะแนน) จำนวน 30 ข้อ ใช้ทดสอบผู้สูงอายุทั่วไป โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน และ (2) แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ (Barthel ADL Index) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของดัชนี บาร์เธลเอดีแอล ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไปผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนนผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อคำถามเป็นลักษณะเลือกคำตอบ และเติมข้อความแบบสั้น จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา น้ำหนัก ส่วนสูงสถานภาพ ระดับการศึกษา ที่อยู่อาศัย สถานะในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว ผู้ดูแลเมื่อมีอาการเจ็บป่วย สถานพยาบาลเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ผู้รับผิดชอบในค่ารักษาพยาบาล **ส่วนที่ 2** แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำนวน 50 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมทางภาษา เพื่อคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ซึ่งผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า ทุกข้อคำถาม มีคำ IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไป เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และการหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ทำการทดสอบเครื่องมือโดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความคล้ายคลึงกับที่ศึกษา จำนวน 30 คน ทำการตรวจสอบความเที่ยงโดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธ์แอลฟ่าของ Cronbach's Coefficient Alpha พบว่าแบบสอบถามด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84, 0.82, 0.87 และ 0.87 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดคือมากกว่าหรือเท่ากับ[9] 0.70

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้ผู้วิจัยนำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างแดนดินถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทรายมูลเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการโดย (1) เตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองเก็บข้อมูลจริงในผู้สูงอายุเขตตำบลทรายมูลที่มีความคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 คน พร้อมผู้วิจัยจากนั้นนำผลมาเปรียบเทียบกันและทำความเข้าใจเพื่อให้เกิดความชัดเจนในทุกข้อ และได้ผลประเมินที่ตรงกัน (2) ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม จากผู้วิจัยโดยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง และ (3) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถามของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกก่อนเข้าร่วมฝึกโปรแกรมภายหลังเข้ารวมโปรแกรมสัปดาห์ 6 และสัปดาห์ที่ 14

ระยะดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก 15 นาที โดย (1) กิจกรรมละลายพฤติกรรม เพื่อทำความรู้จักกัน สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุด้วยกัน (2) แจ้งวัตถุประสงค์และนำเสนอภาพรวมของโปรแกรมทั้งหมด ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สถานการณ์ความเป็นมา สาเหตุ อาการ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นร่วมกับการฉายวิดีทัศน์ภาวะสมองเสื่อม มีการสอบถามหลังการบรรยาย (3) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุทำกิจกรรมจิ๊กซอร์ต่อภาพ เพื่อเป็นการฝึกสมองในด้านทักษะความจำ การวางแผนและใช้จินตนาการ (4) ผู้วิจัยสาธิตการออกกำลังกายแกว่งแขน พร้อมให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติตามโดยมีภาพไวนิลประกอบการสาธิต และแจกสมุดบันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และแนะนำสมุดบันทึกให้กับผู้สูงอายุ จดบันทึกกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวัน การบริโคอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย เพื่อนำกลับมาทบทวน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการทำกิจกรรมประจำสัปดาห์ต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก 15 นาที โดย (1) ทบทวนกิจกรรม สอบถามพูดคุยถึง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรม (2) ทำกิจกรรมกลุ่มเล่นเกมส์ซูโดกุ เพื่อฝึกทักษะในการคิดเป็นเหตุเป็นผลของสมอง (3) ร้องเพลง รำวงสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายความตึงเครียด สนุกสนานส่งเสริมกิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางสังคม และ (4) สาธิต การรำไม้พลอง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้บริหารร่างกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพิ่มระบบการไหลเวียนโลหิต ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก 15 นาที โดย (1) ทบทวนกิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ อุปสรรค ความรู้สึก สิ่งที่ได้รับในการปฏิบัติในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (2) ทำกิจกรรมรายบุคคลโดยวาดรูปบ้านของตนเอง

สภาพแวดล้อมรอบบ้านเส้นทางจากบ้านมาถึงสถานที่ที่ทำกิจกรรม เพื่อใช้กระตุ้นสมองซีกซ้าย ช่วยให้ฝึกให้คิดเป็นรูปธรรมเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างรูปร่าง ระยะทางและพื้นที่เพื่อเชื่อมโยงกับความคิด (3) เล่นเกมส์บัตรคำอาหารหลัก 5 หมู่ ฝึกคิดเมนูอาหาร วิเคราะห์ส่วนประกอบอาหาร ให้ประเมินภาวะโภชนาการของตนเองจากแบบบันทึกการกินอาหารประจำวันที่ผ่านมา และ (4) สาธิตการเดินนับก้าวพร้อมให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติตาม

สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก 15 นาที โดย (1) การนั่งสมาธิ พร้อมดนตรีบำบัด (2) ทำกิจกรรมรายบุคคล แต่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน หรือเล่นบิงโกเป็นการฝึกสมองด้านระบบประสาทการรับรู้ การได้ยินและระบบประสาทสั่งการ (3) ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และ (4) สาธิตการออกกำลังกายแบบแอร์โรบิกพร้อมให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติตาม

สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก 15 นาที โดย (1) ทำกลุ่ม บอกเล่าประสบการณ์ ประโยชน์และอุปสรรคในการทำกิจกรรมทางกายตลอด 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา (2) แบ่งกลุ่ม เล่นเกมกระซิบ อ่านคำบอกต่อ เพื่อฝึกทักษะความจำและการสื่อสาร และ (3)ทำกลุ่ม ต่อบล็อกไม้ เพื่อเป็นการฝึกสมองทั้ง 2 ด้าน ในการใช้ทักษะกระบวนความคิด และจินตนาการ

สัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก 15 นาทีโดย (1) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่ม 2 กลุ่ม เล่นเกมส์ โดมิโน บล็อกไม้ เพื่อเป็นการทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาให้ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม มานำเสนอสาธิตการออกกำลังกายที่ถูกต้อง (2) แจกรางวัลทีมที่ได้คะแนนสูงสุดในแต่ละกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ เพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ (3) ให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึก และคำมั่นสัญญาของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม และ (4) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ

สัปดาห์ที่ 7-13 การเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมเช่น เล่นเกมส์ โดมิโน บล็อกไม้ เพื่อเป็นการทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ให้ผู้สูงอายุแต่ละคนมานำเสนอสาธิตการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 14 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การการรับรู้ความสามารถแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างงานวิจัย พร้อมเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เลขที่ SWDCPH 2023-019 ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว จึงดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัยประโยชน์ และความเสี่ยงต่างๆ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และลงนามในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลจากนั้นนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางที่ 95% Confidence interval ดังนี้ (1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ (2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ข้อมูลจากจากแบบวัดคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t- test)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มี 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก 32 คน และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแล

ตามปกติ 32 คน โดยมีลักษณะทางประชากร **กลุ่มทดลอง** ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (65.63%) อายุเฉลี่ย 68.53 ปี (SD.=6.72) ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 2 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.16 kg/m² (SD.=4.03) ได้รับการศึกษา (93.70%) สถานภาพการสมรสคู่ (56.30%) พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน และญาติ (90.60%) ไม่ได้ทำงาน (62.50%) รายได้ใช้จ่ายต่อเดือนเพียงพอ (65.60%) และมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (75.00%) **กลุ่มควบคุม** ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (63.60%) อายุเฉลี่ย 69.78 ปี (SD.=8.72) ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.58 kg/m² (SD.=3.82) ได้รับการศึกษา (73.70%) สถานภาพการสมรสคู่ (62.50%) อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน และญาติ (100.00%) ทำงาน (59.40%) รายได้ใช้จ่ายต่อเดือนเพียงพอ (78.10%) และมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (65.6%)

2. หลังการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.05 คะแนน (95%CI: 1.62, 2.49) ; คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.02 คะแนน (95%CI: 1.65, 2.38); คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.04 คะแนน (95%CI: 1.67, 2.39) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.32 คะแนน (95%CI: 1.04, 1.60) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean difference(SE.)	95%CI	p
การรับรู้ประโยชน์					
กลุ่มทดลอง	32	4.37(0.87)	2.05(0.21)	1.62, 2.49	<.001
กลุ่มควบคุม	32	2.31(0.85)			
การรับรู้อุปสรรค					
กลุ่มทดลอง	32	4.24(0.67)	2.02(0.18)	1.65, 2.38	<.001
กลุ่มควบคุม	32	2.23(0.79)			
การรับรู้ความสามารถแห่งตน					
กลุ่มทดลอง	32	4.26(0.63)	2.04(0.18)	1.67, 2.39	<.001
กลุ่มควบคุม	32	2.22(0.80)			
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม					
กลุ่มทดลอง	32	4.33(0.51)	1.32(0.14)	1.04, 1.60	<.001
กลุ่มควบคุม	32	30.01(0.61)			

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนที่มีอายุ 60-75 ปี จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน โดยมีระยะเวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์ แบ่งเป็นระยะทดลอง 4 และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ โดยประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief Model) และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มโรคที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้[10] และสอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นการจัดกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้กระทำหรือปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดี หลีกเลี่ยงปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะสมองเสื่อม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขการศึกษาครั้งนี้หมายถึงการปฏิบัติดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วยกิจกรรม 1) การส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม 2) การส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดินเหยาะๆ การแกว่งเขนขารำมวยจีน หรืออาจวิ่งเล่นตามสวนสารารณะ ซึ่งการออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นการเพิ่มระดับคลอเลสเตอรอล ประเภท HDL ช่วยลด LDL ลดภาวะไขมันในเลือด ทำให้เลือดสูบฉีดได้ดี จะทำให้การเป็นความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง ลดการเป็นความดันโลหิตสูงซึ่งจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อีกด้วย 3) การส่งเสริมสุขภาพด้านการผ่อนคลายความเครียดเป็นการที่ผู้สูงอายุได้รับการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยบริหารสมองหมายถึงกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบสมอง เช่น การเล่นเกมส์ที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมอง เช่น เกมส์โดมิโน การต่อจิ๊กซอว์ หมากรุก การคิดเลข การเล่นไพ่[11]

พบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยของ Brooker D et al.[12] ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลที่ยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง 4 องค์ประกอบ (VIPS) ในโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Enriched Opportunities Programmed: EOP) โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในสถานบริบาล โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ เช่น การฝึกอบรมทีมผู้ดูแล การประเมินสภาพและดูแลที่เฉพาะเป็นรายบุคคล การประสานงานกับทีมการรักษา การจัดกิจกรรม และนันทนาการ โดยผลการศึกษาพบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในหลายด้าน เช่น ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ ค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับภาวะสมองเสื่อม และระดับของการพึ่งพาโดยสรุปโปรแกรมดังกล่าวสามารถเพิ่มระดับความผาสุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมที่หลากหลายขึ้น พึ่งพาตนเองได้เพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อย

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาใช้ในกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำแก่สมาชิกครอบครัว (ผู้ดูแลหลัก) เกี่ยวกับหลักการสังเกตอาการแสดงเบื้องต้นของภาวะสมองเสื่อม การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านอาหาร การออกกำลังกายในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อให้สมาชิกได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมรวมถึงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ถูกต้อง การที่สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลที่ถูกต้องจะช่วยกระตุ้นให้

ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติ และผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกเพิ่มขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ (1) ด้านบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังหรือกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน และ (2) ด้านบริการส่งเสริมสุขภาพสามารถนำแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและควรสร้างแกนนำผู้สูงอายุหรืออาสาสมัคร เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป (1) การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 14 สัปดาห์ทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงระยะแรกเท่านั้นควรมีขั้นตอนการติดตามประเมินความคงทนของพฤติกรรมในระยะยาวต่อไป (2) รูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่มควรจัดลักษณะกลุ่มย่อยเพื่อควบคุมจุดสนใจของผู้สูงอายุ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติและเป็นการสร้างความสามารถในการดูแลตนเองที่ยั่งยืน และ (3) ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2560.
2. อรวรรณ์ คูหา, นัดดา คำนิยม, อรวรรณ ประสิทธิศิริผล, พิมพ์นารา ดวงดี, ปนิตา มุ่งกลาง, นิติกุล ทองน่วม, และคนอื่นๆ. รายงานผลการศึกษาระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กรุงเทพฯ: บริษัทไซเบอร์พริ้น จำกัด; 2561.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาปันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2561.
4. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปั่นแก้ว, วรัญญา เพ็ชรคง. วิถีชุมชนคู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างแดนดิน. สรุปผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ พ.ศ.2565. สกลนคร; 2565.
6. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การป้องกันการประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
7. Wiersma W. Research methods in education (7th ed.) Boston: Allyn and Bacon; 2000.
8. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์เรื่องการเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination: TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ซีจีทูล; 2551.
9. Waltz C, Strickland O, Lenz E. Measurement in nursing and health research (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company; 2005.
10. ศรุตยา หาวงษ์, วีณา เที่ยงธรรม, สุธรรม นันทมงคลชัย. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560; 31(1):110-28.
11. Becker M H. The health belief model and sick role behavior. Health Education Monographs. 1974;2:25-32.

12. Brooker D. Woolley R. Lee D. Enriching opportunities for people living with dementia in nursing homes: An evaluation of a multi-level activity-based model of care. Aging Mental Health. 2007;11(4):361-70.

การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลหนองแสง และเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดอุดรธานี

Development of Fast Track Service System for Patients with Stroke in Nong Saeng Hospital and Health Service Network, Udon Thani

มนัส สุวรรณบุตร*
Manut Suwannabut
Corresponding author: email: utomanat@hotmail.com
(Received: December 1, 2023; Revised: December 9, 2023; Accepted: January 8, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ เพื่อพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วน และประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองแสง และเครือข่ายบริการ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 20 คน ผู้ให้บริการ จำนวน 10 คน และผู้รับผิดชอบหลักในเครือข่ายบริการ จำนวน 26 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล/ส่งต่อผู้ป่วย และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ % differences

ผลการวิจัย : จากศึกษาสถานการณ์พบปัญหาทั้ง Pre-hospital, In-hospital และ Post-hospital เช่น การเข้าถึง 1669 ความรู้ และทักษะการประเมินผู้ป่วยโรคเลือดสมองทั้งเจ้าหน้าที่และประชาชนทั่วไป การคัดกรองการคลาดเคลื่อนและความล่าช้าของระบบบริการ ระบบบริการฯที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยขั้นตอน (1) จัดระบบการดูแลผู้ป่วย (2) พัฒนาเครื่องมือในการคัดกรอง BE FAST 3) ร่วมกับเครือข่ายบริการในพัฒนาระบบบริการ (4) ประชุมชี้แจงพื้นที่และกู้ชีพตำบล (5) ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย (7) ประชาสัมพันธ์เชิงรุก(8) ให้ความรู้และทักษะ (9) จัดทำแนวทางการส่งต่อ และ (10) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้รวดเร็วขึ้น และผลลัพธ์ทุกตัวต่ำกว่าค่าเป้าหมาย

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผลลัพธ์ทุกตัวต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ดังนั้น ควรส่งเสริมให้นำระบบนี้ไปใช้ในหน่วยงาน

คำสำคัญ : ระบบบริการช่องทางด่วน; โรคหลอดเลือดสมอง; เครือข่ายบริการสุขภาพ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองแสง

ABSTRACT

Purposes : To study situation, develop fast track service system and evaluate results of fast track service system for stroke patients, Nong Saeng Hospital and service network.

Study design : Action Research

Materials and Methods : Twenty of key informants included stroke patients, ten of service providers, and primarily responsible for the service network**.** Data were collected using patient record forms, assessment of compliance with patient care/referral guidelines and focus group discussion guideline. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, and % differences.

Main findings : From studying situations, both problems were found, pre-hospital, In hospital and post-hospital, such as access to 1669, knowledge and skills in evaluating patients with stroke, both staff and the general public. Screening for discrepancies and delays in the service system. The developed service system consists of steps (1) organizing a patient care system (2) developing BE-FAST screening tools 3) working with the service network to develop service system (4) holding a meeting to explain area and resuscitating sub-district. (5) Coordinate with network partners (7) proactive public relations (8) provide knowledge and skills (9) create referral guidelines, and (10) develop a faster patient care system, and every result were lower than target.

Conclusion and recommendations : The results of this research resulted in all results being lower than target. Therefore, the use of this system in the agency should be encouraged.

Keywords : Fast Track Service System; Stroke; Health Service Network.

*Registered Nurse Professional Level, Nong Saeng Hospital

บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้คือ “Rapidly developed clinical signs of focal (Global) disturbance of cerebral function lasting more than 24 hours or leading to death, with no apparent cause other than a vascular origin” หรือเป็น Clinical syndrome ที่ประกอบด้วยลักษณะของ Neurological deficit ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจาก Vascular origin ที่ทำให้เกิด Infarction หรือ Hemorrhage ในความหมายนี้จึงรวมสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตกที่เกิดจากภาวะต่างๆ เช่น Trauma, Infection หรือ Neoplasm เป็นต้น[1] กล่าวได้ว่าโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke or cerebrovascular disease) เป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงพบบ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก สถานการณ์โลกและประเทศไทยของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันหรือ Acute stroke เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสอง และการพิการเป็นอันดับสามทั่วโลก จากการสำรวจประชากรทั่วโลกพบว่า ในปี พ.ศ.2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ.2562 พบว่า มีผู้ป่วย Stroke จำนวน 355,671 ราย (อัตราผู้ป่วย 543 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 34,728 ราย อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน ขณะเดียวกันกรมควบคุมโรคได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิด Stroke พบว่า ทุก 4 คนจะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80.0 ของประชากรโลกมีความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ สอดคล้องกับสถานการณ์จำนวนและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ในจังหวัดอุดรธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2564 พบว่า อัตราตาย 653 ต่อประชากร 100,000 คน (41.46%), อัตราตาย 636 ต่อประชากร 100,000 คน (40.29%), อัตราตาย 791 ต่อประชากร 100,000 คน (50.08%), อัตราตาย 814 ต่อประชากร 100,000 คน (51.85%) และอัตราตาย 875 ต่อประชากร 100,000 คน (55.90%) ตามลำดับ[2] ในทำนองเดียวกันกับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลหนองแสงและเครือข่าย ตั้งแต่ พ.ศ.2561-2565 พบว่า อัตราการเข้าถึงระบบ Stroke Fast track คิดเป็น 20.0%, 24.0%, 27.0%, 47.5% และ 36.0% ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจำนวน 21, 23, 39, 37 และ 33 คน ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุทั้งหมด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2563 จำนวน 32,38 และ 15 คน ผู้ป่วย Stroke เข้าระบบ Fast track คิดเป็น 27.0%, 47.5% และ 60.0 % Door to Refer ภายใน 30 นาที คิดเป็น 100%, 100% และ 100% ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผลการดำเนินงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย ทั้งนี้ได้มีการพัฒนาการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง จากการสัมภาษณ์เบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยทราบอาการแต่ไม่ทราบว่ามีข้อจำกัดด้านเวลาที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล จึงสังเกตอาการที่บ้านก่อนผู้ป่วยมีอาการหลังตื่นนอนจึงไม่สามารถระบุเวลาที่เริ่มมีอาการได้ชัดเจน นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่มีคนดูแลจึงไม่ได้นำมาส่งโรงพยาบาล[3]

จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยอาจไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือมีความพิการในระดับที่แตกต่างกันเนื่องจากสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบประสาทและสมอง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากผู้ดูแล หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง[4] โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่ระยะแรก (Early recovery) จะส่งผลต่ออาการและการฟื้นฟูผู้ป่วยได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปมักพบว่า การดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน[5] ก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากต่อครอบครัวเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในภาระการดูแลผู้ป่วยที่หนักอย่างกะทันหัน ขาดความพร้อมในการดูแล เหนื่อยล้าจากภาระการดูแลและเกิดความเครียด ซึ่งผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง

นอกจากนี้ยังเป็นโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของความพิการที่สำคัญทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYS) เป็นอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ดังนั้น โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นโรคเรื้อรังที่มีความสำคัญยิ่งโรคหนึ่งของประชากรไทย ซึ่งปัจจุบันความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้พัฒนาไปมากทั้งในด้านการป้องกัน การตรวจวินิจฉัย ตลอดจนการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยลดอัตราตาย และความพิการตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลงได้โรคหลอดเลือดสมองมี 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 75-80 และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 20-25 อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นสมองขาดเลือดหรือเลือดออกในสมองหลังการเกิดโรคผู้ป่วยมักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาพลักษณ์ ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว หรือบางรายจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้านส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่

จากทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์การทำงานวิจัยในชุมชน และการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และอุปสรรคของปรากฏการณ์ข้างต้นให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เราทุกคนต้องแข่งกับเวลา สิ่งที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง[6] แนวทางการแก้ปัญหาดังกล่าว คือการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดถือเป็นมาตรฐานสากลเป็นเวลากว่า 20 ปี หลักฐานปัจจุบันสามารถให้ยาได้ภายใน 270 นาที[7] หลังผู้ป่วยเริ่มมีอาการ นอกจากนั้นคุณภาพในการให้ยาอย่างเร็วที่สุดยิ่งส่งผลดีต่อผู้ป่วย สามารถลดอัตราทุพพลภาพและอัตราการตายผันแปรตามระยะเวลาที่ให้ยาอีกทั้งยังมีความคุ้มค่าของต้นทุนประสิทธิผล (Cost effectiveness) ในระบบสาธารณสุข เช่น ลดอัตราครองเตียง การกายภาพบำบัด การดูแลบำบัดในระยะยาว และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพราะฉะนั้นการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเร็วที่สุดจึงเป็นการพัฒนาที่คุ้มค่าอย่างยิ่ง การพัฒนาระบบเพื่อสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้เร็วที่สุดหลังผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลเป็นสิ่งท้าทายและสะท้อนถึงคุณภาพของการจัดการภายในโรงพยาบาล[8]

จากทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการปรับระบบการเข้าถึง และแนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือด ณ ห้องฉุกเฉินให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพเป็นอย่างมาก ดังข้อมูลสถิติภายหลังการดำเนินการเป็นเวลา 1 ปี สามารถเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลได้รับยาละลายลิ่มเลือดรวดเร็วขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบบริการช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองแสงและเครือข่ายบริการสุขภาพขึ้น เพื่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในสมองอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แนวทางปฏิบัติทำให้เกิดความชำนาญของทีมบุคลากร และสามารถปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ เพื่อพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วน และประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองแสง และเครือข่ายบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart[9] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผนปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพของ WHO หรือ “6 เสาหลักของระบบสุขภาพ” (Six Building Blocks of A Health System)[10] ประกอบด้วย 1) Leadership/Governance 2) Financing 3) Health Workforce 4) Service Delivery และ 5) Medical Products, Vaccines & Technologies 6) Information System โดยศึกษาในพื้นที่อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วยโรงพยาบาลหนองแสง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย จำนวน 5 แห่ง

ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานตลอดระยะเวลาทำการศึกษาจึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดี ระยะเวลาดำเนินการศึกษาเดือนมีนาคม - สิงหาคม 2566

พื้นที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการที่โรงพยาบาลหนองแสง จังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลกุมภาวาปีและโรงพยาบาลลูกข่าย ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอหนองแสง จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนหวายใต้, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเม็ก, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลโนนสว่าง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกผักหอม

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย 1) ผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 10 คน และระยะพัฒนาระบบบริการ จำนวน 20 คน 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลหนองแสง จำนวน 11 คน 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเครือข่ายบริการ จำนวน 26 คน

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่ร่วมพัฒนาบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอชนบท ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย บุคลากรทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ (1) แพทย์ประธานทีมนำดูแลผู้ป่วยและแพทย์ประจำการ รวม 3 คน (PCT) (2) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้างานและตัวแทนผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหน่วยงานละ 2-3 คน ที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 2 ปี ได้แก่ ER/IPD/ชุมชน/ศูนย์คุณภาพ รวม 8 คน และ (3) ตัวแทนหน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม/วิทยาศาสตร์การแพทย์ รวม 5 คน บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ 1 คน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ 2 คน รวม 3 คน บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 2 ปี รวม 10 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน และอสม. ตำบลละ 1 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบลละ 1 คน จากทั้งหมด 5 ตำบลรวม 20 คน รวมทั้งสิ้น 38 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ (1) เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ และ (2) อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ (1) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ และ (2) ย้ายที่ทำงานในระหว่างการศึกษาหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง

2. ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในระยะศึกษาสถานการณ์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 จำนวน 10 คน และระยะพัฒนาระบบบริการ จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่โรงพยาบาลชนบท ช่วงเดือน เดือนมีนาคม-สิงหาคม 2566 และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือผู้ป่วยที่เสียชีวิตและไม่ได้รับการส่งต่อ

ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ (1) ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart[9] (2) ทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับโรคประจำตัว อายุระยะเวลาการเกิดอาการ ระยะเวลาที่มาถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน การวินิจฉัยเพื่อสู่ระบบ Stroke Fast tract ระยะเวลาที่ส่งต่อโดยใช้แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนที่แพทย์วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 จำนวน 10 ราย และ(3) สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มร่วมกับแพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อทราบ

ปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความต้องการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 26 คน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนดังนี้

วงรอบที่ 1 นำข้อมูลที่สรุปได้จากระยะที่ 1 คืนข้อมูลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เภสัชกร ร่วมคิด ร่วมวางแผน หาข้อยุติในแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติจากความคิดเห็นส่วนใหญ่ เกณฑ์การตัดสินอาศัยข้อมูลจากการปฏิบัติ โดยขั้นตอนนี้ได้นำแนวคิด แนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพของ WHO: หรือ “6 เสาหลักของระบบสุขภาพ” มาเป็นแนวทางการพัฒนา ซึ่งในขั้นตอนนี้ทำให้เกิดแนวทางดำเนินงานตามกรอบการดำเนินงาน ดังนี้ (1) Leadership/ Governance ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล : ได้มีการดำเนินการดังนี้ (1) ปรับปรุงการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโดยมีบทบาท (2) Financing การจัดสรรงบประมาณ : สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ การพัฒนาบุคลากรภายในโดยจัดทำโครงการอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยและผู้รับผิดชอบหลัก คือ แพทย์ และพยาบาล Stroke Case manager (3) Health Workforce กำลังคนด้านสุขภาพ : จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมความรู้และทักษะให้กับผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์เจ้าหน้าที่ศูนย์เปล เจ้าหน้าที่ห้องบัตร และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระบบช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาศักยภาพแพทย์ และพยาบาล Stroke case manager หลักสูตรระยะสั้นของเขตสุขภาพที่ 8 (4) Service delivery ระบบการให้บริการ : จัดทำ CPG การดูแลร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน กำหนดให้มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในแต่ละเวร นำแนวคำถามเกี่ยวกับอาการเตือนภาวะฉุกเฉินทางโรคหลอดเลือดสมอง (Face drooping, Arm weakness, Speech difficulty, Time to call 1669, Fast Score) มาใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย (5) Medical Products & Technologies การจัดหายา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ : จัดระบบสำรองยา และเวชภัณฑ์ที่เพียงพอทั้งในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และบนรถ Refer พร้อมใช้ให้มีความพร้อมต่อความต้องการ รวมถึงประสานความร่วมมือกับหน่วยยานพาหนะในการประกันเวลาให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อความรวดเร็วในการส่งต่อมีการบริหารจัดการสำรวจความพร้อมใช้และประมาณการใช้เวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทุกสัปดาห์ และ (6) Information System ระบบข้อมูลประชาสัมพันธ์ช่องทางการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน 1669 เป็นอันดับแรกผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในชุมชน หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน วิทยุชุมชน ติดเบอร์ 1669 ไว้ที่รถกู้ชีพ รถ Refer รพ.ทำการติดตามสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ประเมินผลการดำเนินงานนำสู่การสรุปบทเรียน

วงรอบที่ 2 ดำเนินการดังนี้ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาดังนี้ (1) จัดทำ Clinical practice guideline และพัฒนาระบบให้ปรึกษา (Consult) ร่วมกับรพ.สต.และโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านทางแอพพลิเคชั่นไลน์ (2) จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วนตั้งแต่ระดับชุมชน /โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / โรงพยาบาลชุมชน (3) ทบทวนระบบการให้คำปรึกษา (Consult) และ หน่วยกู้ชีพตำบล โดยกำหนดให้ใช้ช่องทางไลน์โทรศัพท์อย่างเดียวเพื่อความสะดวกรวดเร็ว (4) จัดทำระบบการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลหนองแสงผ่านทางแอพพลิเคชั่นไลน์ Line ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพทุกแห่ง ตัวแทน อสม. และผู้นำชุมชนตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกตำบล และ (5) สนับสนุนให้บุคลากรผู้ให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนในพื้นที่และประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วย

โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลลัพธ์ จากการประเมินกระบวนการและผลการดำเนินงานโดยดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแล/ส่งต่อผู้ป่วยในระบบบริการช่องทางด่วนที่ผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย คือ อายุ เพศ ภูมิลำเนา การมา รพ. เวลามาถึง รพ. โรคประจำตัวปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาแต่ละขั้นตอนในระบบบริการช่องทางด่วน และการเสียชีวิต 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล/ส่งต่อผู้ป่วยใช้เพื่อการประเมินการปฏิบัติงานบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และ 3) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guideline) 2 ส่วน ได้แก่ ระยะศึกษาสถานการณ์ประเด็นความรู้เกี่ยวกับโรคและการบริการที่ได้รับและระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการประเด็นบริการที่ได้รับปัญหาอุปสรรค

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 17366

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (1) ลักษณะทางประชากรของผู้รับบริการทั้งหมด 10 คน ส่วนใหญ่เป็นชาย 7 คน (70.0%) อายุเฉลี่ย 63 ปี (SD.=0.56) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 9 คน (90.0%) สถานภาพสมรสเป็นหม้าย 7 คน (70.0%) อาชีพเกษตรกร 9 คน (90.0%) รายได้เฉลี่ย 1,420 บาทต่อเดือน สิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง 9 คน (90.0%) ระยะเจ็บป่วยหลังจำหน่วยออกจากโรงพยาบาลมากกว่า 2 สัปดาห์ 10 คน (100.0%) สาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน 9 คน (90.0%) ส่วนที่อ่อนแรงซีกด้านขวา 6 คน (60.0%) กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) เกรด 4 จำนวน 7 คน (70.0%) มีโรคประจำตัว 8 คน (80.0%) คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) อยู่ในระดับปานกลาง 8 คน (80.0%) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและแผลกดทับและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 10 คน เป็นชาย 7 คน (70.0%) อายุเฉลี่ย 49.0 ปี (SD.=0.53) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 8 คน (80.0%) และสถานภาพสมรสคู่ 7 คน (70.0%) (2) จากการสนทนากลุ่ม พบว่า **Pre-hospital** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่หมายเลขโทรศัพท์ 1669 ค่อนข้างต่ำ จาการสำรวจนำร่องพบว่าส่วนใหญ่ขาดการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้เบอร์ 1669 ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร เมื่อมีอาการปากเบี้ยว แขน-ขาอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง พูดไม่ชัด คิดว่าอาการไม่สำคัญ ไม่เร่งรีบมาโรงพยาบาล มีการดูแลกันเบื้องต้นที่บ้านก่อน นอนพักเผื่ออาการดีขึ้นหรือรอญาติ เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาลเอง รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ชีพตำบล ขาดทักษะการคัดแยกอาการที่เข้าได้กับโรคหลอดเลือดสมอง และการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น ช่องทางทำให้มีความสับสนและยุ่งยากในการขอคำปรึกษา **In-hospital** ประสบปัญหา และอุปสรรคคือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานบริการด่านหน้า ได้แก่ พนักงานเปล เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่ห้องบัตร ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ยังขาดความรู้และทักษะในการประเมินอาการแรกรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้การคัดกรองผิดพลาด การตรวจวินิจฉัยของแพทย์ยังมีความคลาดเคลื่อนและล่าช้า ขั้นตอนการจัดระบบการตรวจ

มีความล่าช้า ทำให้มีโอกาสที่แพทย์ประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่ได้ตรวจประเมินผู้ป่วยทันที พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินยังขาดความแม่นยำในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นในแนวทางเดียวกัน พยาบาลเวรส่งต่อ (Refer) ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่บนรถส่งต่อและการติดต่อประสานงานกับหน่วยยานพาหนะ ในการส่งตัวผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเกณฑ์ระยะเวลาที่กำหนด **Post-hospital** ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการเตรียมผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินขณะรอการนำส่งไปโรงพยาบาลแม่ข่าย มีปัญหาเรื่องการติดต่อประสานงานใช้เวลานานในการรอรับคำปรึกษาและไม่มีคนรับผิดชอบที่ชัดเจนในการรับคำปรึกษา

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นได้มีการระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมกิจกรรม กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการ ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกันในระยะนี้ได้ประเด็นการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ (1) การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว (2) การคัดกรองผู้ป่วย (BE FAST) (3) กระบวนการดูแลผู้ป่วย (4) การพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย (แพทย์ประเมินการใช้ Fast Track) และ (5) การติดตามผู้ป่วย

2. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

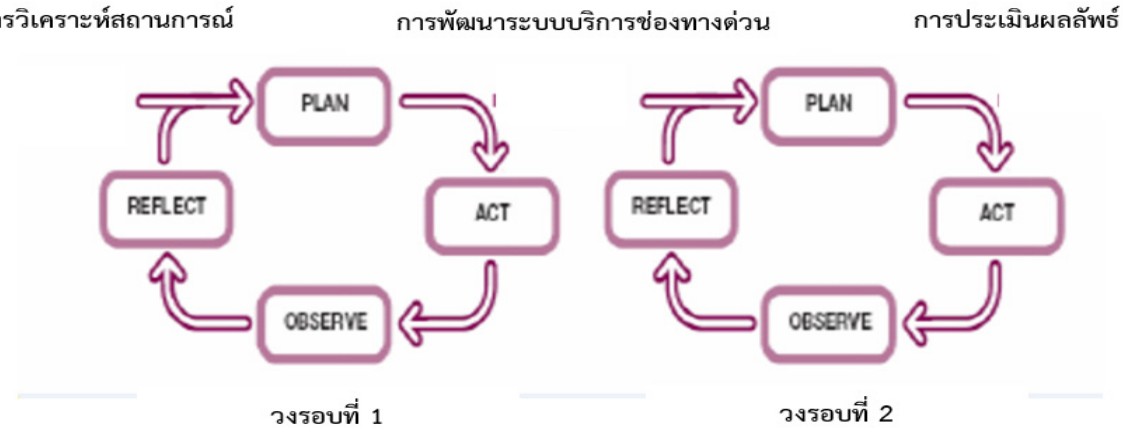
การพัฒนาวงรอบที่ 1 กิจกรรมการพัฒนาที่สำคัญ คือ 1) ประชุมชี้แจงทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อสร้างความตระหนักในการให้บริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์เจ้าหน้าที่ศูนย์เปล เจ้าหน้าที่ห้องบัตร และผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระบบบริการช่องทางด่วน 3) พัฒนาสมรรถนะแพทย์และพยาบาลทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) จัดทำแนวทางประสานความร่วมมือกับหน่วยงานยานพาหนะ ในการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

จากการพัฒนาวงรอบที่ 1 พบว่า ผู้ให้บริการตื่นตัว และเริ่มตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วนเพิ่มขึ้น แต่ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย วิธีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน และระบบการบริหารจัดการผู้ป่วยยังล่าช้า ซึ่งเป็นปัญหานำเข้าการพัฒนาในวงรอบที่ 2

การพัฒนาวงรอบที่ 2 กิจกรรมการพัฒนาที่สำคัญ คือ 1) จัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นเป็นผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) และกำหนดให้มีการมอบหมายงานผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนในแต่ละเวร 2) พัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง BE FAST (Balance, EYE, FACE, ARM, SPEECH, to call 1669) มาใช้ในการคัดกรอง ที่หน่วยบริการด่านหน้าของโรงพยาบาล สามารถคัดกรองผู้ป่วยขั้นต้นได้ถูกต้อง และนำส่งผู้ป่วยไปที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้การดูแลได้ทันที 3) ร่วมกับเครือข่ายบริการในระบบบริการช่องทางด่วนประกอบด้วยโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลหนองแสง พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical nursing practice guideline) และพัฒนาระบบรับคำปรึกษา (Consult) ผ่านทางกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ (Line Group) 4) ประชุมชี้แจงบุคลากรผู้ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่และกู้ชีพตำบล 5) ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้บริการและนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ทั่วถึงและรวดเร็วขึ้น 6) ประชาสัมพันธ์ช่องทางการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน 1669 ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ทางวิทยุชุมชน หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน ติดแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ในชุมชน 7) ประชาสัมพันธ์เชิงรุก เช่น การรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น ติดแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ในชุมชน หอกระจายข่าวของหมู่บ้าน

เสียงทางวิทยุชุมชน และผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข 8) จัดอบรมให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นแก่บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และกู้ชีพตำบล 9) จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วนตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงโรงพยาบาลชุมชน 10) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้รวดเร็วขึ้นโดยกำหนดหน้าที่รับผิดชอบเป็นรายบุคคล เช่น การซักประวัติ ประเมินอาการ การดูแลตามแนวปฏิบัติ การรายงานแพทย์ การติดต่อประสานงาน การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และ 11) จัดทำแผนผังการดูแลผู้ป่วย (Flow chart) ใน ระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองและติดประชาสัมพันธ์ที่หน่วยบริการด่านหน้า งานผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

จากการพัฒนาวงรอบที่ 2 พบว่า กระบวนการคัดกรองระบบการดูแลผู้ป่วยการให้คำปรึกษาการประสานงานการส่งต่อ และการติดตามผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายในชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย จำนวน 5 แห่ง มีความชัดเจน สะดวกรวดเร็วมากขึ้น ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลหนองแสงและเครือข่ายบริการสุขภาพ

3. การประเมินผลลัพธ์ จากการประเมินกระบวนการและผลการดำเนินงานโดยดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1) ลักษณะทางประชากรพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นชาย 6 คน (60.0%) อายุเฉลี่ย 67 ปี (SD.=0.49) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 8 คน (80.0%) สถานภาพสมรสคู่ 8 คน (80.0%) อาชีพรับจ้างทั่วไป 10 คน (100.0%) รายได้เฉลี่ย 2,920 บาทต่อเดือน สิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง 9 คน (90.0%) ระยะเจ็บป่วยหลังจำหน่วยออกจากโรงพยาบาล มากกว่า 2 สัปดาห์ 8 คน (80.0%) สาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน 9 คน (90.0%) ส่วนที่อ่อนแรงซีกด้านขวา 7 คน (70.0%) กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) เกรด 4 จำนวน 8 คน (80.0%) มีโรคประจำตัว 8 คน (80.0%) คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) อยู่ในระดับปานกลาง 8 คน (80.0%) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและแผลกดทับ (2) หลังการพัฒนาพบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่มีอาการถึงโรงพยาบาลจนได้รับการประเมินสภาพกว่าเป้าหมาย 54.55% ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงโรงพยาบาลต่ำกว่าเป้าหมาย 36.07% ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึง โรงพยาบาลจนได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจต่ำกว่า

เป้าหมาย 35.29% และค่าเฉลี่ยระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการส่งต่อต่ำกว่าเป้าหมาย 6.90% ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการพัฒนา

การประเมิน	ค่าเป้าหมาย	ผลลัพธ์	%differences
1. ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงโรงพยาบาล	180 นาที	125 นาที	-36.07
2. ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่มีอาการถึงโรงพยาบาลจนได้รับการประเมินสภาพ	14 นาที	8 นาที	-54.55
3. ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงโรงพยาบาลจนได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	10 นาที	7 นาที	-35.29
4. ค่าเฉลี่ยระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการส่งต่อ	30 นาที	28 นาที	-6.90

วิจารณ์

1. ปัญหาและอุปสรรคพบทั้ง Pre-hospital, In-hospital และ Post-hospital ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในงานอุบติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลวาปีปทุม พบว่า การให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) ด้านการดำเนินงานเชิงรุก เดิมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่หมายเลขโทรศัพท์ 1669 น้อยมาก ประชาชนไม่ทราบถึงการเรียกใช้เบอร์ 1669 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค ประชาชนทั่วไป, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ไม่ทราบว่าอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร ด้านระบบบริการยังไม่มีแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (โรงพยาบาลลูกข่าย) กับ โรงพยาบาลวาปีปทุม (โรงพยาบาลแม่ข่าย) ที่ชัดเจน ระบบการรับคำปรึกษา (Consult) ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ช่องทางการรับคำปรึกษามีหลายช่องทาง ทำให้มีความสับสนและยุ่งยากในการขอคำปรึกษาแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน ไม่ได้ให้คำปรึกษาทันทีทำให้เกิดความล่าช้าในการติดต่อประสานงาน การให้บริการที่โรงพยาบาล (Hospital) ด้านบุคลากรผู้ให้บริการพยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานบริการด่านหน้า ได้แก่ ศูนย์เปลประชาสัมพันธ์ห้องบัตร ซึ่งประกอบด้วย ผู้ช่วยเหลือคนไข้คนงานศูนย์เปล เจ้าหน้าที่เวชสถิติห้องบัตร ยังขาดความรู้และทักษะในการประเมินอาการแรกรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้การคัดกรองผิดพลาด ไม่แร่งรีบในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทันที บางครั้งผู้ป่วยที่มีอาการไม่ชัดเจนไม่ได้เข้าห้องฉุกเฉินแต่ถูกคัดกรองให้ไปรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก แพทย์การตรวจวินิจฉัยของแพทย์ยังมีความคลาดเคลื่อนและล่าช้า การจัดระบบการตรวจประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทันทียังไม่ชัดเจน ด้านระบบบริการ/อุปกรณ์เครื่องมือสื่อสารการจำแนกประเภทผู้ป่วยไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ตั้งแต่จุดบริการประชาสัมพันธ์แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งถือว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการประเมินทันทีภายในเวลาที่กำหนด การให้บริการขณะส่งต่อผู้ป่วย (Post-hospital) ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการเตรียมผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินขณะรอการนำส่งไปโรงพยาบาลแม่ข่าย พยาบาลนำส่งยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะส่งต่อ ยังไม่มีระบบการติดต่อประสานงานและขอคำปรึกษาระหว่างนำส่งในกรณีที่ผู้ป่วยมีการแย่ลง

ขณะนำส่งบนรถ และการติดตามผู้ป่วยหลังส่งต่อยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน[11]

2. ระบบบริการช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลหนองแสง และเครือข่ายบริการสุขภาพ ประกอบด้วยขั้นตอน (1) จัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (2) พัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง BE FAST 3) ร่วมกับเครือข่ายบริการในระบบบริการช่องทางด่วน (4) ประชุมชี้แจงบุคลากรผู้ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่และกู้ชีพตำบล (5) ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (7) ประชาสัมพันธ์เชิงรุก (8) จัดอบรมให้ความรู้และทักษะให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และกู้ชีพตำบล (9) จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วนตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงโรงพยาบาลชุมชน และ (10) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้รวดเร็วขึ้นโดยกำหนดหน้าที่รับผิดชอบเป็นรายบุคคล พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาของระบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพแบบไร้รอยต่อ ซึ่งมี 7 องค์ประกอบได้แก่ 1) กลไกขับเคลื่อนระดับจังหวัดอำเภอ และชุมชน 2)ระบบข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย 3) การคัดกรอง และส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง 4) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย 5) การดูแลแบบช่องทางด่วน 6 การดูแลรักษาเฉพาะทาง และ 7) การดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งระบบที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะผสมผสานและดูแลแบบครบวงจร ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถเอาระบบที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ ไปปรับใช้ในพื้นที่ตนเองได้[12]

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดยโสธร ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุได้รับความรู้ ทราบช่องทางขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้เร็วขึ้น โดยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที และเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพิ่มขึ้น ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง[12]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ การนำระบบสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและควรมีการศึกษาในระยะยาวในการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง อัตราความชุกในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รวมทั้งควรมีการประเมินผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่นๆ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (1) การส่งเสริมการรับรู้ของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ญาติ ผู้ใกล้ชิด หรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ ให้มีความเข้าใจอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันและวิธีการจัดการอาการในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงระบบช่องทางด่วนการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจภายใน 4.5 ชั่วโมง และ (2) การร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพในการปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการ ระบบช่องทางด่วนการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดให้มีประสิทธิภาพ และการติดตามประเมินผลลัพธ์

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล (1) การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ที่ได้เข้ารับการรักษาภายใน 4.5 ชั่วโมง หลังมาอาการและกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาหลังจากมีอาการนานกว่า 4.5 ชั่วโมง ศึกษาวิธีการจัดการอาการที่อาจมีแตกต่างกันและศึกษาความสัมพันธ์ของประสบการณ์การมีอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน วิธีการจัดการและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และ (2) การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลและระยะในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ผลการศึกษาครั้งนี้ค่าเฉลี่ยระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการส่งต่อต่ำกว่าจากค่าเป้าหมายน้อยกว่าตัวชี้วัดด้านอื่นๆ ดังนั้น ควรศึกษาและวิเคราะห์สาเหตุย้อนหลังว่า

ขั้นตอนไหนที่เสียมาเวลามากที่สุดแล้วนำเป็นหาแนวทางแก้ไขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. สถานการณ์ และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย). [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414764_20220208161448.pdf
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี พ.ศ.2560-2564). [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020
3. โรงพยาบาลหนองแสง. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2565. อุดรธานี. งานยุทธศาสตร์; 2565.
4. ศรารินทร์ พิทธยะพงษ์. สถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2561;11(2):26-39.
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning a national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010.
6. Ross S Y, Roberts S, Taggart H, Patronas C. Stroke transitions of care. Medsurg Nurs. 2017;26(2):119-23.
7. Powers W J, Rabinstein A A, Ackerson T, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2018;49:e46-e99.
8. Joo H, Wang G, George M G. A literature review of cost effectiveness of intravenous recombinant tissue plasminogen activator for treating acute ischemic stroke. Stroke and Vascular Neurology. 2017;2(2):73-83.
9. Kemmis S, Mc T R. The action research planner. Geelong : Deakin University Press; 1990.
10. ทวีศักดิ์ นพเกสร. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นครราชสีมา: โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง; 2549.
11. สงบ บุญทองโท, นิสากร วิบูลชัย, องุ่น บุตรบ้านเขวา. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2560; 14(3):100-13.
12. สุวรรณี แสนสุข, จินตนา พลมีศักดิ์, นริศรา อารีรักษ์, ถนอม นามวงศ์. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565:8(4):195-204.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลธวัชบุรี

Development of Care Systems for Sepsis in Emergency Room Thawatburi Hospital

พรรณา ชุมพลอโนมคุณ*
Panna Chuponanomakum
Corresponding author: E-mail: Nuring.lek101@hotmail.co.th
(Received: November 27, 2023; Revised: December 5, 2023; Accepted: January 9, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาระบบ และประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลธวัชบุรี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นแพทย์ พยาบาลวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้อง 40 คน และเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนกันยายน 2566 จำนวน 144 ราย และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : 1) การศึกษาสภาพปัญหาพบว่า ปัญหาทั้งด้านบุคลากร กระบวนการ และผู้ป่วยรับบริการ 2) แนวทางแก้ไขประกอบด้วย (1)พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (CPG) (2) พัฒนาทักษะการประเมินอาการโดยใช้แบบประเมิน q-SOFA (3) คัดแยกประเภทผู้ป่วย (4) การรายงานแพทย์แบบ SBAR (5) การจัดหาวัสดุและครุภัณฑ์การแพทย์ที่จำเป็น และ (6) การติดตามนิเทศประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และ 3) ผลการพัฒนา พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมารับบริการเพิ่มขึ้น การประเมินผู้ป่วยและวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล พบว่าการคัดแยกประเภทผู้ป่วยผิดพลาด (Under triage) ลดลง อาการทรุดลงส่งต่อหลัง admitted ภายใน 2 ชม.ลดลง และไม่พบผู้ป่วยผู้ป่วยเสียชีวิต

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรนำระบบนี้มาใช้ในหน่วยงาน

คำสำคัญ : ระบบการดูแล; ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธวัชบุรี

ABSTRACT

Purposes : To study o study the conditions and problems, develop systems, and evaluate results for sepsis in emergency room Thawatburi Hospital.

Study design : Action Research (AR)

Materials and Methods : All total of 40 key informants were doctors, nurses and related persons and medical records 144 of patients diagnosed with sepsis who came to emergency services from October 2022 to September 2023. Data analyzed by using frequency, percentage, mean and standard deviation.

Main findings : 1) Study of problem found that problems of personnel, processes, and patients services. 2) Solutions include: (1) develop nursing clinical practice guidelines (NCPG) (2) develop symptom assessment skills using a q-SOFA assessment (3) triage (4) SBAR doctor reporting (5) procurement of necessary medical materials and equipment, and (6) monitoring, supervision, and evaluation of compliance with specified guidelines, and 3) The development results found that number of patients with bloodstream infections who came to receive services increased, accurate patient assessment and diagnosis have increased. Nursing quality results, they were found that misclassification of patients (Under triage) decreased, symptoms deteriorated, referrals within 2 hours after admission decreased, and no patients were found to have died.

Conclusion and recommendations : The results of this research result in increased quality of the care system for patients with bloodstream infections. Therefore, this system should be used in the agency.

Keywords : Care system; Sepsis

*Registered Nurse Professional Level, Thawatburi Hospital

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิต เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตมากขึ้นในประเทศไทย พบผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงเสียชีวิตร้อยละ 34.6 กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดเป้าหมายให้ลดอัตราเสียชีวิตในปี พ.ศ.2564 น้อยกว่าร้อยละ 26[1] โดยปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ ผู้ป่วยเข้าบริการล่าช้า การประเมินอาการแรกรับล่าช้า/ผิดพลาด การวินิจฉัยที่ล่าช้า การได้รับยาปฏิชีวนะช้ากว่า 1 ชั่วโมง การได้รับยาปฏิชีวนะที่ไม่ครอบคลุมเชื้อ และการได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ และไม่เหมาะสม

เช่นเดียวกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลธวัชบุรี ได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นระยะๆ ในระยะแรกมีแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน พยาบาลวิชาชีพจะประเมินอาการแรกรับโดยการใช้สัญญาณชีพ และอาการของแสดงผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ในการรายงานแพทย์ แพทย์และพยาบาลที่จบการศึกษาใหม่ยังขาดประสบการณ์ ขาดความมั่นใจและความเชี่ยวชาญ ยังไม่มีเครื่องตรวจหาภาวะการติดเชื้อที่ทันสมัย ไม่มียากระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือดมีประสิทธิภาพที่ดีเพียงพอ จึงมีการรักษาตามบริบทที่มีอยู่ โรงพยาบาลแม่ข่ายจะมีการประชุมทบทวนเคสส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน เพื่อการพัฒนาระบบการดูแลส่งต่อ พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อในกระแสเลือดที่ส่งจากโรงพยาบาลธวัชบุรีมีการดูแลไม่เหมาะสม/ไม่ครอบคลุมก่อนการส่งต่อและขณะส่งต่อเพื่อการรักษา ในเรื่องการส่งต่อล่าช้าทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และมีผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ซึ่งมีอาการของโรคจะไม่ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลธวัชบุรี ต่อยอดจากการทำ CQI และเพื่อประเมินผลของการนำระบบการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลธวัชบุรี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด มาใช้ในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายในปี พ.ศ.2566 และพัฒนาระบบให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาพัฒนาระบบ และประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลธวัชบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาการดำเนินงาน ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสภาพปัญหา ระยะพัฒนาระบบ และระยะประเมินผลการพัฒนา

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยผู้วิจัย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ชันสูตรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลธวัชบุรี จำนวน 40 คน และเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 มีจำนวน 144 ราย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริการโรงพยาบาลธวัชบุรีและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน เพื่อทบทวนระบบบริการ ค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

ระยะที่ 2 ทบทวนและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยและจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด นำเสนอข้อมูลปัญหาต่อผู้บริหารเพื่อจัดหาเครื่องมือที่ทันสมัยและเวชภัณฑ์ยาที่จำเป็น พัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพในการประเมิน q-SOFA การรายงานแพทย์แบบ SBAR และการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานตามแนวทางที่กำหนด

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การนำระบบที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการให้บริการ ว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดหรือไม่ มีการใช้แบบประเมิน q-SOFA ถูกต้องหรือไม่ มีการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

อย่างต่อเนื่องหรือไม่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. เครื่องมือที่เป็นโครงสร้าง ประกอบด้วย การจัดอาคารสถานที่ในการให้บริการผู้ป่วย เครื่องมือทางการแพทย์ที่ช่วยการวัดและประเมินสัญญาณชีพ และเครื่องมือที่ช่วยในการประเมินภาวะติดเชื้อในเลือด

2. แบบประเมินภาวะติดเชื้อ (q-SOFA)

3. ระบบการดูแลผู้ติดเชื้อในกระแสเลือดพัฒนาโดยผู้วิจัยและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ขั้นตอนการเก็บเลือดส่งตรวจ การวินิจฉัยโรค การรักษา การรับยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) การประเมินซ้ำ การจำหน่าย การติดตามการรักษาหลังส่งต่อ/แอดมิด/จำหน่ายกลับบ้าน รวมถึงการประสานขอข้อมูลการเยี่ยมหลังจำหน่ายของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่ชุมชน มีการประเมิน นิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

4. เวชภัณฑ์ ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ และสารน้ำ

5. เวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

6. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปผลการประชุมทบทวนเคสและแนวทางการสนทนากลุ่ม

7. แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ : การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0982565 และทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยและขอใช้ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลธวัชบุรี

ผลการวิจัย : แบ่งเป็น ระยะ 3 คือ

1. ระยะศึกษาสภาพปัญหา การดูแลผู้ติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลธวัชบุรี ก่อนพัฒนาระบบ

ระยะศึกษาสภาพปัญหาผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลธวัชบุรี โดยการทบทวนเวชระเบียนและทบทวนด้านผู้ที่มารับบริการ ด้านอาคารสถานที่ ด้านอุปกรณ์/เครื่องมือต่างๆ ด้านระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของบุคลากรทีมให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสะเลือด พบสภาพปัญหา คือ ด้านผู้ป่วย การเข้ารับการรักษาล่าช้า ด้านผู้ให้บริการพบว่า มีการประเมินอาการผู้ป่วยล่าช้าและมีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นแนวเดียวกัน ทักษะการประเมินอาการผู้ป่วยไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่มีการติดตามผลการรักษาหลังส่งต่อ การติดตามผลตรวจการเพาะเชื้อล่าช้า เจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจและความตระหนัก ไม่มีแนวทางคัดแยกผู้ป่วยอย่างชัดเจน ไม่มีการเชื่อมโยงแผนการดูแลรักษาในทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งต่อทันเวลา ผู้ป่วยมีอัตราเสียชีวิตเพิ่มขึ้น การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดไม่เป็นแนวเดียวกัน มีคู่มือแนวทางการรักษา (CPG) ไม่ครอบคลุมบริการด้านอุปกรณ์/เครื่องมือในการติดตามสัญญาณชีพแบบ Monitor ไม่ทันสมัย ไม่มีเครื่องตรวจภาวะติดเชื้อ (Lactate) ไม่มียายากระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือดดำที่มีประสิทธิภาพสูง จากสภาพปัญหาผู้วิจัยและคณะกรรมการพัฒนาระบบคุณภาพบริการได้ประชุมปรึกษาหารือวางแผนจัดระบบการให้บริการใหม่ นำเสนอปัญหาและแนวทางการพัฒนาต่อผู้บริหาร เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนด้านนโยบาย และงบประมาณ

2. ระยะพัฒนาระบบการบริการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลธวัชบุรี

จากการศึกษาสภาพปัญหาย้อนหลัง ได้มีการแก้ไขสภาพปัญหาเป็นระยะๆ ผู้วิจัยจึงได้ประชุมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตามมาตรฐานของ The Surviving Sepsis Campaign (SSC) และตามคู่มือของโรงพยาบาลแม่ข่าย มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด นำเสนอข้อมูลและระบบแก่ผู้บริหารซึ่งจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านนโยบาย งบประมาณ ด้านบุคลากรได้ประเมินศักยภาพของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล

ธวัชบุรี (100%) ด้วยการนิเทศรายบุคคล จากหัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกฉิน/หัวหน้าเวร ตามแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินกองการพยาบาล โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพจบการศึกษาใหม่ที่มาปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างใกล้ชิด มีแผนพัฒนาทางด้านวิชาการ 1 ครั้ง/ปี ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการประเมินอาการฉุกเฉินแรกรับ และการดูแลขณะนำส่งผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อในกระแสเลือด และการช่วยฟื้นคืนชีพ ปีละ 1 ครั้ง การประเมินอาการฉุกเฉินแรกรับ การใช้แบบประเมิน q-SOFA การปฏิบัติตาม CPG sepsis การประเมินซ้ำ การดูแลขณะนำส่ง รพ.แม่ข่าย โดยวิทยากรภายในโรงพยาบาล นอกจากนี้ได้ส่งเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล เข้ารับการอบรมทางวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดชื้อในกระแสเลือดนอกโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลขอนแก่นอย่างต่อเนื่อง เพิ่มเครื่องวัดสัญญาณชีพที่สามารถแปลค่าความเสี่ยงต่อภาวะช็อก เพิ่มเครื่องตรวจหาภาวะติดเชื้อ เพิ่มยากระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือดที่มีประสิทธิภาพ ทบทวนเคสและประเมินผลระบบเป็นระยะๆ สอดคล้องกับอังคณา เกียรติมานะโรจน์[2] ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคติดเชื้อในกระแสโลหิต 2) แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 3) ระบบการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเข้าระบบช่องทางด่วน 4) กำหนดแผนการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 5) กำหนดแนวทางการพยาบาลภาวะช็อก 6) มีระบบการให้คำปรึกษา แม่มข่าย-ลูกข่าย 7) กำหนดการลงข้อมูลการวินิจฉัยโรค 8) ทบทวนเวชระเบียนโดยแพทย์ผู้ชำนาญการ หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาพบว่า มีอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชม. อัตราการรักษาส่งต่อลดลง และไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

3. ระยะประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการ

หลังพัฒนาระบบ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดเข้ารับบริการมากขึ้น ร้อยละ 100 มีการประเมินอาการโดยใช้แบบประเมิน q-SOFA ร้อยละ 100 มีการรายงานแพทย์ แบบ SBAR ร้อยละ 100 มีการประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางที่ปฏิบัติ CPG sepsis ที่จัดทำไว้ ร้อยละ 95 มีการนิเทศติดตามประเมินศักยภาพของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่วิชาชีพร้อยละ 100 โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่พยาบาลรายใหม่ที่มาปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน อย่างใกล้ชิด มีแผนพัฒนาทางด้านวิชาการ 1 ครั้ง/ปี มีการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเรื่องการประเมินซ้ำ ที่จัดทำไว้ ร้อยละ 90 มีการส่งเลือดตรวจหาภาวะติดเชื้อ (Lactate) ร้อยละ 33.3 การส่งเลือดตรวจหาเชื้อ (H/C) ร้อยละ 100 ได้รับยาปฏิชีวนะ หลังการวินิจฉัยภายใน 1 ชม. ร้อยละ 100 ในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือด ร้อยละ 25.0 ไม่พบผู้ป่วยการเสียชีวิตที่งานอุบัติฉุกเฉิน

ข้อมูลทั่วไปของประชากรในเวชระเบียน ผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดย้อนหลัง ทั้งหมด 71 ราย ส่วนใหญ่เป็นชาย จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 มีอายุในช่วง 61-80 ปี จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.6 ระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ป.1-ป.6 จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.5 ซึ่งข้อมูลด้านเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจะเป็นข้อมูลใช้สนับสนุนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบ

ภายหลังการพัฒนาระบบ พ.ศ. 2566 ได้ติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 144 ราย ข้อมูลทั่วไปด้านผู้ที่มารับบริการ เป็นชาย จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 60.4 มีอายุในช่วง 61-80 ปี จำนวน 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.3 ซึ่งสอดคล้องกับ Boonmee P และคณะ[3] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการทำนายโอกาสในการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จะพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนมากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและผู้สูงอายุมาก เนื่องจากภูมิต้านทานของร่างกายลดลง จึงเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย และยังพบว่าเป็นกลุ่มที่มีการติดเชื้อที่ปอดและมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

มาค่า SBP<100 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากที่สุด ดังนั้น ในการพัฒนาระบบการประเมินอาการและดูแลรักษา จะเน้นการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในกลุ่มสูงอายุ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปกลุ่มประชากรผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดย้อนหลัง เปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรตัวอย่างหลังพัฒนาระบบ พ.ศ. 2566

รายการข้อมูล	ปี พ.ศ.2565	ปี พ.ศ.2566
	จำนวน(ร้อยละ) (n=71)	จำนวน(ร้อยละ) (n=71)
เพศ		
ชาย	41(57.7)	87(60.4)
หญิง	30(42.3)	57(39.6)
อายุ		
15 - 45 ปี	17(23.9)	24(16.7)
46 - 60 ปี	22(31.0)	51(35.4)
61 – 80 ปี	26(36.6)	58(40.3)
81 ปี ขึ้นไป	6(8.5)	11(7.6)
ระดับการศึกษา		
ป.1- ป.6	38(53.5)	102(70.8)
ม.1- ม.6	30(42.3)	36(25.0)
ปริญญาตรี	3(4.2)	6(4.2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการบริการตามการบริหารความเสี่ยง (Risk management) หลังให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังพัฒนาระบบ ในปี พ.ศ.2566

รายการข้อมูล	ปี พ.ศ.2565	ปี พ.ศ.2566	% differences
การบริหารความเสี่ยง (RM)			
- การแยกประเภทผู้ป่วยผิดพลาด	10	6	-50.0
- การคัดกรองผิดพลาด	10	3	-107.7
- การรายงานแพทย์ล่าช้า	5	1	-133.3
- อาการทรุดลงส่งต่อหลัง Admit ภายใน 2 ชม.	3	1	-100.0
- ผู้ป่วยเสียชีวิตที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	0	0	0.0

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดผลการวิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจการพัฒนางานดังนี้

1.ระยะศึกษาสภาพปัญหาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการ ก่อนการพัฒนาโดย

1.1 ทบทวนด้านเวชระเบียน พบว่า มีการบันทึกข้อมูลในระบบ HOSxP ในเรื่องการเจ็บป่วยระยะเวลาไม่ครอบคลุม ไม่ชัดเจน

1.2 ทบทวนด้านผู้ให้บริการพบว่า พยาบาลวิชาชีพขาดประสบการณ์และความตระหนัก ไม่มีแนวทางการประเมินอาการ การคัดกรอง การแยกผู้ป่วยที่ชัดเจน ไม่มีการเชื่อมโยงแผนการดูแลรักษาในทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งต่อทันเวลาส่งผลทำให้ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและมีอัตราเสียชีวิตเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ ฉวีวรรณ ตรีชมวารี[4] ที่ศึกษาเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการประเมินอาการและการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า ผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินอาจมีอาการทรุดลงหรือเกิดภาวะแทรก ซ้อนรุนแรงได้ ไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นแนวเดียวกัน ไม่มีการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดให้ทันสมัยและเหมาะสม ไม่มีการปรับแนวทางปฏิบัติ/ไม่มีคู่มือแนวทางการรักษา (CPG) สอดคล้องกับพรนภา วงศ์ธรรมดีและคณะ[5] ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการจัดการผู้มีภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าในด้านโครงสร้างพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการประเมินและการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพการจัดการดูแลด้านกระบวนการ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อ และไม่ได้รับยาปฏิชีวนะภายในระยะเวลา 60 นาที คุณภาพการจัดการดูแลด้านผลลัพธ์พบว่า หลังได้รับการรักษา 6 ชั่วโมง มีอัตราการเกิดภาวะช็อกและอัตราการเสียชีวิตสูง ผลการศึกษาแสดงถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน

1.3 การสร้างอาคารตามลักษณะของพื้นที่ของโรงพยาบาล ติดทางออกโรงพยาบาลซึ่งจะสะดวกในการนำส่งผู้ป่วยทั้งขาเข้าและขาออก มีความกว้างมีพื้นจัดโซนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินภายในห้องชัดเจนตามประเภทผู้ป่วย

1.4 ด้านอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องมือในการติดตามสัญญาณชีพแบบ Monitor ที่ทันสมัยสามารถแปลค่าภาวะช็อก/สัญญาณเตือนภัยในการให้บริการ สอดคล้องกับพัชรีภรณ์ สุรนาทชยานันท์และคณะ[6] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลเลย ผลการศึกษาพบว่าระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาลเลย ไม่สามารถดักจับภาวะติดเชื้อ เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็วเพียงพอจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อโดยเพิ่ม ดัชนีแสดงภาวะช็อกเข้าไปในกระบวนการดักจับ และการเฝ้าระวังหลังเกิดภาวะติดเชื้อ มีการทบทวนความรู้แก่หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลและระยะเวลาที่ชัดเจน ได้แก่ การรายงานแพทย์ภายใน 30 นาทีหลังค้นพบภาวะติดเชื้อ การบริหารสารน้ำให้เพียงพอ ภายใน 3 ชั่วโมงแรก การบริหารยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง หลังคำสั่งการรักษา การวัดสัญญาณชีพและดัชนีแสดงภาวะช็อกทุก 4 ชั่วโมง การตวงปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง การปรับระบบการขอรับยาด่วนร่วมกับเภสัชกรการจัดกลุ่มผู้ป่วย ภาวะติดเชื้อให้อยู่ในกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยสามัญ การปรับระบบการมอบงาน ให้ผู้ช่วยพยาบาลเป็นอัตรากำลังเสริมในทีม เพื่อช่วยวัดสัญญาณชีพและคำนวณดัชนีแสดงภาวะช็อก ทำหน้าที่ตวงปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง และจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อให้เพียงพอผลลัพธ์การดำเนินงานการดักจับและรายงาน แพทย์ไม่มีเครื่องตรวจภาวการณ์ติดเชื้อ (Lactate) ไม่มียายากระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือดดำที่มีประสิทธิภาพสูง

2. ระยะพัฒนาระบบการบริการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลธวัชบุรี ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

ธวัชบุรี ได้มีการแก้ไขสภาพปัญหาเป็นระยะๆ แต่พบว่ายังไม่ได้รับการขับเคลื่อนเป็นรูปธรรมชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด นำเสนอข้อมูลและปัญหาที่พบในระบบแก่ผู้บริหาร เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนด้านนโยบายและงบประมาณมีการประเมินศักยภาพของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้วยการนิเทศเป็นรายบุคคล มีการจัดการรูปแบบการเรียนรู้ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลในการประเมินอาการฉุกเฉินแรกรับ การใช้แบบประเมิน q-SOFA การปฏิบัติตาม CPG sepsis การประเมินซ้ำ เป็นระยะๆ ก่อนการจำหน่าย การดูแลขณะนำส่งโรงพยาบาลแม่ข่าย และการช่วยฟื้นคืนชีพ ส่งเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลเข้ารับการอบรมทางวิชาการ นำแบบประเมินผู้ป่วยมาใช้เพื่อแยกผู้ป่วยทุกราย เพิ่มอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ เพิ่มเวชภัณฑ์ยาปรับปรุงสถานที่ทบทวนและประเมินผลระบบเป็นระยะๆ สอดคล้องกับแสงสม เพิ่มพุด[7] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกจะได้ผลดีต้องปัจจัยสนับสนุนดังนี้ พยาบาลต้องความรู้และความเข้าใจในการใช้ Protocol severe sepsis septic shock ต้องมีความรู้ ความชำนาญ ทักษะ สามารถประเมินอาการ วางแผนการดูแล และประเมินซ้ำได้ ต้องทันสมัยทางถ่ายทอดความรู้ เรื่อง Early warning sing การใช้ยาที่ความเสี่ยงสูง และการฟื้นฟูสภาพหลังการรักษาเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีต่อเนื่องและผู้ป่วยปลอดภัย

3. ระยะประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการในโรงพยาบาลธวัชบุรี ได้มีการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 100 โดยนิเทศติดตามตามแผนนิเทศงานคุณภาพงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตรวจสอบและทบทวนการบันทึกงานเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล ปี พ.ศ.2566 ตามเวชระเบียนผู้ป่วยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จำนวน 144 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 87 คน (60.4%) มีอายุช่วง 61-80 ปี จำนวน 58 ราย (40.6%) ระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ป.1-ป.6 จำนวน 102 ราย (70.8%) มีโรคร่วม จำนวน 81 ราย (56.3%) แยกประเภทผู้ป่วย 2 สีชมพู จำนวน 85 ราย (59.0%) แสดงให้เห็นว่าก่อนพัฒนาระบบพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่ในประเภทที่ 1 มีภาวะวิกฤติฉุกเฉินเร่งด่วน หลังพัฒนาระบบพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่ในประเภทที่ 2 ภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการประเมินเร็วขึ้น แสดงให้เห็นว่าการประเมินอาการผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แบบประเมิน q-SOFA มีความละเอียดชัดเจนมากขึ้น ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น ลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ สอดคล้องกับคมกฤช สุทธิฉันท์ และคณะ[8] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินอวัยวะล้มเหลวจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็ว (q-SOFA) ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่าการวินิจฉัยด้วยเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของจังหวัดฉะเชิงเทราและมีอัตราการเสียชีวิต และอัตราการกลับมาโรงพยาบาลที่ลดลง มีการแยกประเภทการให้สารน้ำ และจำกัดน้ำชัดเจน มีการตรวจอันตราซาวน์เพื่อดูปริมาณขาดสารน้ำหรือมีสารน้ำเกินเพื่อควบคุมปริมาณการให้สารน้ำ ส่วนยาปฏิชีวนะได้มีการให้ ภายใน 1 ชมหลังการวินิจฉัยทุกครั้งก่อนและหลังพัฒนาระบบ มีการส่งตรวจการติดเชื้อโดยวิธี Lactate ทำให้ประเมินผู้ป่วยได้แม่นยำมากขึ้น ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิต สอดคล้องกับจันทรา กุลแก้ว[9] ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือด และสารน้ำที่เพียงพอ มีค่าความดันโลหิตที่มีค่ากลางมากกว่า 65 ต่อเนื่อง 6 ชม. จะทำให้อัตราการเสียชีวิตน้อยลง

ผลลัพธ์ด้านการบริหารความเสี่ยง (RM) หลังพัฒนาระบบ พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มาปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการแยกประเภทผู้ป่วยผิดพลาด (Under triage) จำนวน 6 ราย (50.0%) การคัดกรองผิดพลาด จำนวน 3 ราย (107.7%) รายงานแพทย์ล่าช้าจำนวน 1 ราย (133.3%) และอาการทรุดลงส่งต่อหลังแอดมิดภายใน 2 ชม. จำนวน 1 ราย (100.0%) ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการตรวจหาภาวะการติดเชื้อตรวจ

(Lactate) จากเดิมที่ไม่มีการตรวจ มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดหลากหลายตามประเภทผู้ป่วย มีการให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น มีการปรับระบบการคัดกรองให้ถูกต้อง ทำให้ดักจับอาการได้ทันเวลา เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับยาปฏิชีวนะเร็วขึ้น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทดแทนเร็วขึ้น และระยะเวลาการส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเร็วขึ้น อัตราตายลดลง สอดคล้องกับประไพพรรณ ฉายรัตน์และสุพัฒศิริ ทศพร พิทักษ์กุล[10] ได้ศึกษาเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยการปรับระบบการคัดกรองให้ถูกต้องทำให้ดักจับอาการได้ทันเวลาและเข้าระบบ Fast Tract Sepsis รวดเร็ว เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมีการประสานงานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับสุภาพร เพชรรักษ์[11] พบว่าต้องมีการพัฒนาระบบการส่งต่อแบบช่องทางพิเศษ (FT) และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสอดคล้องกับอนุกูล เปล่งปลั่ง[12] พบว่าการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จำเป็นต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลร่วมกัน มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด มีการประเมิน การคัดกรอง การเก็บเลือดส่งตรวจหาเชื้อ การได้รับยาปฏิชีวนะและสารน้ำที่เพียงพอ รวมกับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 60 นาทีหลังการวินิจฉัย จะส่งผลลัพธ์การลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและลดระยะเวลาการนอนรักษา/แอดมิด สอดคล้องกับเยาวภา พงศ์พุ่ม และคณะ[13] หลังการพัฒนาระบบการค้นพบอาการของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อ มีระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินก่อนส่งต่อเฉลี่ยต่อรายลดลง ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 60 นาทีเพิ่มขึ้น ด้านผลลัพธ์ผู้ป่วยที่ได้รับการ Admit ที่โรงพยาบาลไม่เกิดภาวะช็อกขณะ Admit พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำเป็นต้องขอความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายการบริการเชิงนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัด ในการกระตุ้น ติดตาม ส่งเสริมให้มีการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนด คณะกรรมการพัฒนางานคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลมีการขับเคลื่อนกระบวนการการพัฒนาระบบ/แนวทางปฏิบัติ CPG ประเมินติดตามผลการจัดบริการ ประชุมทบทวนหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การจัดการด้านกำลังคนด้านอัตรากำลังเพียงพอพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทั้งในและนอกโรงพยาบาล ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคในชุมชน ประชาชนทั่วไป อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน วัด โรงเรียน เครื่องมือที่ทันสมัย ยาที่มีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวัง การติดตามเยี่ยมบ้านการป้องกันการเกิดซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.ประกาศ เจริญราษฎร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธวัชบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านสถานที่ที่ให้ศึกษาวิจัย และสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย ซึ่งมีคุณค่าต่อการพัฒนางานบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินพยาบาล และผู้รับบริการ ขอขอบคุณ ผศ.กรกนก ตระกูลการอาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา และดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ในการตรวจสอบและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการเขียนงานวิจัย และขอขอบคุณ แพทย์พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ชันสูตร ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลธวัชบุรี ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลธวัชบุรี ปี พ.ศ.2566 ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และผลงาน; 2563.
2. อังคณา เกียรติมานะโรนจ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2564;5(9):27-43.
3. Boonmee P, Ruangsomboon O, Limsuwat C, Chakorn T. Predictors of Mortality in Elderly and Very Elderly Emergency Patients with Sepsis: A Retrospective Study. West J Emerg Med. 2020;21(6):210-18.
4. ฉวีวรรณ ตีชมวารี. การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่จุดคัดแยกด่านหน้าโรงพยาบาลธวัชบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนานวตกรรมทางสุขภาพ. 2565;3(3):37-48.
5. พรนภา วงศ์ธรรมดี, รัชนี นามจันทรา, วารินทร์ บินโฮเซ็น. คุณภาพการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอายุรกรรม. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2562;1(1):33-49.
6. พัชรีภรณ์ สุรนาทชยานันท์, วนิดา เคนทองดี, สุพัตรา กมลรัตน์. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลเลย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ; 2561.
7. แสงสม เพิ่มพุด. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อค. ในงานประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 12 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 9-10 กรกฎาคม 2563; ณ อาคารศูนย์ศึกษาและศูนย์คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. นครปฐม; 2563:1071-81.
8. คมกฤช สุทธิฉันท์, มยุรี พิทักษ์ศิลป์, สมจิต พฤกษะริตานนท์. ผลลัพธ์ของการใช้เกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจองจังหวัดชิงเทราในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่โรงพยาบาลบางปะกง. บูรพาเวชสาร. 2561;5(1):13-27.
9. จันทรา กุลแก้ว, จันทร์เพ็ญ สภาพล. ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในแสเลือด.วารสารวิจัย และวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2565;3(2):20-9.
10. ประไพรพรรณ ฉายรัตน์, สุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล. ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35(3):224-31.
11. สุภาพร เพชรรักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2563;3(2):85-97.
12. อนุกูล เปล่งปลั่ง. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย [อินเทอร์เน็ต]. ระยอง: โรงพยาบาลระยอง; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rayonghospital.go.th/images/webpage/5310fb9684cdb6.pdf
13. เยาวภา พงศ์พุ่ม, นัยรัตน์ จันทร์เพ็ง, กุลธร บุญกลาง, ทัศณาวดี รักษ์ชูชื่น, อัจฉรา เจริญผล. พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากชุมชนสู่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรอย่างจำกัด จังหวัดพัทลุง [อินเทอร์เน็ต].พัทลุง: โรงพยาบาลศรีนครินทร์(ปัญญานันทภิกขุ); 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ptho.moph.go.th/ptvichakarn63/uploads/85777_0702_20200818173845.pdf

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประชาชนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

Factors influencing the rational antibiotic use behavior of people receiving outpatient services in Khao Yoi Hospital Phetchaburi Province

กัลย์ชิสา เตชะเรืองภิรมย์*

Kanchisa Techaruangphirom

Corresponding author: E-mail: kanchisa.nong@gmail.com

(Received: December 1, 2023; Revised: December 9, 2023; Accepted: January 9, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประชาชนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 386 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย : พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.3 (Mean=59.65, SD.=6.43) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ และการรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ (p=.001, .002 และ .005 ตามลำดับ) โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 23.3 (R^2=.233)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรสร้างความรอบรู้แก่ประชาชนผู้มารับบริการให้มีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ตลอดจนสื่อสารเรื่องความเสี่ยงจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนผู้มารับบริการมีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลต่อไป

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีอิทธิพล; พฤติกรรม; การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

*เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

ABSTRACT

Purposes : To study the rational antibiotic use behavior and study the factors influencing the rational antibiotic use behavior of people receiving outpatient services in Khao Yoi Hospital Phetchaburi Province.

Study design : Descriptive research

Materials and Methods : The sample group consisted of 386 people receiving outpatient services. Data were collected using an interview form. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, maximum, minimum, and stepwise multiple regression analysis. Statistical significance was set at the .05 level.

Main finding : Rational antibiotic use behavior was at a moderate level at 50.3% (Mean=59.65, SD.=6.43). Factors influencing the rational antibiotic use behavior with statistical significance at the .01 level, ordered from highest to lowest, include knowledge about the use of antibiotics, attitudes towards the use of antibiotics, and perceived risks from using antibiotics (p=.000, .002 and .005 respectively). They were able to jointly predicted 23.3% (R^2=.233).

Conclusion and recommendations : Should create knowledge and understanding for the people who come to receive services, and have the right attitude about the use of antibiotics, as well as continually communicating about the risks from using antibiotics to allow people who receive services to continue to use antibiotics in a reasonable manner.

Keywords : Factor influencing; Behavior; Rational antibiotic use behavior

*Pharmacist Professional Level, Khao Yoi Hospital, Phetchaburi Province

บทนำ

การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อและไม่สมเหตุผล ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาซึ่งเป็นปัญหาระดับโลก มีการคาดการณ์ว่ามีผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาปีละประมาณ 700,000 คน หากไม่เร่งแก้ไขปัญหา ในปี พ.ศ. 2593 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยามากถึง 10 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรที่อยู่ในภูมิภาคเอเชียมากถึง 4.7 ล้านคน ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึง 3.5 พันล้านล้านบาท นับเป็นปัญหาใหญ่ที่ทั่วโลกและประเทศไทยกำลังเผชิญ[1] โดยประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาประมาณ 88,000 คนต่อปี พบผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาประมาณ 20,000-40,000 คนต่อปี คิดเป็น 28.3 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน การติดเชื้อดื้อยาส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลโดยรวมนานขึ้น 3.24 ล้านวัน หรือเฉลี่ยคนละ 24-46 วัน สาเหตุเกิดจากการใช้ยามากเกินความจำเป็น หากดื้อยาไม่มากต้องเปลี่ยนใช้ยาที่มีราคาแพงขึ้นและใช้เวลารักษานานขึ้น การเจ็บป่วยที่มีอาการเพียงเล็กน้อยก็จะมีอาการหนักมากขึ้น การใช้ยาปฏิชีวนะที่สมเหตุผลคือใช้ยาตามข้อบ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรีย บางอาการไม่ต้องใช้ยา เช่น ไข้หวัด อาการปวด บวมอักเสบ ท้องเสีย แผลสด ซึ่งหากร่างกายได้รับยาที่ไม่เหมาะสมหรือใช้ยาเกินขนาดจะทำให้เกิดอาการดื้อยา และอาจแพ้ยารุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต[2-3]

ยาปฏิชีวนะเป็นยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ไม่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อไวรัส และไม่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ แก้ปวด ลดไข้ ใช้รักษาเฉพาะโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียเท่านั้น เช่น ทอนซิลอักเสบเป็นหนอง[3] แต่คนส่วนใหญ่มักเรียกยาปฏิชีวนะผิดว่าเป็น “ยาแก้อักเสบ” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ช่อผกา นาคมิตร[4] ที่พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานีส่วนใหญ่เรียกยาปฏิชีวนะว่ายาแก้อักเสบ ทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าการใช้ยานี้จะทำให้โรคที่เป็นอยู่หายเร็วขึ้น การศึกษาของ กมลรัตน์ นุ่นคง[5] พบว่าประชาชนใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง ขาดความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยที่ อัมพร ยานะ และดลนภา ไชยสมบัติ[6] พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพะเยาอยู่ในระดับปานกลาง

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 มีผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเขาย้อย จำนวน 57,345 คน คิดเป็น 171,917 ครั้ง มีผู้ป่วยแพ้ยาปฏิชีวนะเข้ารักษาจำนวน 54 คน และมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะจำนวน 9 คน สาเหตุเกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผล[7] ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประชาชนผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี เพื่อศึกษาว่าประชาชนผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลหรือไม่เพียงใด และมีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัว (KAP Theory)[8] ผลที่ได้จากการวิจัยจะนำไปสู่การกำหนดกลยุทธ์และมาตรการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลแก่ประชาชนผู้มารับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประชาชนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้ค่าเฉลี่ยต่อเดือนจากสถิติผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก 3 เดือนย้อนหลังคือ สิงหาคม - ตุลาคม 2566 จำนวน 3,847 คน ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan[9] ได้ขนาดตัวอย่าง 351 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง

และการสูญหายของข้อมูล จึงศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 386 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) เคยใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในรอบปีที่ผ่านมา 3) เป็นคนไทย และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ตามปกติ และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้น

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือเป็นผู้ป่วยจิตเวช และ 2) ผู้ที่มีปัญหาการได้ยิน และมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ

เกณฑ์การยกเลิกการศึกษาวิจัย (Discontinuation criteria) 1) มีการย้ายออกนอกพื้นที่อำเภอเขาย้อยในระหว่างการศึกษาวิจัย และ 2) มีการเจ็บป่วยอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัย หรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาขึ้นจากต้นฉบับของ นายชยา เครื่องทิพย์ นักวิชาการอิสระ โดยศึกษาจากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ (KAP Theory)[8] งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะ และคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน การอยู่อาศัย สิทธิในการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลเขาย้อย ประสบการณ์การซื้อยาปฏิชีวนะจากร้านขายยา ประสบการณ์การซื้อยาปฏิชีวนะจากร้านขายของชำ และแหล่งความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

2) ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อความแบบให้เลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom[10] คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับความรู้ต่ำ 0-7 คะแนน, คะแนนร้อยละ 60-79.99 ระดับความรู้ปานกลาง 8-9 คะแนน, คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับความรู้สูง 10-12 คะแนน

3) ทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) ได้แก่ เห็นด้วยน้อย มีค่า 1 คะแนน, เห็นด้วยปานกลาง มีค่า 2 คะแนน, เห็นด้วยมาก มีค่า 3 คะแนน วิเคราะห์ผลโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง โดยใช้คะแนนสูงสุด (30) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (10) หารด้วย 311 แปลผลดังนี้ คะแนน 10.00-16.66 มีทัศนคติในระดับน้อย, คะแนน 16.67-23.32 หมายถึง มีทัศนคติในระดับปานกลาง, คะแนน 23.33-30.00 มีทัศนคติในระดับมาก วิเคราะห์ผลรายข้อโดยแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ข้างต้น แปลผลดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 มีทัศนคติในระดับน้อย, คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.32 มีทัศนคติในระดับปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 2.33-3.00 มีทัศนคติในระดับมาก

4) ปัจจัยการรับรู้ ประกอบด้วย 1) การรับรู้ประโยชน์ของยาปฏิชีวนะ และ 2) การรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ จำนวนด้านละ 10 ข้อ มีลักษณะคำถามให้พิจารณาข้อความซึ่งเป็นข้อเท็จจริงแล้วตอบว่าถูกหรือผิด ถ้าตอบว่าถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่าผิดได้ 0 คะแนน วิเคราะห์ผลโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ใช้คะแนนสูงสุด (10) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (0) หารด้วย 3[11] แปลผลดังนี้ คะแนน 0-3.33 รับรู้ในระดับน้อย, คะแนน 3.34-6.66 รับรู้ในระดับปานกลาง, คะแนน 6.67-10.00 รับรู้ในระดับมาก

5) พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวก 13 ข้อ และพฤติกรรมเชิงลบ 13 ข้อ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ได้แก่ ไม่เคย มีค่า 1 คะแนน (เชิงลบมีค่า 3 คะแนน), บางครั้ง มีค่า 2 คะแนน (เชิงลบมีค่า 2 คะแนน), เป็นประจำ มีค่า 3 คะแนน (เชิงลบมีค่า 1 คะแนน) วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ใช้คะแนนสูงสุด (78) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (26) หารด้วย 3[11] แปลผลดังนี้ คะแนน 26.00-43.33 มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในระดับน้อย, คะแนน 43.34-60.66 มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในระดับปานกลาง, คะแนน 60.67-78.00

มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในระดับมาก วิเคราะห์ผลรายข้อโดยแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ข้างต้น แปลผลดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในระดับน้อย, คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.32 มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในระดับปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 2.33-3.00 มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 1 ท่าน และเภสัชกร 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผลการวิเคราะห์ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน เพื่อดูความเข้าใจในเนื้อหา และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้ KR-20[12] สำหรับวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.935 และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค[13] สำหรับทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ การรับรู้ประโยชน์ของยาปฏิชีวนะ การรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.931, 0.924, 0.946 และ 0.918 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ทำบันทึกขออนุญาตเก็บข้อมูลของประชาชนผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี 2) ขอความร่วมมือจากนักศึกษาพยาบาลที่มาฝึกปฏิบัติงานเพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการสัมภาษณ์ประชาชนผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก และผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเองเช่นกัน 3) ชี้แจงทำความเข้าใจการใช้แบบสัมภาษณ์และแนวทางการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) พร้อมกับมอบแบบสัมภาษณ์ให้ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ช่วยนักวิจัยแต่ละคน โดยกำหนดเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 9-20 พฤศจิกายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ 1) วิเคราะห์ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ การรับรู้ประโยชน์ของยาปฏิชีวนะ และการรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) และ 3) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คมจ.พบ. 051/2566 ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด โดยแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ามีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามในบางข้อ และให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (51.6%) มีอายุเฉลี่ย 45.89 ปี สถานภาพคู่ (87.3%) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (48.4%) อาชีพรับจ้าง (36.0%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 17,341.96 บาท รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 15,375.54 บาท การอยู่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูกหลาน (80.6%) สิทธิในการรักษาพยาบาลบัตรทอง (66.3%) ไม่มีโรคประจำตัว (89.9%) ไม่มีประวัติการแพ้ยา (94.6%) ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลเขาย้อยเฉลี่ย 11.19 กิโลเมตร

ไม่มีประสบการณ์การซื้อยาปฏิชีวนะจากร้านขายยา (90.2%) ไม่มีประสบการณ์การซื้อยาปฏิชีวนะจากร้านขายของชำ (95.1%) และแหล่งความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะที่ได้รับส่วนใหญ่คือโรงพยาบาลของรัฐ (82.4%)

2. ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.1 (Mean=8.92, SD.=1.74) ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ ยาปฏิชีวนะจัดเป็นยาอันตราย ตอบถูกร้อยละ 90.9 ข้อที่ตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ ยาปฏิชีวนะกับยาแก้อักเสบคือยาชนิดเดียวกัน ตอบผิดร้อยละ 46.1

3. ผลการวิเคราะห์ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 69.0 (Mean=24.06, SD.=3.72) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะควรใช้เท่าที่จำเป็น (Mean=2.99, SD.=.10) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การเลือกใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ยาแรงและครอบคลุมเชื้อโรคอย่างกว้างขวางจะช่วยให้หายเร็วขึ้น (Mean=1.35, SD=.47)

4. ผลการวิเคราะห์การรับรู้ประโยชน์ของยาปฏิชีวนะ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.9 (Mean=7.37, SD.=1.23) ข้อที่รับรู้มากที่สุด ได้แก่ ยาปฏิชีวนะมีฤทธิ์ต่อต้านแบคทีเรียคิดเป็นร้อยละ 94.8 ข้อที่รับรู้น้อยที่สุด ได้แก่ ยาปฏิชีวนะบางกลุ่มห้ามรับประทานพร้อมกับนมหรือยาลดกรดเพราะจะทำให้ยาถูกดูดซึมได้น้อยลง คิดเป็นร้อยละ 43.9

5. ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.4 (Mean=7.61, SD.=1.39) ข้อที่รับรู้มากที่สุด ได้แก่ การรับประทานยาปฏิชีวนะเกินขนาดทำให้เกิดพิษได้ คิดเป็นร้อยละ 84.2 ข้อที่รับรู้น้อยที่สุด ได้แก่ การรับประทานยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อจะกระตุ้นให้เชื้อแบคทีเรียกลายพันธุ์เป็นเชื้อดื้อยา ทำให้มียาที่เป็นทางเลือกในการรักษาน้อยลงและมีราคาสูง หรืออาจไม่มียาที่รักษาได้จนทำให้เสียชีวิตในที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.3

6. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.3 (Mean=59.65, SD.=6.43) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ รับประทานยาปฏิชีวนะชนิดก่อนอาหารเป็นเวลาอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง (Mean=2.97, SD.=.22) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ สืบค้นข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะในอินเตอร์เน็ตจากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ (Mean=1.69, SD.=.50)

7. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ และการรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในระดับต่ำ (R=0.483) มีอำนาจในการพยากรณ์ได้ร้อยละ 23.3 (R^2=.233) และมีความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ (SEE) เท่ากับ 5.335 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรในการพยากรณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประชาชนผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี ด้วยวิธี Stepwise

ปัจจัย	B	SE	Beta	t	p	Tolerance	VIF
ค่าคงที่	42.356	2.998	14.129	.000			
ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ	.604	.584	.262	4.459	.001	.910	1.099
ทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ	.291	.094	.146	3.083	.002	.894	1.119

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	B	SE	Beta	t	p	Tolerance	VIF
การรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ	.231	.081	.133	2.840	.005	.922	1.085
R=.483 R^2=.233	Adj. R^2=.223	SEE=5.335	F=23.138				

ซึ่งสามารถเขียนสมการพยากรณ์ y = a + bx ได้ดังนี้ พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล = 42.356 + .604(ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ) + .291(ทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ) + .231(การรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ)

วิจารณ์

1. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนผู้มารับบริการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.4) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และจากการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และมีความเข้าใจว่ายาปฏิชีวนะกับยาแก้อักเสบคือยาชนิดเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร ยานะ และดลนภา ไชยสมบัติ[6] ที่พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพะเยาอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชราภรณ์ กุลวงศ์[14] ที่พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของช่อผกา นาคมิตร[4] ที่พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานีส่วนใหญ่เรียกยาปฏิชีวนะว่ายาแก้อักเสบ ทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าการใช้ยานี้จะทำให้โรคที่เป็นอยู่หายเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพย์ แก้วอิ่ม และคณะ[15] ที่พบว่าประชาชนบ้านก้างปลา ตำบลชัยพฤกษ์ อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านจุลชีพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการใช้ยาต้านจุลชีพโดยรวมอยู่ในระดับที่ปลอดภัยปานกลาง ร้อยละ 57.3 นอกจากนี้ข้อสรุปจากการศึกษาของ กมลรัตน์ นุ่นคง[5] พบว่าประชาชนในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกมีความเชื่อเรื่องการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ประชาชนใช้ยาอย่างไม่ถูกต้องเหมาะสม โดยขาดความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในบางประเด็น และขาดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประชาชนผู้มารับบริการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ และการรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ สามารถนำมาอภิปรายได้ ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมากที่สุด ความรู้นับเป็นขั้นแรกของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจดจำ ซึ่งอาจจะโดยการนึกได้ มองเห็น ได้ยิน ส่วนความเข้าใจนั้นเป็นขั้นตอนต่อมาจากความรู้โดยเป็นขั้นตอนที่จะต้องใช้ความสามารถของสมองและทักษะในชั้นที่สูงขึ้นจนถึงระดับของการสื่อความหมาย[8] ผู้ที่มีความรู้จะสามารถจดจำและนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด นำไปปรับใช้อย่างสอดคล้องกับสถานการณ์ และสามารถตัดสินใจทำในสิ่งที่ถูกต้อง ดังนั้น การที่ประชาชนผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะอย่างถ่องแท้แล้วจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องตามข้อบ่งชี้และมีความสมเหตุสมผล สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร ยานะ และดลนภา ไชยสมบัติ[6] ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพะเยา และสอดคล้องกับการศึกษาของศรินยา พลสิงห์ชาญ และคมวัฒน์ รุ่งเรือง[16] ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา

ปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

2.2 ทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในลำดับรองลงมา ทัศนคติคือตัวตัดสินพฤติกรรม เป็นความรู้สึกเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นสภาวะจิตใจในการพร้อมที่จะส่งผลกระทบต่อการตอบสนองของบุคคลนั้นๆ ต่อบุคคลอื่นๆ ต่อวัตถุหรือต่อสถานการณ์ต่างๆ โดยที่ทัศนคตินี้สามารถเรียนรู้หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์[17] ดังนั้น การที่ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาปฏิชีวนะย่อมมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องและสมเหตุผล ซึ่งจะส่งผลให้ได้รับประโยชน์และมีความปลอดภัยจากการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรินยา พลสิงห์ชาญ และคมวัฒน์ รุ่งเรือง[16] ที่พบว่าทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ สอดคล้องกับการศึกษาของภิษณี วิจันทึก[18] ที่พบว่าทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลตลาด อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา และสอดคล้องกับการศึกษาของชนิตา ธีระนันทกุล[19] ที่พบว่าทัศนคติต่อการใช้ยาในเด็กของผู้ปกครองในกรุงเทพมหานครเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคหวัดในเด็ก

2.3 การรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในลำดับสุดท้าย การรับรู้หมายถึงการแสดงออกถึงการรับรู้หรือความสามารถที่จะรับรู้เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุสิ่งของหรือคุณลักษณะ โดยวิธีการแสดงออกทางความรู้สึก ความตระหนัก และความเข้าใจ[20] การรับรู้ความเสี่ยงของการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นการรับรู้ถึงผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์ และอันตรายที่อาจเกิดจากการรับประทานยาปฏิชีวนะ รวมถึงการรับรู้ถึงผลกระทบและผลเสียของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อ ใช้เกินขนาด และใช้ไม่สมเหตุผล ได้แก่ การแพ้ยา การเกิดเชื้อดื้อยา และการสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น ดังนั้น เมื่อประชาชนผู้รับบริการมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงจากการใช้ยาปฏิชีวนะแล้วจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมากขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษาของศุภลักษณ์ สุขไพบูลย์ และคณะ[21] พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ใช่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร่างโศก อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ซึ่งขัดแย้งกับข้อค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรสร้างความรอบรู้แก่ประชาชนผู้มารับบริการให้มีความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ตลอดจนสื่อสารเรื่องความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนผู้มารับบริการมีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ มาศึกษาเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านสื่อโฆษณาโรคและสาเหตุที่ใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น และควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ และการเสริมสร้างทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาย้อย ที่ได้สนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้ และอาจารย์ชยา เครื่องทิพย์ นักวิชาการอิสระที่ได้อนุญาตให้ใช้แบบสัมภาษณ์ต้นฉบับมาพัฒนาเป็นเครื่องมือวิจัย ตลอดจนได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้สถิติในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. อนุทินประชุมคณะกรรมการเชื้อดื้อยา ตั้งเป้าลดปัญหาเชื้อดื้อยา 10%. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://oryor.com/media/newsUpdate/ media_news/2158
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. หนุนจัดทำแผนยุทธศาสตร์จัดการเชื้อดื้อยา ระยะที่ 2 ส่งต่อความรู้ กระตุ้นสังคมใช้ยาอย่างเหมาะสม. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealth.or.th
3. กรมการแพทย์. รณรงค์ใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ลดปัญหาเชื้อดื้อยา. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://www.thai-health.or.th
4. ช่อผกา นาคมิตร. ความชุก ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงปลอมปนสเตียรอยด์ในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. Thai Bull Pharm Sci. 2563;15(2):81-94.
5. กมลรัตน์ นุ่นคง. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเพื่อความปลอดภัยจากการใช้ยาของประชาชน ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.
6. อัมพร ยานะ, ดลนภา ไชยสมบัติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(1):122-34.
7. โรงพยาบาลเขาย้อย. เอกสารรายงานสรุปผลตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลประจำปีงบประมาณ 2566. เพชรบุรี; 2566.
8. Schwartz M E. Nutritional Knowledge, Attitude and Practice of High School Graduate. Journal of American Dict. Association. 1975;66(1):28-31.
9. Krejcie R V, Morgan D W. Determining Sample Size for Research Activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
10. Bloom B S. Human characteristics and school learning. New York: Mc Graw-Hill; 1976.
11. Best J W. Research in Education. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc; 1986.
12. บุญชัช เมฆแก้ว. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาชุดช่วยวิเคราะห์ข้อมูลแบบเรียลไทม์หาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ (KR-20). พังงา: วิทยาลัยชุมชนพังงา; 2562.
13. Cronbach, Lee J. Educational Psychology. New York: Harcourt Brace Jevanovich; 1977.
14. วัชราภรณ์ กุลวงศ์. การศึกษาภาคตัดขวางความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะและพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2564;29(1):51-60.
15. รุ่งทิพย์ แก้วอุ่น, ขนิษฐา ไทยคำนาม, พิภาภรณ์ สุทธิแสน, สโรชา วิสัย, บุญเลี้ยง สุพิมพ์. พฤติกรรมการใช้ยาต้านจุลชีพ: กรณีศึกษาประชาชนบ้านก้างปลา ตำบลชัยพฤกษ์ อำเภอเมืองเลยจังหวัดเลย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2562;8(2):43-54.
16. ศรินยา พลสิงห์ชาญ, คมวัฒน์ รุ่งเรือง. ปัจจัยคัดสรรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(1):211-23.
17. Gibson J. Organizations, Behavior, Structure, Processes (9 th ed.). New York: Mc Graw -Hill; 2000.
18. ภิษณี วิจันทึก. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563;22(1):146-55.
19. ชนิตา ธีระนันทกุล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคหวัดในเด็กของผู้ปกครองในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2562.

20. Guralnik, David B. Webster's New World Dictionary of America Language. Second Edition. Cleveland, Ohio: Prentice-Hall Press; 1986.
21. ศุภลักษณ์ สุขไพบูลย์, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา, กวี ไชยศิริ. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร่างโศก อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 3 ก้าวสู่ทศวรรษที่ 2: บูรณาการงานวิจัย ใช้องค์ความรู้สู่ความยั่งยืน วันที่ 17 มิถุนายน 2559 ณ วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา; 2559.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

Effects of Self-Management Program on Health Behavior and Serum Lipid Level among Individuals with Dyslipidemia

นุสกร เนืองษา* วนิดา วงษ์ตา ชวนพิศ เสิกนาค*** ประภัสสร เกตุศรี****
Nusakorn Nuangsa* Wanida Wongta** Chuanpit Saerknak*** Prapassorn Ketsri****
Corresponding author: E-mail: gale.nuangsa@gmail.com
(Received: November 28, 2023; Revised: December 6, 2023; Accepted: January 9, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน เป็นผู้มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 95% Confidence Interval

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมากกว่า 1.24 คะแนน (95%CI; 0.96, 1.52) และมีค่าเฉลี่ยระดับไขมัน LDL ในเลือด ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.029) โดยมีค่าระดับไขมัน LDL ในเลือดน้อยกว่า 15.96 มก./ดล. (95%CI; 1.73, 30.19)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น และระดับไขมันในเลือดเปลี่ยนแปลงลดลง

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการตนเอง; พฤติกรรมสุขภาพ; ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

*,** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, *** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ,**** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : To study the effects of self-management program on health behavior and serum lipid level among individuals with dyslipidemia.

Study Design : Quasi-experimental research.

Materials and Methods : The total sample group was 60 people, who came to receive annual health check-up services, at the Wellness center Roi Et Hospital. Patients with abnormal blood lipids. The sample group was divided into an experimental group of 30 cases and a control group of 30 cases. Conducted between October 2022 and September 2023. Data were collected using a questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Compare the means of the studied variables with Paired t-test and Independent t-test statistics. Set the statistical significance level at 95% Confidence Interval.

Main findings : After the experiment, the experimental group had a significantly higher mean self-management behavior in people with hyperlipidemia than the control group (p=.001). The mean behavior was more than 1.24 points (95%CI; 0.96, 1.52). The mean LDL level in the blood in the experimental group was lower than that in the control group, statistically significant (p=.029). LDL level in the blood was less than 15.96 mg/dL (95%CI; 1.73, 30.19).

Conclusion and recommendations : The self-management program resulted in the sample having better self-management behavior and blood lipid levels changed for the better.

Keywords : Self-management program; Health behavior; Dyslipidemia

*,** Registered Nurse Professional Level, *** Registered Nurse Practical Level, **** Registered Nurse, Roi Et Hospital

บทนำ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) จัดเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงอย่างต่อเนื่องทั่วโลกเพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เป็นผลให้เสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) และเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ซึ่งเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา และมีอัตราเสียชีวิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรอันดับต้น ๆ ของโลก ซึ่งคร่าชีวิตผู้คนไปประมาณ 17.90 ล้านคนในแต่ละปีประมาณร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั้งหมดสำหรับในประเทศไทยพบว่าปัญหาไขมันในเลือดผิดปกติมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 และครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบความชุกของภาวะคอเลสเตอรอลสูง (Total cholesterol ; TC) ≥ 240 มก./ดล. ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 16.4 และ 23.5 ตามลำดับ จะพบความชุกในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายและเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นและสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี สถิติปี พ.ศ. 2563 มีรายงานการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย อัตราการเสียชีวิต 32.57 และในจังหวัดร้อยเอ็ด อัตรา 32.75 ต่อประชากร 100,000 ราย[1]

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ (Wellness center) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่บุคลากรหน่วยงานราชการและบุคคลภายนอก จากการให้บริการเมื่อปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 พบว่าผู้รับบริการมีไขมันในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 70.93, 68.99 และ 73.35 ตามลำดับ และให้การดูแลผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่ไม่พบว่าเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองมาก่อนมีการติดตามนัดหมายให้คำแนะนำเป็นประจำทุก 3-6 เดือน แต่พบว่าระดับไขมันในเลือดยังสูง จากการสนทนากลุ่มและประเมินพบว่ามีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และขาดความตระหนักถึงอันตรายจากภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การจัดการตนเอง ได้นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังได้ประสบผลสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น แนวคิดการสร้างโปรแกรมการจัดการตนเอง (Self-management program)[2] ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ อย่างกว้างขวาง ยังช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพ ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรด้านสุขภาพ จึงนำโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือด โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer T[3] นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยกระบวนการสร้างทักษะแนวคิด แก้ปัญหา และวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถใช้เป็นเครื่องมือหรือแนวทางหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีปัญหาภาวะไขมันในเลือดสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง มีระดับไขมันในเลือดลดลง ส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยศึกษาแบบสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติโดยมีรายละเอียดการศึกษา ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ช่วงเวลาระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่มีภาวะไขมัน

ในเลือดผิดปกติ มีค่าระดับไขมันในเลือด LDL>130 มก./ดล. และมีค่าระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือด >150 มก./ดล.[4] ช่วงเวลาระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566

การคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง ทิศทางทดสอบทางเดียว (One-side test) โดยโปรแกรม Statistics analysis and sample size

$$n \geq \frac{2\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}\right)^2}{\left(\frac{\delta_{Difference}}{\sigma_{Difference}}\right)^2} + \frac{Z^2_{1-\alpha/2}}{2}$$

Alpha (a) =0.05
Beta (β) =0.2
Mean of difference =0.3
Standard deviation ofdifference=0.4
Minimum paired sample needed =30

จากคำนวณขนาดตัวอย่างจะได้กลุ่มศึกษาทั้งหมด 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นผู้มีอายุ 25- 60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ผ่านการตรวจสุขภาพประจำปี และมีผลระดับไขมันในเลือดชนิดใดชนิดหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งชนิดสูงกว่าปกติ ไตรกลีเซอร์ไรด์ (TG) > 150 มก./ดล. แอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL-C) >130 มก./ดล. 2) เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าพบภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 3) ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาหรือสารเคมีใดๆ มาก่อน 4) ไม่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง 5) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้ 6) มีเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัย และสามารถใช้โทรศัพท์สื่อสารได้ และ 7) ผู้ป่วยเต็มใจเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามระยะเวลาที่กำหนดในการทดลอง 2) ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างการทดลอง และ 3) ย้ายที่อยู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการบันทึกการตรวจสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง 2) แบบประเมินพฤติกรรมด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองที่พัฒนาขึ้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัย และนักสุขศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง และนักโภชนาการผู้เชี่ยวชาญ มีค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Index of objective-item congruence : IOC) ระหว่าง 0.80 ถึง 1.00 แบบสอบถาม พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ได้รับการแก้ไขเหมาะสม นำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองกับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficcient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย (เจ้าหน้าที่ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านการอบรม) ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกโดยพิจารณาจากเวชระเบียนซักประวัติ ผลการ

ตรวจทางกาย และผลตรวจระดับไขมันในเลือด ครั้งล่าสุด ระดับไขมันในเลือดชนิดใดชนิดหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งชนิดสูงกว่าปกติ ไตรกลีเซอร์ไรด์ (TG) > 150 มก./ดล. แอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL-C) >130 มก./ดล. ในกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการระหว่างเดือนตุลาคม 2565-กันยายน 2566 และรับบริการต่อเนื่องที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ สถานจัดโครงการศึกษา ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการทำวิจัย เครื่องมือที่ใช้ และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและลงนามให้ในใบยินยอม และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

2. ขั้นทดลอง

1) กลุ่มควบคุม ครั้งที่ 1 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยแล้ว จะแบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 6 คน จำนวน 5 กลุ่ม รวม 30 คน มีการลงทะเบียนร่วมกิจกรรม ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินสัญญาณชีพ และบันทึกระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แล้วผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองใช้เวลา 30 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพตามปกติ บันทึกผลระดับไขมันในเลือดสอนสุขศึกษา แจกแผ่นพับความรู้ตามมาตรฐานการพยาบาลหลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น สัปดาห์ที่ 12 นัดหมายทำแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังให้บริการตามมาตรฐานสัปดาห์ 16 นัดหมายเข้ารับบริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพตามปกติเพื่อตรวจค่าไขมันในเลือด ประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2) กลุ่มทดลอง สัปดาห์ 1 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยแล้ว ลงทะเบียนร่วมกิจกรรม ตรวจประเมินร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินสัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต ตรวจวัดองค์ประกอบร่างกาย (Body composition analyzer) และบันทึกระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามขั้นตอนการให้บริการเข้าร่วมกิจกรรม ณ ห้องประชุมของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมวิจัยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 6 คน จำนวน 5 กลุ่ม รวม 30 คน โดยมีลำดับกิจกรรม ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยสอนการสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการอบรม กิจกรรม ระยะเวลาการอบรม รายละเอียดของกิจกรรม และกิจกรรมพูดคุยและแนะนำตนเองเพื่อเป็นการผ่อนคลาย ก่อนเข้าสู่การอบรม (ระยะเวลา 10 นาที)

2.2 สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายการจัดการความเครียด การติดตามค่าไขมันในเลือด เป้าหมายในการดูแลสุขภาพของอย่างแต่ละคน แรงจูงใจหรือเหตุผลที่ต้องปรับพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย แลกเปลี่ยนเรียนรู้หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อถึงจุดมุ่งหมาย ทำอย่างไรระดับไขมันในเลือดจะอยู่ในเกณฑ์ดี และให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดในโปรแกรม คือ (1) Information Processing and Evaluation (2) Self-Monitoring (3) Education (4) Meal Planning (ระยะเวลา 30 นาที)

2.3 การสรุปผลการเรียนรู้ให้ข้อเสนอแนะนำเรื่องค่าระดับไขมันในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง สอนการบันทึกค่าระดับไขมันในเลือดล่าสุด (ระยะเวลา 10 นาที)

2.4 เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัย นัดหมายกิจกรรมในครั้งต่อไป เน้นย้ำให้มาร่วมกิจกรรม ขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ จัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อติดตามกลุ่มตัวอย่าง (ระยะเวลา 10 นาที)

สัปดาห์ที่ 2 นัดหมายกลุ่ม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดผิดปกติและยา และความรู้เรื่องอาหารไขมันสูง และอาหารแลกเปลี่ยน เมนูอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อแนะนำให้บันทึก 3 วันต่อสัปดาห์ เช่น จันทร์ พุธ ศุกร์ โดยใช้แนวคิดในโปรแกรม คือ (1) Action and Self-Monitoring (2) Education (3) Goal Setting

(4) Meal Planning (ระยะเวลา 60 นาที)

สัปดาห์ที่ 3 นัดหมายกลุ่ม ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย และฝึกปฏิบัติ แนะนำการบันทึกชนิดของการออกกำลังกาย ระยะเวลาและความถี่ตามแบบบันทึกข้อมูล โดยใช้แนวคิดในโปรแกรม คือ (1) Action and Self-Monitoring (2) Education (3) Goal Setting (ระยะเวลา 60 นาที)

สัปดาห์ที่ 4, 5, 6, 7 และ 8 ผู้วิจัยติดตามผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติทางไลน์กลุ่ม เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกถึงอุปสรรคที่ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ และช่วยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่อไป พร้อมเปิดโอกาสให้ถามปัญหามาทางไลน์กลุ่ม และส่งข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร ผักผลไม้ที่ควรรับประทาน พร้อมทั้ง คลิปวิดีโอการออกกำลังกายแต่ละชนิด แนวคิดที่ใช้ในโปรแกรม คือ Evaluation and Reinforcement

สัปดาห์ที่ 9, 10, และ 11 ผู้วิจัยติดตามที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติทางไลน์กลุ่ม พร้อมให้คำแนะนำ คำปรึกษา และให้ กำลังใจเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความมั่นใจในการทำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และระดับไขมันในเลือดลดลง แนวคิดที่ใช้ในโปรแกรม คือ Self-Reaction และ Evaluation

สัปดาห์ที่ 12 นัดหมายทำแบบประเมินพฤติกรรมหลังการทดลองโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

สัปดาห์ที่ 16 การนัดครั้งสุดท้ายหลังทดลองโปรแกรมครบ 4 เดือน ตรวจค่าไขมันในเลือด หลังการทดลองโปรแกรมการจัดการตนเอง ก่อนยุติการทดลองในกลุ่มทดลอง แนวคิดที่ใช้ในโปรแกรม คือ Evaluation

การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ 1) สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) สถิติอนุมาน ได้แก่ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง มีการขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด หมายเลขโครงการ RE053/2566 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลว่าด้วยการรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด การบันทึกข้อมูลจะลงบันทึกโดยใช้รหัส (Code) ที่ตั้งขึ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลจะทำได้เฉพาะการสรุปผลการวิจัย และการวิจัยนี้ไม่ได้ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (83.33%) อายุเฉลี่ย 46.80 ปี (SD.=6.95) สถานภาพสมรส (60.00%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (56.70%) ประกอบอาชีพอาชีพรับราชการ (53.3%) รายได้เฉลี่ย 21,250 บาทต่อเดือน (SD.=6,159) ระยะเวลาที่ตรวจพบไขมันผิดปกติเฉลี่ย 1.5 ปี และไม่มีโรคประจำตัว (66.67%) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (76.67%) อายุเฉลี่ย 53.96 ปี (SD.=7.80) สถานภาพสมรสคู่ (66.67%) จบการศึกษาปริญญาตรี (40.00%) อาชีพรับราชการ (63.33%) รายได้เฉลี่ย 23,567 บาทต่อเดือน (SD.=6,513) ระยะเวลาที่ตรวจพบไขมันผิดปกติเฉลี่ย 2.3 ปี (SD.=1.14) และไม่มีโรคประจำตัว (66.67%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร

ลักษณะทาประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	5(16.67)	7(23.33)
หญิง	25(83.33)	23(76.67)
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 30	1(3.33)	0(0.0)
30 – 40	4(13.33)	2(6.67)
41 – 50	16(53.33)	8(26.67)
51 - 60	9(30.00)	13(43.33)
มากกว่า 60	0(0.00)	7(23.33)
Mean(SD.)	46.80(6.95)	53.96(7.80)
สถานะภาพสมรส		
โสด	8(26.67)	4(13.33)
สมรส/คู่	18(60.00)	20(66.67)
หม้าย/หย่าร้าง	4(13.33)	6(20.00)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	0(0.0)	1(3.33)
มัธยมศึกษา	5(16.67)	3(10.00)
อนุปริญญา	1(3.33)	4(13.33)
ปริญญาตรี	17(56.67)	12(40.00)
สูงกว่าปริญญาตรี	7(23.33)	10(33.34)
อาชีพ		
เกษตรกร	3(10.00)	3(10.00)
ข้าราชการ	16(53.33)	19(63.33)
รับจ้างทั่วไป/ว่างงาน	5(16.67)	3(10.00)
ธุรกิจส่วนตัว	6(20.00)	5(16.67)
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 10,000	3(10.00)	0(0.00)
10,000 – 20,000	7(23.33)	7(23.33)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทาประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
20,001 – 30,000	20(66.67)	20(66.67)
มากกว่า 30,000	0(0.00)	3(10.00)
Mean(SD.)	21,250(6,159)	23,567(6,513)
ระยะเวลาที่ตรวจพบไขมันในเลือดผิดปกติ		
Mean(SD.)	1.5(0.93)	2.3(1.14)
โรคประจำตัว		
ไม่มี	20(66.67)	20(66.67)
โรคเบาหวาน	2(6.67)	4(13.33)
โรคความดันโลหิตสูง	3(10.00)	4(13.33)
โรคไต	0(0.00)	1(3.33)
โรคหัวใจ	0(0.00)	0(0.00)
โรคอื่นๆ	5(16.67)	1(3.33)
ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	18(60.00)	23(76.67)
ดื่ม 1 แก้วต่อวัน	6(20.00)	5(16.67)
ดื่มมากกว่า 1 แก้วต่อวัน	4(13.33)	1(3.33)
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	2(6.67)	1(3.33)
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	27(90.00)	25(83.33)
สูบ 1 มวนต่อวัน	1(3.33)	2(6.67)
สูบมากกว่า 1 มวนต่อวัน	2(6.67)	0(0.00)
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	0(0.00)	3(10.00)
พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของไขมันในเลือดสูง		
ทานอาหารที่มีไขมันสูง	14(46.67)	9(30.00)
ทานเนื้อสัตว์ติดมัน	6(20.00)	5(16.67)
ทานอาหารทะเล	0(0.00)	2(6.67)
ทานขนมหวาน	4(13.33)	8(26.67)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทาประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ทานของว่างที่มีไขมันแฝง	3(10.00)	2(6.67)
ไม่ได้ออกกำลังกาย	2(6.67)	4(13.33)
ดื่มแอลกอฮอล์	1(3.33)	0(0.00)
การปฏิบัติตนเมื่อพบไขมันในเลือดสูง		
เฉยๆคิดว่าไม่เป็นปัญหา	2(6.67)	2(6.67)
รับประทานยาลดไขมัน	2(6.67)	4(13.33)
ควบคุมอาหาร	18(60.00)	14(46.67)
ออกกำลังกาย	5(16.67)	8(26.67)
ศึกษาหาความรู้	1(3.33)	0(0.00)
ปรึกษาแพทย์	2(6.67)	2(6.67)
ทราบถึงผลกระทบของภาวะไขมันในเลือดสูงหรือไม่		
ไม่ทราบ	7(23.33)	4(13.33)
ทราบ	23(76.67)	26(86.67)
ยินดีปรับวิถีชีวิตเพื่อลดภาวะไขมันในเลือดสูง		
ยินดี	30(100.00)	30(100.00)

2) ข้อมูลด้านการตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการ พบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 65.73 กิโลกรัม (SD.=15.70) ส่วนสูงเฉลี่ย 162.37 เซนติเมตร (SD.=8.84) BMI เฉลี่ย 25.10 (SD.=4.54) รอบเอวเฉลี่ย 83.93 เซนติเมตร (SD.=12) ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดเฉลี่ย 225.63 มก.% (SD.=21.54) ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเฉลี่ย 134.67 มก.% (SD.=82.34) ระดับ LDL ในเลือดเฉลี่ย 146.80 (SD.=27.89) และระดับ HDL ในเลือด เฉลี่ย 61.23 (SD.=17.27) กลุ่มควบคุมมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 67.09 กิโลกรัม (SD.=16.11) ส่วนสูงเฉลี่ย 161.23 เซนติเมตร (SD.=8.55) BMI เฉลี่ย 25.67 (SD.=4.35) รอบเอวเฉลี่ย 85.05 เซนติเมตร (SD.=12.19) ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดเฉลี่ย 221.27 มก.% (SD.=22.23) ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเฉลี่ย 120.40 มก.% (SD.=53.35) ระดับ LDL ในเลือดเฉลี่ย 144.20 (SD.=25.04) และระดับ HDL ในเลือดเฉลี่ย 67.30 (SD.=16.17) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของข้อมูลการตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการ

ข้อมูลด้านการตรวจร่างกาย	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
Mean(SD.)	65.73(15.70)	67.09(16.11)
ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
Mean(SD.)	162.37(8.84)	161.23(8.55)
BMI		
Mean(SD.)	25.10(4.54)	25.67(4.35)
Min:Max	18.00:(33.60)	19.20:37.18
รอบเอว (เซนติเมตร)		
Mean(SD.)	83.93(11.97)	85.05(12.19)
Min:Max	70.00:117.40	69.00:113.10
ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด (มก.%)		
Mean(SD.)	225.63(21.54)	221.27(22.23)
Min:Max	180.00:275.00	180.00:270.00
ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด (มก.%)		
Mean(SD.)	134.67(82.34)	120.40(53.35)
Min:Max	53.00:424.00	40.00:242.00
ระดับ LDL ในเลือด		
Mean(SD.)	146.80(27.89)	144.20(25.04)
Min:Max	100.00:237.00	110.00:257.00
ระดับ HDL ในเลือด		
Mean(SD.)	61.23(17.27)	67.30(16.17)
Min:Max	36.00:105.00	43.00:98.00

3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมากกว่า 1.24 คะแนน (95%CI; 0.96, 1.52) และมีค่าเฉลี่ยระดับไขมัน LDL ในเลือด ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.029) โดยมีค่าระดับไขมัน LDL ในเลือดน้อยกว่า 15.96 มก./ดล. (95%CI; 1.73, 30.19) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และระดับไขมัน LDL ในเลือด หลังเข้าร่วมการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบ	n	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
พฤติกรรมการจัดการตนเอง					
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	3.84(0.52)	1.24	0.96, 1.52	.001
กลุ่มควบคุม	30	2.60(0.57)			
ระดับไขมัน LDL ในเลือด					
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	133.57(29.05)	15.96	1.73, 30.19	.029
กลุ่มควบคุม	30	149.53(25.93)			

วิจารณ์

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management Program) สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเอง มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมขึ้น และสามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของพรพรรณ ทัศนศร และคณะ[5] และการศึกษาของทัชนิดา ทรัพย์กรานนท์[6] ได้ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดระดับไขมันในเลือดของบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่า บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น และยังสามารถถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ในการจัดการตนเองให้แก่ผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ระดับไขมัน LDL ในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของธนิดา โอฬาริกชาติ และคณะ[7] ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของพนักงานโรงแรมที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า ระดับไขมันในเลือดลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในทางที่ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ระดับไขมันในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุรัชวดี รักด้วง[8] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่าผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น มีระดับไขมันในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้น โปรแกรมการจัดการตนเอง (Self-Management Program) ที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นโปรแกรมที่มีการดูแลเป็นขั้นตอนสร้างเสริมความรู้ มีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ สามารถนำมาดูแลแก้ไขปัญหาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองที่ดีมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ควรติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการตรวจสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. นำข้อมูลผลการศึกษามาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง และช่วยกำหนดนโยบายในการรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยติดสารเสพติด เป็นต้น

2. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ เช่น ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานราชการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2553-2557. พิมพ์ครั้งที่1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2559.
2. กนกวรรณ ด้วงกลัด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563;36(1):66-83.
3. Creer T. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. Handbook of self-regulation. 2000:601-29.
4. สุปราณีย์ ฟูสุวรรณ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, จรัส สิงห์แก้ว. ปัจจัยทำนายระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในชุมชน. พยาบาลสาร. 2559;43:79-89.
5. พรพรรณ ทัศนศร, สุมัทนา กลางคาร, พีรศักดิ์ ผลพฤกษา. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลค่ายวีรวัฒน์โยธิน จังหวัดสุรินทร์. วารสารพยาบาลทหารบก. 2555;13(2):49:59.
6. ทัชนิดา ทรัพย์กรานนท์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ตำบลชมพู อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
7. ธนิดา โอฬาริกชาติ, ปิยะนุช จิตตนูนท์, ไหมไทย ศรีแก้ว. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของพนักงานโรงแรมที่มีภาวะไขมัน ในเลือดสูง. ว.พยาบาลสงขลานครินทร์. 2559;36(ฉบับพิเศษ):99-116.
8. สุรัชวดี รักด้วง. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2562;1(1):7-14.

การพัฒนาระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารักษาและการพยาบาล ในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

Development of Initial Assessing the Traumatic Head Injury Patients and Nursing at Emergency and Forensic Unit Phen Hospital, Udonthani

สิรินลักษณ์ พาบุ*
Sirinluk Pabu
Corresponding author: E-mail: Sirin_phen@hotmail.com
(Received: December 1, 2023; Revised: December 8, 2023; Accepted: January 9, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์ระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารับการรักษา

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Mutual collaborative action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะศึกษาสถานการณ์ 10 คน และระยะพัฒนาระบบบริการ 20 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินการปฏิบัติงาน การประเมินสภาพผู้ป่วย และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย : (1) พบปัญหาด้านบุคลากรผู้ให้บริการและด้านระบบบริการ/อุปกรณ์เครื่องมือสื่อสาร (2) พัฒนาระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารักษา โดยดำเนินการพัฒนาเป็น 2 วงรอบ ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย 9 หมวด ซึ่งมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 93.3 และ (3) ผลลัพธ์การพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยมีระดับคะแนนกลาสโกว์เมื่อแรกรับ 13-15 คะแนน (95.0%) และเมื่อจำหน่าย 13-15 คะแนน (95.0%) ถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะ (80.0%) ผลปกติ (75.0%) การวินิจฉัยเป็น mild traumatic brain injury (95.0%) แต่มี severe traumatic brain injury (5.0%) และผู้ป่วยการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเพียง 60.0%

สรุปและข้อเสนอแนะ : การวิจัยครั้งนี้ส่งให้ผู้ป่วยได้รับที่บาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการประเมินสภาพแรกรับที่ถูกต้อง จึงเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดความปลอดภัย และทันเวลา

คำสำคัญ : การประเมินสภาพ; ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารักษา

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเพ็ญ

ABSTRACT

Purposes : To study the situation, develop systems and evaluate results on Initial assessing the traumatic head injury patients and nursing.

Study design : Mutual collaborative action research.

Materials and Methods : Ten of key informants were patients with head injuries in the situation study phase and 20 of the service system development phase who met the inclusion and exclusion criteria. The research was conducted from January to September 2023. Data were collected using patient record forms, performance evaluation form, assessment of patient condition and questions for focus group. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation and content analysis.

Main findings : (1) Found that the problems with service personnel and service systems/communication equipment (2) developed a system for assessing the condition of head injury patients first admitted for treatment. The development process were carried out in 2 loops, resulting in nursing guidelines consisting of 9 categories, with a possibility of practice accounting for 93.3%, and (3) development results found that the patient had a Glasgow score on admission of 13-15 scores (95.0%) and upon discharge 13-15 scores (95.0%), cranial radiographs (80.0%) were normal (75.0%). The diagnosis were mild traumatic, brain injury (95.0%), but there were severe traumatic brain injury (5.0%) and only 60.0% of patients were hospitalized.

Conclusion and recommendations : This research allows patients with head injuries to receive an accurate evaluation of their condition upon admission, thus providing a guideline for nurses to use in nursing practice to ensure safety and timely care.

Keywords : Initial Assessing; Traumatic Head Injury

* Registered Nurse Professional Level, Phen Hospital

บทนำ

หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นหน่วยงานสำคัญของโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นด่านแรกที่ให้การรักษา พยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง บุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน[1] จึงต้องปฏิบัติงานโดยใช้ความรู้ความสามารถ และตัดสินใจอย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วนให้เกิดความปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยและการบริการอย่างมีคุณภาพ แต่ในปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก เห็นได้จากในรอบ 10 ปีที่ผ่านมามีผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศเพิ่มขึ้นถึง 1 เท่าตัว จาก 12 ล้านครั้งในปี พ.ศ.2544 เป็น 24 ล้านครั้งในปี พ.ศ.2555 เฉลี่ยนาทีละ 46 ครั้ง[2] จึงทำให้เกิดปัญหาผู้ป่วยแออัดในห้องฉุกเฉิน (Emergency Department Crowding) เมื่อมีภาระงานมากขึ้นจึงต้องทำงานแข่งกับเวลา บางครั้งมีงานล้นมือ บุคลากรไม่สามารถหยุดพักได้ อีกทั้งในแต่ละวันไม่มีรูปแบบการทำงานที่ตายตัว เนื่องจากอุบัติเหตุ และภาวะฉุกเฉิน มักเกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ได้ล่วงหน้า บุคลากรต้องเผชิญกับภาวะเครียดและกดดัน ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ และเมื่อเทียบจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นกับอัตรากำลังของบุคลากร ที่ “บาดเจ็บที่ศีรษะ” หรือ “Head Injury” เป็นคำที่ใช้กันแพร่หลายมานานและยังคงมีที่ใช้อยู่บ้างในปัจจุบัน โดยหมายรวมถึงการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นต่อศีรษะจากหนังศีรษะที่อยู่ภายนอกสุดเข้าไปจนถึงแกนสมอง (Brain stem) ที่อยู่กึ่งกลางศีรษะเป็นการกล่าวโดยทั่ว ๆ ไปอย่างหลวมๆ ไม่ชัดเจนแน่นอน ก่อให้เกิดความสับสน และเข้าใจไม่ตรงกันทำให้การศึกษาเปรียบเทียบกระทำได้ยาก ต่อมา Scottish Head Injury Management Study ที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1977 ให้คำจำกัดความไว้ว่าผู้บาดเจ็บที่ศีรษะเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าดังนี้ คือ (1) มีประวัติว่าศีรษะถูกกระทบกระแทก (2) ตรวจพบบาดแผลที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก และ (3) มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้ตัวที่เกี่ยวเนื่องจากการบาดเจ็บ โดยไม่รวมการบาดแผลที่ใบหน้า (Maxillo-facial injuries)[3-4] ส่วนคำ “บาดเจ็บที่สมองหรือสมองบาดเจ็บ” หรือ “Traumatic Brain Injury (TBI)” นั้นไม่ชัดเจนว่ามีผู้ใดนำมาใช้เมื่อใด แต่เริ่มพบในปีค.ศ.1999 เป็นรายงานต่อสภาคองเกรสของ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ประทศสหรัฐอเมริกาที่มีข้อกำหนดของ BI เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังด้วยข้อมูลจากเวชระเบียนทั้งลักษณะอาการทางคลินิกและการวินิจฉัยด้วย CT scan (Computed tomography) หรือ MRI (Magnetic resonance imaging) แต่เนื่องจากเป็นการกำหนดคำจำกัดความของ TBI เพื่อการเฝ้าระวังเฉพาะภายในประเทศใดประเทศหนึ่ง จึงอาจไม่เหมาะสมที่จะถูกนำมาใช้โดยทั่วไป ซึ่งต่อมาในปี ค.ศ. 2010 ได้มีกลุ่มประสาทศัลยแพทย์รวมตัวกันเป็นคณะทำงานเพื่อศึกษาวิจัย TBI ด้วยการใช้ Common data elements (CDE) คำจำกัดความนี้โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ ที่แสดงพยาธิสภาพ[5]

ปัจจุบันอุบัติการณ์การบาดเจ็บศีรษะเป็นปัญหาสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาพบว่า การบาดเจ็บศีรษะสาเหตุส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุจราจร และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ดังรายงานความปลอดภัยทางถนนขององค์การอนามัยโลก พ.ศ.2561 รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 32.7 คนต่อประชากรแสนคนสูงเป็นอันดับ 9 ของโลกและอันดับ 1 ในเอเชียมีผู้เสียชีวิต 22,491 คนต่อปีเฉลี่ย 60 คนต่อวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดเป็นการบาดเจ็บศีรษะร้อยละ 30.0 และการบาดเจ็บศีรษะรุนแรงมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 29.0 ดังที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)[6] กล่าวไว้ว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic brain injury) เป็นปัญหาสำคัญของโลกมีอุบัติการณ์สูง เนื่องจากสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการจราจร (Road traffic injury) ซึ่ง Dewan MC และคณะได้รายงานอุบัติการณ์การบาดเจ็บของสมองเนื่องจากอุบัติเหตุทางถนนของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อยู่ที่ร้อยละ 56.0 และจากข้อมูลย้อนหลังสามปีของประเทศไทย

พบว่า การบาดเจ็บจากการจราจรใน ปีพ.ศ. 2562 มีผู้ได้รับบาดเจ็บ 924,966 คน มีผู้เสียชีวิต 17,245 คน ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ได้รับบาดเจ็บ 1,014,513 คน มีผู้เสียชีวิต 15,748 คน และปี พ.ศ.2564 ผู้ได้รับบาดเจ็บ 883,274 คน มีผู้เสียชีวิต 13,627 คน นอกจากนั้นผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะตกเลือดและช็อค (31.0%) จะมีอัตราการเสียชีวิตภายใน 2 ชั่วโมงเมื่อมาถึงแผนกฉุกเฉิน (12.0%) เสียชีวิตระหว่าง 2 ถึง 24 ชั่วโมง (11.0%) เสียชีวิตหลังจาก 24 ชั่วโมง ดังนั้น ความดันโลหิตต่ำจากการเสียเลือด ผู้ป่วยจะมีโอกาสอย่างมากที่จะเสียเลือด (54.0%) ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีการบาดเจ็บหลายระบบที่ไม่ได้ประวัติการเสียเลือดที่ชัดเจน คงต้องพยายามแยกให้ได้ว่าเป็น Hypovolemic Shock หรือ Neurogenic Shock หรือ Cardiogenic Shock โดยอาศัยข้อมูลทางคลินิกร่วมกับ investigation เช่น EKG, CBC, UA หรือ CXR เป็นต้น เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้องลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่นเดียวกับรายงานผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ตั้งแต่ พ.ศ.2560-2564 พบว่า ปี พ.ศ.2560 ผู้ป่วย HI 179 ราย เป็น severe HI 28 ราย; ปี พ.ศ.2561 ผู้ป่วย HI 88 ราย เป็น severe HI 23 ราย; ปี พ.ศ.2562 ผู้ป่วย HI 72 ราย เป็น severe HI 19 ราย; ปี พ.ศ.2563 ผู้ป่วย HI 114 ราย เป็น severe HI 60 ราย; ปี พ.ศ.2564 ผู้ป่วย HI 104 ราย เป็น severe 36 ราย; ปี พ.ศ.2565 ผู้ป่วย HI 103 ราย เป็น severe HI 70 ราย และผลการคัดกรองพบว่าผลการคัดกรอง Over /Under triage 5 ปี ย้อนหลัง ทุกอย่างการคัดกรอง Under triage ปี พ.ศ.2560-2565 จำนวน 1 ราย, 2 ราย, 2 ราย, 2 ราย, 1 ราย, 3ราย ตามลำดับการคัดกรอง Over triage ปี พ.ศ.2560-2565 จำนวน 61 ราย, 54 ราย, 60 ราย, 45 ราย, 36 ราย, 54 ราย, ตามลำดับ[7]

อย่างไรก็ตามเซอร์เลียม โดนัลด์สันประธานองค์การสหพันธมิตรโลก สำหรับความปลอดภัยผู้ป่วยของผู้ป่วย องค์การอนามัยโลกกล่าวว่าในแต่ละปีมีคนหลายล้านคนต้องเสียชีวิตจากความผิดพลาดทางการแพทย์ และการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพ ถือว่าเป็นความเสี่ยงที่มาก กว่าการโดยสารเครื่องบิน หากพรุ่งนี้คุณเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในประเทศใดๆ คุณจะเป็น 1 คน ในผู้ป่วย 10 คน ที่จะได้รับความผิดพลาดในการดูแลและโอกาสที่คุณจะเสียชีวิตเนื่องจากข้อผิดพลาดในการดูแลจะสูงถึง 1 ใน 300 คน[8] ดังเช่นสถานการณ์ผู้ได้รับผลกระทบทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 ถึง พ.ศ.2557 มีผู้เสียชีวิต 3,437 ราย ผู้พิการ 1,016 ราย และผู้บาดเจ็บ 2,059 ราย[9] และปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ[10] ได้ศึกษาผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในประเทศไทย จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 400 ราย พบผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต (11.4%) และความพิการถาวรของร่างกาย (3.0%) ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 9.74 วัน และในจำนวนของการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ทั้งหมดนี้ พบสัดส่วนของการเกิดขึ้นในโรงพยาบาล (12.8%) เหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้เกิดการฟ้องร้องทางการแพทย์เกิดขึ้น ดังสถิติการร้องเรียนตั้งแต่ พ.ศ.2539 ถึง พ.ศ. 2558 พบว่ามีสาเหตุหลักๆ ได้แก่ การรักษาที่ผิดพลาด การทำคลอดที่ผิดพลาด การไม่เอาใจใส่ดูแล การวินิจฉัยผิดพลาด ความผิดพลาดทางยา การรักษาที่ผิดมาตรฐาน และความผิดพลาดของอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามลำดับ[11] ส่งผลให้การร้องเรียนของสภาการพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 ถึง พ.ศ.2556 ได้แก่ การกระทำผิดต่อกฎหมายบ้านเมือง ผิดมาตรฐานวิชาชีพ ผิดในเรื่องพฤติกรรมบริการ ผิดด้วยการก้าวล่วงวิชาชีพเวชกรรม และผิดต่อผู้ร่วมงานและผู้ร่วมวิชาชีพ ตามลำดับ[12]

จากสถิติดังกล่าวผู้วิจัยได้ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาจากการปฏิบัติงาน ในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเพ็ญ พบว่า การประเมินและการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับมีความหลากหลาย เนื่องจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานมีหลายระดับ อายุงานที่แตกต่างกันทำให้การปฏิบัติงานส่วนใหญ่ทำงานอาศัยความรู้และประสบการณ์ส่วนบุคคล หน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร การมอบหมายงานยังไม่ชัดเจน อุปกรณ์ เครื่องมือไม่เพียงพอ

ต่อการช่วยวินิจฉัยของแพทย์ ทำให้การประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบผิดพลาดไม่ครบถ้วน การดูแลรักษาล่าช้าไม่ครอบคลุม เกิดการเสียชีวิตที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชมีแนวโน้มที่สูงขึ้น การส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าเกิดความล่าช้ามีการสูญเสียชีวิตในระหว่างนำส่ง[7]

นอกจากนั้นยังพบว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการบาดเจ็บของอวัยวะร่วมกันตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป การบาดเจ็บดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการเกิดอุบัติเหตุที่มีผลกระทบต่อร่างกายหลายแห่งหรือหลายระบบในเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการคัดกรองหรือการประเมินอาการแรกรับเพื่อวินิจฉัยการพยาบาล และรายงานแพทย์ตลอดจนการติดตามดูแลผู้ป่วยในระยะรักษาผ่าตัด และระยะพักฟื้นในหอผู้ป่วย มักเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็วเนื่องจากเสียเลือดอย่างรุนแรง ทางเดินหายใจอุดกั้นหรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ หรือจากสมองได้รับการบาดเจ็บรุนแรง ในขณะที่สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บมีภาวะคุกคามถึงชีวิตเกิดจากความผิดพลาดในการประเมินขั้นต้น และการช่วยชีวิตถึงร้อยละ 20.0 ส่วนความผิดพลาดในการตรวจร่างกายและการตรวจวินิจฉัย ที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะคุกคามถึงชีวิตเพียงร้อยละ 14.0[13] ทั้งนี้เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะคือ การช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุดด้วยการประเมินสภาพและให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจึงเป็นสิ่งจำเป็น ถ้าหากเกิดมีความผิดพลาดในการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่ระยะแรกรับจะทำให้เกิดความเสียหายตามมา เช่น เสียชีวิตเนื่องจากบาดเจ็บทรวงอกและช่องท้อง เป็นต้น

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนมีการสร้างแนวทางปฏิบัติในโรงพยาบาลที่มีผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญพิเศษสาขาต่างๆ และมีเครื่องมือทางการแพทย์ครบถ้วน แต่ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีข้อจำกัดในด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางและเครื่องมือตรวจพิเศษทางการแพทย์หรือแนวปฏิบัติต่างๆ ที่มีอยู่จึงอาจไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างภายใต้บริบทของโรงพยาบาลชุมชนได้ จากทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา และเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารักษาในในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ พัฒนาระบบการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินขึ้น เพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เป็นแนวทางที่มีความเฉพาะเจาะจงในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการประเมินรวดเร็ว ทันเวลา แม่นยำ สามารถกำหนดปัญหาทางการพยาบาลได้ครอบคลุม ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลต่อการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ เกิดความปลอดภัย และจำหน่ายหรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์พัฒนาระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารับการรักษางานอุบัติเหตุและนิติเวช

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การพัฒนาระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารับการรักษางานอุบัติเหตุและนิติเวช โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ออกแบบวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) เพื่อพัฒนาการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารับการรักษา และดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566

พื้นที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการที่โรงพยาบาลเพ็ญและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย จำนวน 14 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 1) ผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 10 คน และระยะพัฒนาระบบบริการ จำนวน 20 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้ เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป (2) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุภายใน 24 ชั่วโมงหลังการได้รับบาดเจ็บ เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ (1) มีประวัติได้รับการผ่าตัดสมองก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (2) มีประวัติเป็นโรคและอาการทางจิตประสาท (3) มีประวัติเป็นโรคทางระบบประสาทอยู่เดิม และ 4) มีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นๆ ที่มีผลต่อการทำหน้าที่/การเคลื่อนไหว 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลเพ็ญ จำนวน 8 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารับการรักษางานอุบัติเหตุและนิติเวช โรงพยาบาลเพ็ญ จำนวน 3 คน

ผู้ร่วมวิจัย เป็นบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลเพ็ญและเครือข่ายบริการ จำนวน 45 คน ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเพ็ญ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ ระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารับการรักษางานอุบัติเหตุและนิติเวช โรงพยาบาลเพ็ญ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมอง และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว และประวัติการใช้สารเสพติด 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารับการรักษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนาในกลุ่มระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารับการรักษางานอุบัติเหตุและนิติเวช มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด และ 4) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามระบบการประเมินมีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2565 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) สัมภาษณ์ผู้ป่วยผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 10 คน 3) สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลเพ็ญ จำนวน 12 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 8 คน เจ้าหน้าที่/พนักงาน จำนวน 3 คน และ 4) สนทนากลุ่มในผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารับการรักษางานอุบัติเหตุและนิติเวช โรงพยาบาลเพ็ญในเครือข่ายบริการ จำนวน 15 คน โดยเป็นพยาบาลจากโรงพยาบาลเพ็ญ จำนวน 5 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย จำนวน 10 แห่งๆ ละ 1 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารับการรักษา โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการกับบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และ

สะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารับการรักษา โดยประเมินจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารับการรักษา 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวพัฒนาการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารับการรักษา 3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และ 4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารับการรักษา

วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ข้อปฏิบัติทางจริยธรรมขั้นพื้นฐาน 3 ประการในการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ คือ การขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล (Informed consent) การรักษาความลับของข้อมูล (Confidentiality) และการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับแหล่งข้อมูลอันเนื่องมาจากการที่ผู้ให้ ข้อมูลให้ความร่วมมือในการทำวิจัย (Consequence)

ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ระยะศึกษาสถานการณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมด 10 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชาย (80.0%) อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (50.0%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (50.0%) สถานภาพสมรสคู่ (70.0%) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (40.0%) รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท (50.0%) สิทธิการรักษาเป็นบัตรสุขภาพถ้วนหน้า (100.0%) ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวพอใช้ (70.0%) และประวัติไม่เคยการใช้สารเสพติด (80.0%) สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากอุบัติเหตุจราจร (100.0%) มีการบาดเจ็บร่วมกับระบบ/อวัยวะอื่นๆ บริเวณใบหน้า (60.0%) ไม่มีอาการหลงลืมชั่วขณะภายหลังได้รับบาดเจ็บ (60.0%) ไม่หมดสติภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ (70.0%) ระดับคะแนนกลาสโกว์เมื่อแรกรับ 13-15 คะแนน (90.0%) เมื่อจำหน่าย 13-15 คะแนน (50.0%) ทำผลภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะ (80.0%) ผลปกติ (80.0%) การวินิจฉัย Mild traumatic brain injury (70.0%) และการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (50.0%)

2. ข้อสรุปจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ข้าร่วมสนทนากลุ่มได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของระบบบริการในโรงพยาบาลประเด็นด้านบุคลากรผู้ให้บริการ (1) พยาบาล เรื่องความผิดพลาด (Error) อันเกิดจากความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการประเมินสภาพเบื้องต้นของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ ทำให้เกิดผลเสียหายมากมายที่ตามมาหลายประการ เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเกิดความพิการหลงเหลืออยู่จากการที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่ได้รับการประเมินที่ถูกต้องตั้งแต่ในระยะแรกรับ ทำให้การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่ถูกต้องและไม่ครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลให้การพยาบาลผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ ความผิดพลาดในการประเมินสภาพแรกรับผู้บาดเจ็บที่ศีรษะในบางกรณีสามารถป้องกันได้ ดังนั้น ถ้ามีระบบการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วถูกต้องโดยเฉพาะการประเมินสภาพแรกรับที่รวดเร็ว ถูกต้องและครอบคลุมจำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติใช้ในการประเมินสภาพแรกรับที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (2) แพทย์ การตรวจวินิจฉัยของแพทย์ยังมีความคลาดเคลื่อนและล่าช้า การจัดระบบการตรวจประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทันทียังไม่ชัดเจน ทำให้มีโอกาสที่แพทย์ไม่ได้ตรวจประเมินผู้ป่วยทันที เมื่อมีผู้ใช้บริการจำนวนมาก (3) เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานบริการด่านหน้า ได้แก่ ศูนย์เปล ประชาสัมพันธ์ ห้องบัตร ซึ่งประกอบด้วย ผู้ช่วยเหลือคนไข้ คนงานศูนย์เปล เจ้าหน้าที่เวชสถิติห้องบัตร ยังขาดความรู้และทักษะการประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารักษา ทำให้การคัดกรองผิดพลาด ไม่เร่งรีบในการให้บริการ

ทันที บางครั้งผู้ป่วยที่มีอาการไม่ชัดเจนไม่ได้เข้าห้องฉุกเฉินทันที (4) ด้านระบบบริการ/อุปกรณ์เครื่องมือสื่อสาร การจำแนกประเภทผู้ป่วยไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ตั้งแต่จุดบริการประชาสัมพันธ์ แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งถือว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนที่ต้องได้รับการประเมินทันทีภายในเวลาที่กำหนด แนวทางการประเมินคัดกรองผู้ป่วยยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การติดต่อประสานงานกับหน่วยยานพาหนะ การตามรถส่งต่อล่าช้า ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ระยะเวลาที่กำหนด นอกจากนี้ยังพบว่าการขอรับคำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

จากปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เข้าสู่ที่ประชุมและร่วมกันระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมกิจกรรม กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกัน ในระยะนี้ได้ประเด็นการพัฒนาระบบบริการในการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารักษาในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว 2) การประเมินสภาพผู้ป่วย 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วย 4) การพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย และ 5) การติดตามผู้ป่วย ดังนั้นแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลเพ็ญจึงได้พัฒนาระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแรกเพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะให้เป็นแนวทางเดียวกัน และเป็นเครื่องมือในการจัดการการพยาบาลที่มีคุณภาพดียิ่งขึ้น เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล (Effective care) สำหรับผู้ป่วย และเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยโดยยึดหลักความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) เป็นสำคัญ เป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลของโรงพยาบาลต่อไป

3. ระยะพัฒนาระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารักษา ในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วงจร ดังนี้

วงจรที่ 1 : การพัฒนาระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารักษาในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลเพ็ญ กิจกรรมการพัฒนา ได้แก่ ประชุมชี้แจงทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อสร้างความตระหนักในการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับ พัฒนาสมรรถนะแพทย์ และพยาบาลทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานยานพาหนะในการประกันเวลาให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อส่งต่อไปที่โรงพยาบาลแม่ข่าย จากการดำเนินงานในระยะที่ 1 พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการมีความตื่นตัวและตระหนักในการดูแลผู้ป่วยในระบบบริการเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานระยะที่ 1 พบปัญหา และอุปสรรคเกี่ยวกับความหลากหลากหลายในการใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน และระบบการบริหารจัดการผู้ป่วยยังล่าช้า

วงจรที่ 2 : การพัฒนาระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารักษากิจกรรมการพัฒนา ได้แก่ จัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับและกำหนดให้มีการมอบหมายงานผู้รับผิดชอบในการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับที่ชัดเจนในแต่ละเวรปฏิบัติการร่วมกับเครือข่ายในการพัฒนาและการใช้แบบประเมินแรกรับผู้ป่วยทุกขั้นตอน ประชุมชี้แจงบุคลากรผู้ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในตำบลที่ยังไม่มีหน่วยกู้ชีพ ให้มีการตั้งหน่วยกู้ชีพ FR เพิ่มขึ้น เพื่อให้บริการนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ทั่วถึงและรวดเร็วขึ้น ให้การประชาสัมพันธ์เชิงรุกและลดขั้นตอนการรอคอยที่หน่วยบริการด่านหน้า โดยให้คัดกรองผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการดูแลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แล้วให้เจ้าหน้าที่ห้องบัตรออกเอกสารประวัติผู้ป่วยในระบบทันทีโดยไม่ต้องรอคิว จากการดำเนินงานในระยะที่ 2 พบว่า การดำเนินการเชิงรุกในระดับชุมชน

เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการที่รวดเร็ว โดยความร่วมมือกับเครือข่ายองค์กร/หน่วยงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง มีความชัดเจนและปฏิบัติได้จริง บุคลากรผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องมีความรู้และทักษะการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเพิ่มขึ้น กระบวนการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยรวมทั้งระบบให้คำปรึกษาและการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลลูกข่ายทั้ง 14 แห่ง มีความชัดเจนและสะดวกมากขึ้น

4. การประเมินผลลัพธ์ พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (75.0%) อายุต่ำกว่า 25 ปี (50.0%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (65.0%) สถานภาพสมรสคู่ (60.0%) อาชีพเกษตรกร (40.0%) รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท (60.0%) สิทธิการรักษาบัตรสุขภาพถ้วนหน้า (75.0%) ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวพอใช้ (90.0%) ไม่เคยประวัติการใช้สารเสพติด (75.0%) สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากอุบัติเหตุจราจร (100.0%) มีการบาดเจ็บร่วมกับระบบ/อวัยวะอื่นๆ (85.0%) เช่น แขน (40.0%) ไม่หลงลืมชั่วขณะภายหลังได้รับบาดเจ็บ (65.0%) ไม่สติภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ (85.0%) ระดับคะแนนกลาสโกว์เมื่อแรกรับ 13-15 คะแนน (95.0%) เมื่อจำหน่าย 13-15 คะแนน (95.0%) ถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะ (80.0%) ผลปกติ (75.0%) การวินิจฉัยเป็น Mild traumatic brain injury (95.0%) แต่มี Severe traumatic brain injury (5.0%) และการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (60.0%)

วิจารณ์

ผลการวิจัยระยะศึกษาสถานการณ์ระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารักษาในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลเพ็ญ พบปัญหาทั้งด้านบุคลากรผู้ให้บริการ และด้านระบบบริการ/อุปกรณ์เครื่องมือสื่อสาร การจำแนกประเภทผู้ป่วย พบผลเช่นเดียวกับการทบทวนเวชระเบียนและผลลัพธ์ตัวชี้วัดย้อนหลัง วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์และนโยบายในโรงพยาบาลนครนายกพบว่าหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตั้งแต่รับไว้รักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจนถึงในแผนกผู้ป่วยในการปฏิบัติเป็นไปตามประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติแต่ละบุคคลที่หลากหลายพบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยบาดเจ็บผิดพลาด การส่งตรวจพิเศษเพื่อการวินิจฉัยล่าช้าจากการประสานงานกับหน่วยงานอื่น เกิดอุบัติการณ์ระหว่างการเคลื่อนย้ายไปยังหน่วยงานอื่น จากเตรียมความพร้อมจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่เหมาะสม เมื่อสืบค้นและคัดสรรข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประกอบด้วยการคัดแยกประเภท การดูแลระยะแรก ระยะต่อมา การเตรียมจำหน่าย การให้ข้อมูลผู้ป่วยหรือญาติและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บใน 72 ชั่วโมงแรกในแผนกศัลยกรรมสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ บาดเจ็บช่องอก/ช่องท้อง และบาดเจ็บหลายระบบที่มีรูปแบบเหมาะสมกับบริบททำให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้อย่างง่าย[14]

ระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารักษาจากการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย พบว่า รูปแบบการพยาบาลประกอบด้วย (1) การประเมินเบื้องต้น และการคัดกรอง (2) การประเมินและการช่วยเหลือระยะแรก (3) การช่วยเหลือระยะที่สอง และ (4) ระยะเตรียมจำหน่าย ขั้นตอน 3 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลภายหลังการทดลองคะแนนการได้รับข้อมูลและการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลอง และ พบว่าภายหลังการทดลองคะแนนการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาล และความพึงพอใจการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลเพิ่มขึ้น ขั้นตอน 4 สรุปบทเรียนการใช้รูปแบบการพยาบาล พบว่าควรมีการชี้แจง ทบทวนแนวปฏิบัติและพัฒนาความรู้ให้ครอบคลุมทีมพยาบาลและควรประเมินผล และนิเทศการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง[15]; แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง ประกอบด้วยการดูแล 3 ระยะ คือ Pre-Hospital Phase, In-Hospital Phase และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย[16]; เนื้อหาและผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบเนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ ในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุมีจำนวน 7 หมวด

คือ การประเมินหมวดที่ 1 ได้แก่ การบันทึกข้อมูลทั่วไปและสัญญาณชีพ ประกอบด้วยการประเมินสัญญาชีพ ระดับความรู้สึกตัว ขนาดรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง กำลังกล้ามเนื้อ และค่าความอิ่มตัวออกซิเจน หมวดที่ 2 คือ การประเมินประวัติสุขภาพอื่นๆ หมวดที่ 3 คือ การตรวจร่างกายซึ่งสามารถประเมินได้เฉพาะอวัยวะที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ แต่อาจไม่สามารถทำการประเมินตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าและหมวดที่ 4 คือ การประเมินบาดแผล และความปวดเฉพาะในผู้ป่วยที่สื่อสารได้ ส่วนการประเมินหมวดที่ 5 คือ การประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย และหมวดที่ 6 คือ การตรวจวินิจฉัยโรคและการตรวจทางห้องปฏิบัติการพยาบาลไม่สามารถประเมินได้ทันในการประเมินแรกรับครั้งแรก[17]และสอดคล้องกับการศึกษาเชิงประจักษ์ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งพบว่าผลการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามหลักฐานเชิงประจักษ์รูปแบบของแผนการดูแลประกอบด้วย ส่วนที่ 1 การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเบื้องต้น และการประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนที่ 2 การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะรับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่า 1) การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเบื้องต้น และการประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่ามีการปฏิบัติทุกราย ร้อยละ 100 อธิบายได้ว่าการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทำให้เกิดผลดี คือ ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการและความรุนแรงเพื่อให้สามารถให้การดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็วตามระดับความรุนแรงและอาการของการบาดเจ็บ ทำให้ได้รับความปลอดภัย 2) การดูแลในแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะรับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินควรแบ่งขั้นตอนการช่วยเหลือเป็นระยะ 3 ระยะ โดยมีการประเมินและให้การพยาบาลไปตามอาการของผู้ป่วย คือ 1) การประเมินและการช่วยเหลือในระยะแรก 2) การประเมินดูแลในระยะที่สอง และ 3) การดูแลในระยะเตรียมจำหน่ายและส่งต่อ[18]

การประเมินผลลัพธ์จากการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ระดับเล็กน้อย แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลเพ็ญเป็นลักษณะ Algorithm ที่บอกลำดับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย โดยผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ยกเว้นการประเมินการคืนตัวของเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนปลาย ปฏิบัติได้ร้อยละ 78.94 การประเมิน GCS/ Pupil Extremities movement ตามเกณฑ์เวลาที่กำหนด ปฏิบัติได้ร้อยละ 89.47 และการประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาทก่อนออกจากหน่วยงาน ปฏิบัติได้ร้อยละ 3.68 นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติแสดงความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ระดับเล็กน้อย มีระดับเห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 94.73 ในข้อสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เห็นด้วยในระดับมากร้อยละ 26.31 ในข้อแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ระดับเล็กน้อยมีความเหมาะสมชัดเจนและประสิทธิผลการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย พบว่า ร้อยละ 100 มีอาการคงที่ในข้อระดับ SBP อยู่ในช่วง >90 mmHg และระดับความรู้สึกตัว (GCS) ส่วนระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO_2)≥95 % มีอาการคงที่ ร้อยละ 86.66 และดีขึ้นกว่าเดิมร้อยละ 13.33[19]; ผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง พบว่า ผู้ป่วย MTBI ไม่เสียชีวิต ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 14 วัน ผู้ป่วย MTBI Turn to Moderate TBI เกิด Hypoxia ลดลงจาก ร้อยละ 13.04 ในปี พ.ศ.2556 เป็น 1.89 ในปี พ.ศ.2558 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลรักษาแต่ละครั้งลดลงจาก 16,802 บาท ในปี พ.ศ.2553 เป็น 9,210 บาท ในปี พ.ศ.2558 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 87.59 ในปี พ.ศ.2556 เป็นร้อยละ 93.20 ในปีพ.ศ. 2558 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 86.05 ในปี พ.ศ.2556 เป็นร้อยละ 93.33 ในปี พ.ศ.2556 สามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.22 ในปี พ.ศ.2556 เป็นร้อยละ 98.22 ในปี พ.ศ.2558 ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง จึงเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ

ไม่รุนแรง ให้เกิดความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง[16]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย (1) จากผลการวิจัย ผู้ป่วยบาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นเพศชายและอยู่ในวัยทำงาน ดังนั้น ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการขับขี่ปลอดภัยกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เกษตรกร และการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับวินัยจราจรอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง (2) จากผลการวิจัยระดับการได้รับข้อมูลและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ผู้ป่วยกลุ่ม Mild traumatic brain injury (70.0%) และ Moderate traumatic brain injury (20.0%) เท่านั้น ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานควรให้ข้อมูลและสื่อสารการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติอย่างเพียงพอเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติ

เอกสารอ้างอิง

1. ภัทรรัช เทศถนอม. ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับวิกฤติความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 2561;4(2):237-49.
2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น; 2559.
3. นครชัย เผื่อนปฐม, ธีระเดช ศรีกิจวิไลกุล. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical practice guidelines for traumatic brain injury). นนทบุรี : บริษัท พรอสเพอรัสพลัสจำกัด; 2562.
4. Jennett B, Murray A, Carlin J, McKean M, MacMillan R, Strang I. Head injuries in three Scottish neurosurgical units. Scottish head injury management study. Br Med J. 1979;2(6196):955-8.
5. Menon D K, Schwab K, Wright D W, Maas A I, Demographics, Clinical Assessment Working Group of the I, et al. Position statement: definition of traumatic brain injury. Arch Phys MedRehabil. 2010;91(11):1637-40.
6. World Health Organization. Report on Global Status Report on Road Safety. Geneva: WHO; 2018.
7. โรงพยาบาลเพ็ญ. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขเครือข่ายสุขภาพอำเภอเพ็ญ. โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี; 2565.
8. Nebehay S. Going into hospital far riskier than flying: World Health Organization (WHO) [Internet]. Reuters; 2011 [cited 2022 Sep 1]. Available from: http://www.reuters.com/article/us-safety/going-into-hospital-far-riskier-than-flying-who-idUSTRE76K45R20110721
9. วิศิษฏ์ ตั้งนภากร. ดีบริการทางการแพทย์ [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 26 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://r6maritimepublichealth.ore/archive/document/download?url=0142ae8ZG9jdW1lbnRsaWJyYXJ5L2ZFc2RTMU4xeDWTVpaRWppOUQ1WDM963D&filename=0142ae8NWRkNzlkNmJjNmNIZY3NJI5NWJIZTC5YT-VhZIZjMDEucmFy
10. ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, ศุภสิทธิ์ พรรณรุโณทัย, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. ภาวะที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในประเทศไทย (การศึกษานำร่อง). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2546.
11. กลุ่มงานคดีทางการแพทย์ กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติคดีทางการแพทย์. [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 28 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.legal.moph.go.th/index.php?option=com_remository&ltemid=814&func=fileinfo&id=472
12. ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล. คุณธรรม และกฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลเอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมป์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะด้านจรรยาบรรณ จริยธรรม และกฎหมายของพยาบาล

วิชาชีพ วันที่ 10-11 กุมภาพันธ์ 2557 โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ รัชดา กรุงเทพฯ; 2557.
13. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ.2555-2559. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
14. จันทิมา พรเธนศวรพงศ์, เพ็ญศรี ลออ, กวินทร์นาฎ บุญชู. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครนายก. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2558;26(2):89-102.
15. รุจีพร เพ็ญศรี. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;14(3):83-96.
16. วัลลภา สุวรรณพิทักษ์, สุชาตา วิภวกานต์, บุญญารัศม์ ประคีตวาทิน. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง โรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(2):140-56.
17. สุนิดา อรรถอนุชิต, วิภา แช่เชี้ย, ประณีต ส่งวัฒนา. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินสภาพแรกรับของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ.วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2553;2(2):19-28.
18. จุลินทร ศรีโพนทัน. การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2553;7(2):10-7.
19. ไคลศรี บาดาล. การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย. [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.

การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรี

The Development of Discharge Planning Model for Stroke Patients with Intermediate Care in Inpatient Ward at Thawatchaburi Hospital

จันทร์เมือง ทนงยิ่ง* รัตนาภรณ์ อุปแก้ว ดวงกมล สุขบาล*****

Chanmueang Thanongying, Rattanaporn Upkaew, Doungkamon Sukkhaban

Corresponding author: E-mail; bvbgr7890@gmail.com

(Received: December 1, 2023; Revised: December 8, 2023; Accepted: January 10, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบ และศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and development)

วัสดุและวิธีวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี จำนวน 21 คน ญาติผู้ดูแล จำนวน 21 คน และทีมสหวิชาชีพ จำนวน 18 คน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Percentage difference

ผลการวิจัย : 1) ปัญหาความบกพร่องทางร่างกายส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย จำนวน 20 ราย (95.0%) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนปี พ.ศ.2563-2565 จำนวน 3 ราย 1 ราย และ 1 รายตามลำดับ 2) รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะระยะกลางประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ (1) การลงทะเบียนรับ (2) รับเข้าห้องสหรักษ์ฟื้นฟูและประเมินผู้ป่วย/ครอบครัว (3) วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการผู้ป่วยและญาติ (4) กำหนดเป้าหมายการดูแลฟื้นฟู (5) วางแผนการพยาบาล (6) ประเมินความพร้อม และ (7) จำหน่ายผู้ป่วย และ 3) หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะระยะกลางมีคะแนนความแตกต่างความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living = ADL) เพิ่มขึ้นจาก 14.23 คะแนน เป็น 17.76 คะแนน เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.20 คะแนน อัตราการ Re-Admit ด้วยภาวะแทรกซ้อนภายใน 28 วัน ลดลง คิดเป็นร้อยละ 200.00

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางส่งผลผู้ป่วยมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำรูปแบบนี้ไปดำเนินการในพื้นที่

คำสำคัญ : การวางแผนการจำหน่าย; ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง; การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

*, ** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลธวัชบุรี

ABSTRACT

Purposes : To explicate problem situations, develop models, and explicate results of discharge planning model for stroke patients with intermediate care inpatient ward, in Thawatchaburi Hospital.

Study design : Action research Approach**.**

Materials and Methods : Twenty-one of key informants were a stroke patient receiving treatment at the inpatient facility in Thawatchaburi Hospital, 21 relatives and caregivers, and 18 multidisciplinary teams. From July to November 2023, data were collected using questionnaires, and analyzed the data using frequency, percentage, mean, standard deviation, and percentage difference.

Main findings : 1) Most of physical impairment problems were physical movement problems, with 20 cases (95.0%) having complications, A.D. 2020-2022, 3 cases, 1 case, and 1 case, respectively. 2) The intermediate care discharge planning model for stroke patients consists of 7 steps: (1) registration, (2) Admission to Saharak rehabilitation room and assessment of the patient/family, (3) analysis of problems and needs. patients and relatives (4) set goals for rehabilitation care, (5) plan nursing care, (6) assess readiness, and (7) discharge patients, and 3) after intervention it were found that Mid-stage stroke patients had differences in their ability to perform daily activities (ADL) increased from 14.23 to 17.76, an increase of 22.20%. Re-Admit rate with stroke. Complications within 28 days decreased by 200.00%.

Conclusion and recommendations : The results of this research indicate that intermediate care inpatient ward planning model for stroke patients results in patients having increased ability to carry out their daily lives. Therefore, relevant agencies should be encouraged to adopt model. This is to be carried out in the area.

Keywords : Discharge planning; Stroke patients; Intermediate Care

*, ** Registered Nurse Professional Level, Thawatburi Hospital

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebral vascular disease or Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญลำดับที่ 3 รองจาก โรคหัวใจและโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงมักพบบ่อยในผู้สูงอายุ นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพาตอัมพฤกษ์ เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดความพิการทุพพลภาพที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัวผู้ที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรงอาจเสียชีวิตตั้งแต่ในระยะแรก แต่ก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่รอดชีวิตแต่ยังอาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เป็นปัญหา และภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัว จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ.2556 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ทั้งในหญิงและชายไทย และยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียสุขภาวะของประชากรไทยพบในเพศหญิงอันดับ 1 และ ในเพศชายเป็นอันดับ 2 จากสถิติข้อมูลจังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปี พ.ศ.2559-2561 จำนวน 5, 434 , 5, 610 และ 4,656 ตามลำดับ อัตราตายร้อยละ 5.19, 4.92 และ3.84 โดยในปี พ.ศ.2561 คิดเป็น 2,536 คนต่อประชากร 100,000 คน[1]

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความบกพร่องของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยมีอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ ไปเลี้ยงสมองมีการแตก ตีบ หรืออุดตัน ทำให้เกิดการตายของเนื้อสมอง โดยอาการทางคลินิกจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว[2] พยาธิสภาพของโรคก่อให้เกิดปัญหาทั้งในระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟูสภาพ ปัญหาที่พบในระยะวิกฤตจะทำให้มีอาการหมดสติการทำงานของระบบหัวใจและระบบหายใจผิดปกติ และมีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลในระยะวิกฤตที่ถูกต้องอาจทำให้เสียชีวิตได้แต่เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤต อาการพร่องทางระบบประสาทหรือความพิการที่เกิดขึ้นจะเริ่มคงที่ โดยความพิการที่พบ ได้แก่ ความบกพร่องในการสื่อสาร ผู้ป่วยจะพูดไม่ชัด หรือไม่สามารถพูดเป็นคำและประโยคได้ นอกจากนี้อาจพบ อาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีกร่วมกับการเคลื่อนไหวลำบาก ผู้ป่วยบางรายอาจสูญเสียการทรงตัว มีความผิดปกติด้านการมองเห็น มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว การกลืน รวมทั้งการขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระผิดปกติ[3] ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการ เจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง โดยร้อยละ 45.00 พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด[4] จากข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา

จากแผนพัฒนาบริการระบบสุขภาพ Service plan ปี พ.ศ.2561-2565 มีหลักการและกรอบแนวคิดให้เกิดบริการแบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) และการดูแลแบบเบ็ดเสร็จในเขต (Self-contain) และระบบส่งต่อภายในเขต (Referral Hospital Cascade) โดยมีเป้าหมายในการดำเนินการ คือ ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย มุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับการบริการที่มีคุณภาพและนโยบายการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Healthcare Network Certification : PNC) ของคณะกรรมการการบริการเครือข่ายสุขภาพเขต 7 ได้ร่วมกันกำหนดนโยบายขับเคลื่อน และสนับสนุน ให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ หนึ่งในนโยบายดังกล่าว คือ การจัดบริการระบบ Intermediate care โดยมุ่งเน้นให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤติและมี อาการคงที่ แต่ยังมีความผิดปกติของร่างกาย บางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะ ร่างกาย จิตใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างปกติสุข โดยนโยบาย Intermediate care ได้กำหนดเน้นโรคสำคัญ 3 โรค และ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในโรคสำคัญของนโยบายดังกล่าว โรงพยาบาลธัชบุรีมีการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลางมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 และมีการพัฒนาคุณภาพบริการ อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ยึดหลักการทำงานเป็นทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวโดยเร็ว การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแล ตนเองตามสภาพ และความต้องการตั้งแต่ช่วงแรก ของการรักษา โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถมีศักยภาพ และความมั่นใจใน การจัดการดูแล ตนเอง คือมีระบบงานและกระบวนการให้บริการที่ มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย[5]

โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งโรคสำคัญที่โรงพยาบาลธัชบุรีได้รับส่งต่อเพื่อดูแลฟื้นฟูต่อเนื่องจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลธัชบุรีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า มีจำนวน 38 ราย, 46 ราย และ 61 ราย ตามลำดับเป็นผู้ป่วยที่รับการส่งต่อกลับจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด การวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่ระยะกลาง (Intermediate care) และผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านปี พ.ศ.2563-2565 พบจำนวน 37 ราย (97.37%) 63 ราย (95.45%) และ 60 ราย (98.36%) พบว่า ปี พ.ศ.2563 มีผู้ป่วย Refer โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ด้วย UGIB 1 ราย ปี พ.ศ.2564 Refer 3 ราย Alteration of conscious on ETT-Recurrent stroke = 1-pneumonia on ETT = 1 ปี พ.ศ.2564 มีภาวะแทรกซ้อน Pneumonia 1 ราย ปี พ.ศ.2565 Refer 1 ราย Pneumonia with Respiratory failure on ET-tube ภาวะ Pneumonia 1 ราย ตามลำดับ และจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำปี พ.ศ.2563 พบว่า ส่วนใหญ่มาด้วยอาการสำลักอาหาร หายใจหอบเหนื่อย[6]

จากการทบทวนเอกสาร พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ความเจ็บป่วย มีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเกิดในวัยผู้สูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ในหลายระบบและสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเป็นปัญหาของการดูแลในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะสมองบวม พบได้สูงถึงร้อยละ 85.0 ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีสมองขาดเลือดขนาดใหญ่และเป็นบริเวณกว้าง[7] และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสมองบวมจะเสียชีวิตระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 36.7 และส่วนใหญ่จะเสียชีวิตภายใน 3 เดือน[8] ภาวะปอดอักเสบที่มีสาเหตุมาจากการสำลัก พบได้ประมาณร้อยละ 60.0[9] การเกิดแผลกด ทับ พบได้ประมาณร้อยละ 20.0 และภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ พบได้ ประมาณร้อยละ 19.0[10] ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เหล่านี้เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเป็นสาเหตุสำคัญของการกลับมารักษาซ้ำภายหลังจำหน่าย การกลับมารักษาซ้ำเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะพบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน ได้ประมาณร้อยละ 9.0[11] และในการศึกษาย้อนหลังพบว่า แม้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะรอดชีวิตจากความเจ็บป่วย แต่มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 53.5 ที่มีการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี และมีผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 15.0 ที่สามารถมีชีวิตรอดได้ถึง 5 ปี หลังการเจ็บป่วย[12] ผลของการกลับมารักษาซ้ำจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการที่รุนแรงขึ้น และพบอัตราการตายหลัง กลับมารักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 56.2 หรือ 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับการรักษาครั้งแรกและผู้ป่วยที่รอดชีวิตที่เหลือส่วนใหญ่จะอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแล

ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องทางร่างกาย และต้องพึ่งพาผู้ดูแล โดยในการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีบทบาทหน้าที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม การฟื้นฟูสภาพ การเป็นผู้ติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ และการช่วยเหลือด้านการเงิน ตลอดจนการตัดสินใจในการเลือกวิธีในการรักษาให้กับผู้ป่วย ดังนั้น

การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ[13] และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย พบว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นการทำหน้าที่ที่ต้องใช้ความอดทนอย่างสูง โดยในระยะแรกตั้งแต่เกิดการเจ็บป่วย จนกระทั่ง 1 สัปดาห์ ผู้ดูแลจะมีความไม่มั่นใจในการดูแลเนื่องจากขาดความรู้ และทักษะในการดูแล รวมถึงขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้ไม่กล้าตัดสินใจ ไม่มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย[14] และเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย ตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยไม่มีเวลาพักผ่อน ผู้ดูแลจะรู้สึกเป็นภาระและเกิดความเบื่อหน่ายที่จะดูแลผู้ป่วยการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ความรู้สึกและสภาวะทางร่างกายของผู้ดูแลจะมีความเปลี่ยนแปลงมาก โดยเฉพาะในระยะเวลา 1 เดือนแรกหลังจากผู้ป่วย จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภาวะดังกล่าวที่เกิดขึ้นจะส่งผลทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลมีผลต่อการฟื้นหายดีขึ้นของผู้ป่วยระยะหลังเฉียบพลันหรืออาการของโรคคงที่ ผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้ทักษะที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนนอนหลับ การมีส่วนร่วมในการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพและเรียนรู้วิธีการติดต่อขอความช่วยเหลือจาก เจ้าหน้าที่โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและเปลี่ยนสถานที่ดูแลไปสู่การดูแลที่บ้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรีขึ้น เพื่อให้มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ คือ การเตรียมผู้ป่วยหรือผู้ดูแลให้ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์สังคม จิตใจ ให้ความช่วยเหลือแนะนำให้มีความพร้อม และสามารถจะนำสิ่งที่แนะนำไปปฏิบัติตนเองที่บ้านได้ แผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ และต่อเนื่องเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สาระสำคัญของแผนจำหน่ายผู้ป่วยต้องครอบคลุมเรื่องที่ผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ดูแลควรจะได้รับ และมีความรู้เพื่อให้สามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบและศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2566

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลธวัชบุรี ญาติผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเจาะจงจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ดังนี้ (1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีอายุตั้งแต่ 18 ขึ้นไปมีคะแนน Barthel Index <19 คะแนน ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke) และส่งมารักษาต่อเนื่องในหน่วยสหรักษ์ฟื้นฟู ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรี ในช่วงวันที่ 1 กรกฎาคม – 30 กันยายน 2566 (2) ญาติผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้านของผู้ป่วยและมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (3) ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 18 คน เป็นแพทย์ 4 คน โภชนากร 1 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วย 7 คนพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน2 คน เภสัชกร 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน ทีมประเมินสุขภาพจิต 1 คน และแพทย์แผนไทย 1 คน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) โดยมี**เกณฑ์การคัดเข้า** ได้แก่ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke) ที่ผ่านการรักษาในระยะเฉียบพลันและพ้นระยะวิกฤติแล้ว และได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อมารับการดูแลในระยะกลาง (IMC) ภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยใน โภชนากร กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และพยาบาลทีมเยี่ยมบ้านที่ได้มีส่วนดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะกลาง และ**เกณฑ์การคัดออก**

ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ผ่านระยะ 6 เดือนแล้ว และผู้ป่วยและญาติที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ได้แก่ (1) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) หอผู้ป่วยใน (2) สรุปวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และ (3) สรุปผลการทบทวนเวชระเบียนโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) เรื่องภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบฟอร์มประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ Barthel Index โรงพยาบาลธวัชบุรี (2) แบบบันทึกการส่งต่อและการติดตามการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ในชุมชน (3) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยตัวแปร อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาลและส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โรคประจำตัว ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้ป่วยใช้ การรับประทานอาหาร การรักษาที่สำคัญ และสรุปปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือและดูแลต่อเนื่อง

3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel Index) เป็นแบบประเมินของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล[15] แปลมาจากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของมาร์โฮนี และบาร์เทล (Mahoney & Barthel) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ (1) การรับประทานอาหาร (2) การล้างหน้า หวีผม และโกนหนวด (3) การลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้หรือการลุกนั่งจากที่นอน (4) การใช้ห้องสุขา (5) การเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือภายในห้อง (6) การสวมใส่เสื้อผ้า (7) การขึ้นลงบันไดหนึ่งขั้น (8) การอาบน้ำ (9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และ (10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การให้คะแนนมาจากการสังเกต การสอบถามและให้คะแนนตามลำดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีคะแนนต่างกันขึ้นอยู่กับความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้นๆ

4. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรับบริการของผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลและแบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติต่อรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะกลางที่จัดทำขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย (1) หาความตรงของเครื่องมือ อาศัยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ พยาบาลวิชาชีพและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล (2) การวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยโดยนำเครื่องมือวิจัยเกี่ยวกับแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในโรงพยาบาลโพนทอง แล้วหาค่าความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิอัลฟ่าของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-เดือนตุลาคม พ.ศ.2566 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลธวัชบุรีที่เป็นสถานที่วิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยแก่ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ การยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลใดๆ ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมในการทำการวิจัยครั้งนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ศึกษาตำราค้นคว้าจัดเตรียมเอกสารประกอบการ

ประชุมบทความทางวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care)

2. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เดิมของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลธวัชบุรี โดยการสังเกตการปฏิบัติงาน การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมภาษณ์แพทย์พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัดที่มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลธวัชบุรี

3. ประชุมทีมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลธวัชบุรี ซึ่งเป็นตัวแทนจากทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลธวัชบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดมสมองระหว่างคณะกรรมการทีมพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และร่วมกันวางแผนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโรงพยาบาลธวัชบุรี จำนวน 18 คน ที่ห้องประชุมสมยศ-เลขา ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวประจำโรงพยาบาลธวัชบุรี พยาบาลเฉพาะทางจิตเวช พยาบาลวิชาชีพ ตัวแทนจากหอผู้ป่วยใน เภสัชกร นักกายภาพบำบัดและนักโภชนาการ พยาบาลดูแลต่อเนื่อง เพื่อร่วมกันร่างรูปแบบการวางแผนจำหน่าย และกำหนดแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยเขียนข้อความระบุกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายของแต่ละวิชาชีพ นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เมื่อทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวทางการวางแผนการจำหน่าย ได้แนวคิดและรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายเป็นแนวทางเดียวกัน จึงได้นำสู่ขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรี ระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม 2566 โดยกำหนดแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแนบรวมเป็นเอกสารชุดเดียวกับเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ขั้นตอนการปฏิบัติการ เมื่อทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวทางการวางแผนการจำหน่ายได้แนวคิดและรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายเป็นแนวทางเดียวกัน จึงได้นำสู่ขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรี ระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือน ธันวาคม 2566 โดยกำหนดแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแนบรวมเป็นเอกสารชุดเดียวกับเวชระเบียนผู้ป่วยใน สรุปวิเคราะห์ข้อมูล และผลการพัฒนาการซึ่งประกอบด้วยกัน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะที่รับผู้ป่วยที่ได้รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อฟื้นฟูในโรงพยาบาลธวัชบุรี (Hospital visits) โดยกิจกรรมในระยะนี้ประกอบด้วย (1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแลเพื่อการวางแผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์ โดยการซักถามเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และเก็บรวมรวบข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แบบประเมินความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแลเพื่อประเมินความต้องการและความบกพร่องทางร่างกายหลังเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และ (2) วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพ ที่เกี่ยวข้อง เมื่อทราบปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้วิจัยติดต่อประสานงานบุคลากรทีม สุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ดำเนินการโดยการขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ใช้แอปพลิเคชันไลน์ และพูดคุยร่วมกันที่เตียงผู้ป่วย (C3THER) หรือTEAM Meeting

ระยะที่ 2 ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่วางไว้ เป็นการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อ ตอบสนองความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยมีการให้ความรู้ ฝึกทักษะในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน

และฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดำเนินการโดยวิธีการ บรรยาย และสาธิต ย้อนกลับตามแผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน สื่อที่ใช้ประกอบการสอน ได้แก่ สื่อนำเสนอภาพนิ่ง เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ซึ่งเนื้อหาในการ บรรยาย ประกอบด้วย ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยการเกิดโรค อาการ การรักษา การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การดูแลกิจวัตร ประจำวัน การฟื้นฟูผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และการดูแลด้านจิตใจ หลังจากการบรรยายผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เสนอแนะ ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสม และกระตุ้นให้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความไว้วางใจ และเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน และนอกจากนี้ ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลเกิดความรัก ความผูกพันกัน และให้ ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล หลังจากนั้นมอบคู่มือแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ทบทวนต่อไป

ระยะที่ 3 เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการทบทวนความรู้ ทักษะการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ และปรับปรุงแผนการจำหน่ายภายใน 3 วัน ในประเด็นที่เป็น ปัญหาการดูแล ดำเนินการโดยการสอนและสาธิตซ้ำ และบันทึกสรุปประเด็นสำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ในสมุดประจำตัว และมอบให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลภายหลังการจำหน่าย

ระยะที่ 4 การติดตามการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) โดยผู้ศึกษาประเมินความความพร้อมและความสามารถของผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลหลักเข้าใจอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ภายหลังการได้รับการดูแลตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) แบบสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การเก็บข้อมูลการ Re-Admitted ภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินความพึงพอใจของบุคลากรที่ใช้แนวทาง การวางแผนการจำหน่ายที่จัดทำขึ้นเพื่อปรับปรุงแก้ไขต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด COE 74/2566 กลุ่มตัวอย่าง ทุกคนจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับการรักษาความลับของข้อมูลและใช้รหัสแทนกลุ่มศึกษา รวมถึงการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยจึงให้เซ็นชื่อลงในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ Barthel Index และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรับบริการของผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Percentage difference

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมด จำนวน 21 คน ส่วนใหญ่เป็นชาย (52.38%) อายุตั้งแต่ 70-79 ปี (33.33%) โรคประจำตัวเป็นโรคเบาหาวานและความดันโลหิตสูง (47.62%) สาเหตุพยาธิสภาพของสมองเกิดจาก Ischemic stroke (100.00%) วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3 วัน (ต่ำสุด 1 วัน สูงสุด 5 วัน) รับส่งต่อจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (95.00%) รับส่งต่อเพื่อทำกายภาพบำบัด (100.00%) ปัญหาความบกพร่องด้านร่างกายการเคลื่อนไหว (95.00%) ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยกายภาพบำบัด (100.00%)

ประเมินค่า Barthel Index เพิ่มขึ้น (95.00%) และการเตรียมอุปกรณ์ให้กลับบ้าน ได้แก่ เตียงนอน จำนวน 1 รายwalker จำนวน 7 รายและไม้เท้า 3 ปุ่ม จำนวน 2 ราย การแก้ปัญหาอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยมีปัญหา โรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 3 ราย ให้ยาและให้คำปรึกษาโดยทีมสุขภาพจิต ผู้ป่วยมีปัญหาที่อยู่อาศัย 1 ราย ไม่มีห้องน้ำใช้เอง ติดต่อญาติรับปากจะสร้างห้องน้ำชักโครกให้ผู้ป่วย ประสาน รพ.สต.ในเขต ติดตามเรื่องการสร้างห้องน้ำให้ผู้ป่วยด้วย ผู้ป่วยหญิงสูงอายุอยู่บ้านกับหลานชายคนเดียว หลานชายติดยาเสพติด ประสานชุมชนโดยขอความร่วมมือให้ CG ประจำหมู่บ้านช่วยดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยชายสูงอายุบุตรชายผู้ดูแลติดสุราและยาเสพติด ชอบทะเลาะ และตบตีผู้ป่วยบ่อยครั้งพบขณะอยู่โรงพยาบาล ประสานญาติให้บุตรคนอื่นรับผู้ป่วยไปดูแลและสอนญาติฝึกทำอาหารเหลวและให้อาหารผู้ป่วยทางสายยาง 1 ราย

2. สถานการณ์ปัญหาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางพบว่า ปัญหาความบกพร่องทางร่างกายส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย จำนวน 20 ราย (95.00%) การกลืน 7 ราย (33.33%) การพูด 8 ราย (38.09%) แขนขาซ้ายอ่อนแรง 11 ราย (55.00%) และแขนขาขวาอ่อนแรง 9 ราย (45.00%) ส่วนกิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางพบว่ากายภาพบำบัด 21 ราย (100.0%) การให้สารน้ำ 14 ราย (66.70%) การควบคุมความดันโลหิต 4 ราย (19.04%) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 2 ราย (9.50%) และให้ยาอื่นๆ 1 ราย (4.80) ตามลำดับ และผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนปี พ.ศ.2564 Refer 3 ราย Alteration of conscious on ETT-Recurrent stroke = 1-pneumonia on ETT = 1 ปี พ.ศ.2564 มีภาวะแทรกซ้อน Pneumonia 1 ราย ปี พ.ศ.2565 Refer 1 ราย Pneumonia with Respiratory failure on ET-tube ภาวะ Pneumonia 1 ราย ตามลำดับ

3. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ (1) การลงทะเบียนรับส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการ/จากชุมชน โดยการตรวจร่างกายและสั่งการบำบัดรักษาโดยแพทย์ (Physical examination and ordering treatment) (2) รับเข้าห้องสหรักษ์ฟื้นฟู พยาบาลวิชาชีพประเมินผู้ป่วย/ครอบครัว (Patients/families of assessment) (3) วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการผู้ป่วยและญาติรวมทั้งส่งข้อมูลประสานทีมสหสาขาวิชาชีพทางแอพลิเคชั่นไลน์/โทรศัพท์ (Analyze problems and needs of patients and relatives) (4) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการกำหนดเป้าหมายการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ (Care and rehabilitation to set goals) (5) วางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนภาวะแทรกซ้อนและ (Nursing care plan) (6) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนการปฏิบัติดูแลตนเองก่อนจำหน่าย จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องนำไปใช้ที่บ้าน (ถ้ามี) ประสานงานการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Assess readiness of patients and families) และ (7) จำหน่ายผู้ป่วย (Discharge patients)

4. ผลการประเมินรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางมีคะแนนความแตกต่างความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living = ADL) เพิ่มขึ้นจาก 14.23 คะแนนเป็น 17.76 คะแนนเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.20 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบอัตราการ Re-Admit ด้วยภาวะแทรกซ้อนภายใน 28 วันในปี พ.ศ.2565 กับผลการดำเนินงานตามโครงการฯ พบว่า ลดลงคิดเป็นร้อยละ 200.00 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของคะแนน Barthel Index ก่อนและหลังการพัฒนา (N=21)

	N	μ(σ)	Percentage difference
คะแนน Barthel Index			
ก่อนการพัฒนา	21	14.23(±4.96)	+22.20
หลังการพัฒนา	21	17.76(±3.74)	

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอัตราการ Re-Admit ด้วยภาวะแทรกซ้อนภายใน 28 วันระหว่างในปี พ.ศ.2565 กับผลการดำเนินงานตามโครงการฯ ปี พ.ศ.2566

ปีดำเนินการ พ.ศ.	N	อัตรา Re-Admit	Percentage difference
2565	66	1(1.52)	-200.00
2566	21	0(0.00%)	

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ปัญหาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง พบว่า ปัญหาความบกพร่องทางร่างกายส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย การกลืน การพูด แขนขาซ้ายอ่อนแรง และแขนขาขวาอ่อนแรง และกิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางได้รับ ได้แก่ กายภาพบำบัด การให้สารน้ำ การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และให้ยาอื่นๆ ตามลำดับและผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนปี พ.ศ.2564 Refer 3 ราย Alteration of conscious on ETT-Recurrent stroke = 1-pneumonia on ETT = 1 ปี พ.ศ.2564 มีภาวะแทรกซ้อน Pneumonia 1 ราย ปีพ.ศ.2565 Refer 1 ราย Pneumonia with Respiratory failure on ET-tube ภาวะPneumonia 1 ราย ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเข้าสู่ระยะกลาง (Intermediate care) จากโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสิรินธร และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ การวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่ระยะกลาง (Intermediate care) เพื่อมาดูแลรักษาต่อ และเตรียมการวางแผนจำหน่าย จำนวน 17,15 และ 17 คน ในปี พ.ศ.2560, 2561 และ 2562 ตามลำดับ และพบว่ามีผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยอาการแทรกซ้อน จำนวน 3, 4 และ 2 คน ในปี พ.ศ.2560, 2561 และ 2562 ตามลำดับ[16] และจากการสังเกตและสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางก่อนการศึกษา พบว่า ขาดการวางแผนการดูแลร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ไม่มีแนวทางปฏิบัติหรือกำหนดบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนไม่มีแนวทางสื่อสารระหว่างทีมที่ชัดเจน และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติพบปัญหาที่สำคัญ คือขาดการค้นหาผู้ดูแลหลักเพื่อให้ความรู้ คำแนะนำเฉพาะโรค และการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองต่อเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านอาจทำให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองที่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และจากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยพบว่า ยังไม่มีทีมหรือเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ หรือแนวทางการสื่อสารในการดูแลและส่งต่อข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยไปยัง PCU และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ปัญหาการดูแลต่อเนื่องยังไม่ครอบคลุมทุกราย การสื่อสารส่งต่อข้อมูลในทีมสหวิชาชีพและในเครือข่าย และขาดความต่อเนื่องในการเยี่ยมบ้าน[17]

2. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะระยะกลางครั้งนี้ พบผลเช่นเดียวกับการวางแผนจำหน่ายตามหลัก DMETHOD ที่มีการเตรียมจำหน่ายครอบคลุมทุกรายโดยมีรายละเอียดการเตรียมจำหน่ายดังนี้ คือ D แพทย์ได้ให้ข้อมูลเรื่องการวินิจฉัยโรค อาการ การพยากรณ์โรคและให้คำแนะนำแนวทางการรักษาโรค M แพทย์และเภสัชกรได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับและใช้รักษาขณะอยู่ในโรงพยาบาล และกลับบ้าน ให้คำแนะนำการออกฤทธิ์ของยาที่ใช้รักษาและการออกฤทธิ์ข้างเคียง E พยาบาลต้องประเมินความพร้อมทั้งด้านเครื่องมืออุปกรณ์ ที่ผู้ป่วยต้องได้รับ ประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อรองรับการจำหน่ายเมื่อไปอยู่ที่บ้าน รวมทั้งประเมินด้านค่าใช้จ่ายของครอบครัวเพื่อให้การช่วยเหลือดูแลเบื้องต้น T แพทย์และพยาบาลมีการประเมินผู้ป่วยแรกรับ การวางแผนดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์เพียงพอต่อการตัดสินใจวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ โดยมีการประเมินเป็นระยะๆ ระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาล H พยาบาลและนักกายภาพบำบัดได้ประเมิน ADL และ MRS แรกรับ และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะสุขภาพว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพเอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ O แพทย์และพยาบาลมีการนัดมาโรงพยาบาลเพื่อติดตามประเมินผลการดูแลต่อเนื่องการเยี่ยมบ้าน และวางแผนวันจำหน่ายกลับบ้านโดยผู้ป่วยและญาติสามารถตัดสินใจร่วมกับแพทย์ในการวางแผนการรักษาได้ทุกเมื่อ และทีมสหสาขาได้กำหนดเกณฑ์ในการจำหน่ายร่วมกันกับมาตรฐานการรักษาและตามความพร้อมด้านร่างกายและตามผลการประเมินการวางแผนจำหน่าย และ D โภชนากรประเมินภาวะโภชนาการระหว่างการเตรียมจำหน่าย แรกรับจะมีการประเมินความต้องการด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่จำเป็นและเพียงพอ และมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมตามสถานะสุขภาพของผู้ป่วย[16]; รูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเครื่องมือในการดำเนินการตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ ได้แก่ (1) แผนการสอนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (2) แผนการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติผู้ดูแล (3) คลิปการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาโดยสถาบันประสาท และเขตบริการสุขภาพที่ 7 และ (1) คู่มือโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วย[18]; รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านประกอบด้วยขั้นตอนการรับผู้ป่วย การกำหนดวิธีการเยี่ยม การดำเนินงานของทีมเยี่ยม และการลงแบบบันทึก[17]

3. ผลการประเมินรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านหลังการได้รับดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการได้รับดูแลต่อเนื่องที่บ้าน[17] และสอดคล้องกับผลการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล คือ 5.97 วัน ซึ่งสั้นกว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบในปี พ.ศ.2546 ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 8.07 วัน และค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาของผู้ป่วยคิดเป็น 7,795.29 บาทต่อคน ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ.2546 ซึ่งเท่ากับ 8,277.61 บาทต่อคน ส่วนผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ทีมสหวิชาชีพเกิดความตระหนัก เข้าใจและรู้สึกว่าได้ดูแลผู้ป่วยโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จากการสัมภาษณ์และการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาล พบว่า พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความมั่นใจต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นทีมสหวิชาชีพท่านหนึ่งกล่าวว่า “รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นสิ่งที่ดี เพราะทำให้ได้ดูแลผู้ป่วยได้ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น รู้สึกมั่นใจขึ้น” พยาบาลเยี่ยมบ้านบอกว่า “รูปแบบนี้ทำให้มีการประสานงานจากเจ้าหน้าที่ Ward พยาบาลเยี่ยมบ้านก็จะขึ้นไปศึกษา Chart ร่วมรับฟัง

รายงานอาการและไปดูคนไข้ที่เตียงด้วย.... ส่วนใหญ่คนไข้ก็พึงพอใจ อยากให้ไปเยี่ยม.... “แพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า “ผมว่าผู้ป่วยได้รับบริการดีขึ้น เครียดน้อยลง ผมคิดว่าทุกคนร่วมมือกันดี” ผู้ป่วยได้เสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกล่าวว่า “อยากให้โรงพยาบาลมีผู้ให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง ถ้าผมมีปัญหา ผมจะได้โทรศัพท์มาถามได้โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล”[19]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงรวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายควรเริ่มต้นทันทีที่ทราบแนวทางการรักษา จึงเปรียบเสมือนแผนการฟื้นฟูสภาพและแผนการให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล รวมถึงแผนการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจจะต้องเกิดขึ้น รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับการทำให้หัตถการต่างๆ เกี่ยวกับการจำหน่ายสมบูรณ์ เช่น การตรวจสอบเรื่องยา เป็นต้น[20] หรือทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็น ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการเปลี่ยนผ่านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลตามแนวคิดของเนเลอร์และคณะ[21] เป็นดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และเกี่ยวกับการดูแลของพยาบาลและแบบของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านให้แนวทางการดูแลที่ทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อผลกระทบของความเจ็บป่วยผู้ป่วยมีความทนในการทำกิจกรรมของร่างกาย และสามารถปรับกับปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ และให้ความสำคัญในการให้ความรู้ และฝึกทักษะเพื่อเตรียมความพร้อมแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการจัดการความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยและการปรับตัวในขณะที่ทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้านและสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านจึงประกอบระยะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล โดยมีการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแผนการดูแล (Care Map) ก่อนจำหน่าย เป็นการเตรียมความพร้อมสู่การรับบทบาทของญาติผู้ดูแลเบื้องต้น การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองของญาติจากนั้นเป็นระยะที่ผู้ป่วยได้ออกจากโรงพยาบาลจะมีการติดตามเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และทางแอฟพลิเคชั่นไลน์เพื่อประเมินอาการและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเรื่องการฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ การฟื้นฟูสภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นเนื่องจากจะช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของสมองและกล้ามเนื้อลดความพิการซ้ำซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงานและเข้าสังคม เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้รู้จักดูแลตนเองตลอดจนการประคับประคองและการดูแลด้านอารมณ์นั้น พยาบาลจะต้องประเมินความจำเป็นในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้อย่างรอบคอบจะต้องวางแผนการช่วยเหลือร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งตนเองเท่าที่จะสามารถจะกระทำได้เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต[22] จากการที่ผู้จัดทำรายงานได้ทำการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษานั้นได้ทราบประเด็นปัญหาใหญ่ 8 ข้อ ซึ่งแต่ละปัญหายังต้องการ การแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต้องมีความชำนาญในการประเมินผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคพยาธิสรีระของโรคการตรวจวินิจฉัยโรคการพยากรณ์โรคเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอย่างเหมาะสมการฟื้นฟูสมรรถภาพจะสำเร็จได้ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมและบุคคลสำคัญอื่นๆ ร่วมกับการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับจนถึงวันจำหน่ายตามรูปแบบ DMETHOD และการดูแลหลังการจำหน่ายตามแนวทางการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยทีมสุภาพ (Home Health Care) ดังนั้นแพทย์พยาบาล

และเจ้าหน้าที่อื่นๆ จะต้องวางแผนและกระทำร่วมกันเป็นทีม เพื่อช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรคและช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ที่บ้านโดยใช้ความสามารถของตนเองให้ได้มากที่สุดและลดการที่จะต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยแม้ว่าโรคของผู้ป่วยจะไม่หายขาดแต่สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ป่วยและญาติ (1) การมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากโรคสมองขาดเลือดเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน สิ่งที่สำคัญ คือ การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามความก้าวหน้าของโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยและญาติรวมทั้งป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และ (2) การให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา ทั้งนี้ผู้ป่วยและญาติต้องให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง เมื่อเกิดข้อคับข้องใจให้สอบถาม เพื่อการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ถูกต้องป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาหรือเกิดได้ช้าลง

ข้อเสนอแนะสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล (1) มีการจัดแบ่งหน้าที่แก่เจ้าหน้าที่ที่ดูแลรักษาโดยต้องคอยให้คำแนะนำปรึกษาตอบข้อซักถามและนัดผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งต่อไปเมื่อแพทย์ได้จำหน่ายผู้ป่วย (2) การจัดเตรียมอุปกรณ์และของเครื่องใช้ต้องจัดเตรียมและตรวจสอบเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมอยู่เสมอ เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทีในภาวะฉุกเฉิน (3) การให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติต้องมีความรู้และเข้าใจในเรื่องที่จะต้องดูแลผู้ป่วย (4) เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและโรคได้การสอนผู้ป่วยและญาติให้มีความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตนเป็นสิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ได้ถูกต้องเพื่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อยลง จะช่วยยืดอายุขัยของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น รวมถึงสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และ (5) การดูแลสภาพจิตใจ โดยมีการให้คำปรึกษาจากพยาบาลจิตเวช เนื่องจากโรคสมองขาดเลือด มีพยาธิสภาพของโรคที่ต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอด ทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อขาดกำลังใจและสิ้นเปลืองทรัพย์สิน ประกอบกับเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จะทำให้เกิดความวิตกกังวลสูง ดังนั้น แพทย์ พยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องควรอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงอาการพยาธิสภาพของโรควิธีการรักษาให้กำลังใจ เพื่อความร่วมมือในการรักษาตลอดจนช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติควบคุม

เอกสารอ้างอิง

1. ทีมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง. คู่มือระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น PNC : Provincial Healthcare Network Certification; 2562.
2. World Health Organization. Stroke Cerebrovascular accident health topic [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 21]. Available from: http://www. who. int./topics/cerebrovascular_accident/en/
3. National Stroke Association 2017. Effects of stroke [Internet]. 2017 [cited 2023 Oct 21]. Available from: http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=effects
4. Wang Y, Yang F, Shi H, Yang C, Hu H. What Type of Transitional Care Effectively Reduced Mortality and Improved ADL of Stroke Patients? A Meta- Analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017;14(5):510-18.
5. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 18 14 - 17 มีนาคม 2560 ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี. นนทบุรี: บริษัทหนังสือดีวัน จำกัด; 2560.
6. โรงพยาบาลธัชบุรี. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ประจำปี พ.ศ.2565. ร้อยเอ็ด; 2565.

7. Farahvar A, Gerber L M, Chiu Y L, Carney N, Hartl R, Ghajar J. Increased mortality in patients with severe traumatic brain injury treated without intracranial pressure monitoring. Journal of Neurosurgery. 2012;117(4):729-34.
8. Li J, Zhang P, Wu S, Wang Y, Zhou J, Yi X, et al. Stroke-related complications in large hemisphere infarction: incidence and influence on unfavorable outcome. Therapeutic Advances in Neurological Disorders. 2019;12(3):224-35.
9. Kishore A K, Vail A, Jeans A R, Chamorro A, Di Napoli M, Kalra L, et al. Microbiological etiologies of pneumonia complicating stroke: a systematic review. 2018;49(7):1602-9.
10. Yan T, Liu C, Li Y, Xiao W, Li Y, Wang S. Prevalence and predictive factors of urinary tract infection among patients with stroke: a meta-analysis. American Journal of Infection Control. 2018;46(4):402-9.
11. Suri M F K, Qureshi A I. Readmission within 1 month of discharge among patients with acute ischemic stroke: results of the University Health System Consortium Stroke Benchmarking study. Journal of Vascular and Interventional Neurology. 2013;6(2):47.
12. Bravata D M, Ho S Y, Meehan T P, Brass L M, Concato J. Readmission and death after hospitalization for acute ischemic stroke: 5-year follow-up in the medicare population. 2015;38(6):1899-904.
13. Tsai P C, Yip P K, Tai J J, Lou M F. Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. Patient Preference and Adherence. 2015;9(3); 449.
14. Camicia M, Lutz B J, Markoff N, Catlin A. Determining the needs of family caregivers of stroke patients during inpatient rehabilitation using interview, art, and survey. Rehabilitation Nursing Journal. 2019;44(6):328-37.
15. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
16. นันทิยา ภูงาม, ขนิษฐา ทาพรมมา. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565;7(4):1-14.
17. ธนัชญา พูนวศิน, เอมอร อาภรณ์รัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566;4(2):126-36.
18. คนึงนิจ ศรีษะโคตร, พจนีย์ ขูลีลัง, เบญจพร เองวานิช, บุญมี ชุมพล, สุวัลยา ศรีรักษา. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสภาการพยาบาล. 2565;37(3): 20-43.
19. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์, ศรัณยา โฆสิตะมงคล. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ. วารสารพยาบาล. 2554; 60(3):29-35.
20. Foust J B. Discharge Planning as Part of daily Nursing Practice. Applied Nursing Research. 2007:20(1):72-7.
21. Naylor M D, Brooten D A, Campbell R L, Maislin G, McCauley K M, Schwartz J S. Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure: a Randomized, Controlled Trial. J Am Geriatr Soc. 2004;52(5):675-84.

22. กชพร ชอบนิทัศน์. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รพ. แมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด
Development of Health care system for patients Diabetes Types 2 in Srisomdet district, Roi-Et

จันทร์ศรี เหลือผล* นิติพร หานนท์**
Chunsri Luaplon, Nitiporn Hanon
Corresponding author: E-mail: Chunsri101@yahoo.com
(Received: December 3, 2023; Revised: December 11, 2023; Accepted: January 11, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ 12 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 30 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 30 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ 1 เมษายน 2566 ถึง 31 ตุลาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรอบรู้ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับรู้จัก (63.33%) 2) ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย (1) การคัดกรองผู้ป่วย (2) การประเมินความรอบรู้ และ (3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) ผลลัพธ์การดำเนินงานพบว่า หลังพัฒนามีความรอบรู้สุขภาพแตกต่างจากก่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 8 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ 2) ด้านการอ่านศัพท์พื้นฐาน 3) ด้านความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข 4) ด้านความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ 5) ด้านความรู้ความเข้าใจ 6) ด้านการปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ 7) ด้านการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต และ 8) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p<.001$, $p<.001$, $p<.001$, $p<.001$, $p<001$, $p=.004$, $p=.022$ และ $p<.001$) ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้น ควรส่งเสริมความรอบรู้ให้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพัฒนา; การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

*, ** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ

ABSTRACT

Purposes : To Development of Health care system for patients Diabetes Types 2 in Srisomdet district.

Study Design : Action Research

Materials and Methods : 12 of key informants were a multidisciplinary group of people, 30 of diabetes mellitus and 30 of caregivers with diabetes. The research were conducted from April 2023 to October 2023. Data were collected using a knowledge test. And analysed the data using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

Main findings : 1) Type 2 diabetes mellitus had known level of health literacy (63.33%). 2) The diabetes care system consists of (1) patient screening, (2) knowledge assessment, and (3) behaviour modification health, and 3) operational results found that after development, health literacy was different from before development of care system for type 2 diabetes mellitus patients in all 8 aspect 1) the need for help with health information, 2) the aspect of reading basic vocabulary, 3) the aspect of reading ability. and understanding numbers 4) ability to access or seek health information 5) knowledge and understanding 6) practice when asked various questions 7) correct decision in future practice or conditions of use life and 8) health literacy level ($p<.001$, $p<.001$, $p<.001$, $p<.001$, $p<001$, $p=.004$, $p=.022$ and $p<.001$), respectively.

Conclusion and recommendations : The results of this research resulted in patients being able to control their blood sugar levels better and reduce complications. Therefore, knowledge should be promoted to patients, continuously.

Keywords : Development; Health care system for patients diabetes types 2

*, ** Registered Nurse Professional Level, Srisomdet Hospital

บทนำ

โรคเบาหวานจัดเป็นโรคไม่ติดต่อแบบเรื้อรัง เป็นโรคที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินกว่าค่าปกติ โดยเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนที่ทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยกว่าปกติ เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่เต็มที่ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ.2565 พบว่าทั่วโลกมีผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 537 ล้านคน เสียชีวิต 6.7 ล้านคน และในอีก 10 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 100 ล้านคน[1] สำหรับในประเทศไทยนั้นพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียนเป็นจำนวน 3.30 ล้านคน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 3 แสนคน ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[2] เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ส่งผลให้มีอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด[2] ซึ่งจะเห็นได้ว่าจากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มมากขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจในด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นการที่ต้องใช้เวลาการรักษาโรคเบาหวานด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการที่สังคมและครอบครัวจะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นโรคแทรกซ้อนที่เพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่พบว่ามีอัตราป่วย อัตราตายและการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ที่เพิ่มขึ้น สำหรับในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยโรคเบาหวานตั้งแต่ปี พ.ศ.2564-2566 จำนวน 1,900 คน, 2,016 คน และ 2,176 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาทางไตและทางหลอดเลือดแดง ร้อยละ 2.74, 2.88 และ 2.20 ตามลำดับ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 20.25 โดยจากการทบทวนประวัติการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ปัญหาที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มี 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การไม่ควบคุมในการรับประทานอาหาร การทานข้าวเหนียวเป็นหลัก เนื่องจากมีอาการหิวบ่อย 2) การไม่รับประทานยาแพทย์สั่งเนื่องจากมียาที่ต้องรับประทานจำนวนมากและเกิดผลข้างเคียงต่อการรับประทานยา 3) การมีภาวะเครียด ไม่สบายใจกับเหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้น การไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ รวมถึงการที่เป็นโรคมานาน ทำให้ท้อถอยต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปตามเกณฑ์ นอกจากนั้นปัญหาอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ การไม่เคลื่อนไหวทางกาย ขาดการออกกำลังกาย ซึ่งการไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาและทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้น การสร้างระบบการดำเนินงานที่ดีจะทำให้เกิดแนวทางที่ที่มีประสิทธิภาพที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จยังไม่มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับบริบทและเป้าหมายในการรักษา ซึ่งรูปแบบในการให้บริการในปัจจุบัน ได้แก่ แพทย์ทำการรักษา ให้คำแนะนำหลังตรวจ ผู้ป่วยรับยากับเภสัชกร และกลับบ้าน ดังนั้นในฐานะของพยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสมเด็จ จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยกระบวนการ PAOR ของ Kemmis and McTaggart[3] มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อเป็นการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพให้กับกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมบุคลากรทางการแพทย์ เกิดการดำเนินงานที่ดีในการดูแลรักษาและควบคุมโรคเบาหวาน โดยการร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหา การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนปฏิบัติการ การสังเกตผลของการดำเนินงาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ด้วยกระบวนการการมีส่วนร่วมให้กับพื้นที่ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการรักษาและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยร่วมกับผู้ร่วมวิจัยในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผล และร่วมสะท้อนผลตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[3] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวาน 30 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย 30 คน และบุคลากรทางการแพทย์ 12 คน รวมทั้งหมด 72 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบวัดระดับความรู้แจ้งแตกฉานสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (ความรอบรู้) ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล[4] 2) แบบสอบถามเชิงลึกในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน[5] 3) แนวคำถามในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับสหวิชาชีพ[5]

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนาในการนำเสนอข้อมูลทั่วไป ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ก่อนและหลังการดำเนินงาน ได้แก่ Wilcoxon sign ranks test และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0962565

กระบวนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย เป็นระยะเตรียมความพร้อมทุกอย่างของงานวิจัย ได้แก่ 1) การศึกษาข้อมูลงานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย 2) ศึกษาข้อมูลบริบทในพื้นที่ 3) การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง และ 4) การนำเสนอโครงการวิจัยแก่สหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย เป็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการศึกษาถึงบริบทหรือสถานการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเดิม ทำให้ทราบข้อมูลรูปแบบที่ดำเนินการในปัจจุบัน ปัญหาที่เกิดขึ้น สิ่งที่ควรพัฒนาต่อไป การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยและแต่งตั้งคณะทำงาน การทำความเข้าใจและศึกษาระดับความรอบรู้สุขภาพ รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาของการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การนัดหมายและทำการประสานงานเพื่อทำการประชุมชี้แจงการวางแผนงานในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นและการจัดทำแผนปฏิบัติการร่างโครงการที่จะจัดทำเพื่อพัฒนางานและการจัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) เป็นการนำแผนที่สหวิชาชีพร่วมกันออกแบบลงสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาความรอบรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยออกแบบรูปแบบในการพัฒนางาน โดยการสร้างกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) โครงการผู้ดูแลดีคุมเบาหวานดี เป็นกิจกรรมที่ให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในประเด็นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการให้ผู้ดูแลเป็นส่วนร่วมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และการสัมภาษณ์เชิงลึก

ร่วมกับการกระตุ้นและร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวให้ถูกต้องและปลอดภัย 2) โครงการตระหนักรู้โรคเบาหวาน เป็นกิจกรรมที่ให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมในการทำวิจัย โดยการวัดความรอบรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การรับประทานยา และภาวะแทรกซ้อน และ 3) โครงการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน เป็นกิจกรรมที่สร้างแกนนำ อสม. ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อร่วมดูแลสุขภาพให้กับผู้ป่วยเบาหวาน และการประสานการรายงานผลต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Observe) เป็นการสังเกตทุกกิจกรรมที่ดำเนินการร่วมกับการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติ (Reflect) เป็นขั้นตอนของการประเมิน ติดตาม และสรุปผล เพื่อวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้น เพื่อนำผลการดำเนินการที่ได้สู่การพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขใหม่ต่อไป และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประเมินปัญหาและอุปสรรค และปัจจัยสำเร็จ

ระยะที่ 3 การสรุปและประเมินผลวิจัย เป็นการสรุปติดตามและประเมินผลในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพิจารณาจากตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) และระดับความรอบรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการสะท้อนข้อมูลต่อการพัฒนาในวงจรต่อไปให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามกระบวนการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัย ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (Patients care team : PCT) ซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ X-ray ได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบปัญหาที่สำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การไม่ควบคุมในการรับประทานอาหาร การทานข้าวเหนียวเป็นหลัก เนื่องจากมีอาการหิวบ่อย 2) การไม่รับประทานยาแพทย์สั่ง เนื่องจากมียาที่ต้องรับประทานจำนวนมากและเกิดผลข้างเคียงต่อการรับประทานยา และ 3) การมีภาวะเครียด ไม่สบายใจกับเหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้น การไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ รวมถึงการที่เป็นโรคมานาน ทำให้ท้อถอยต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปตามเกณฑ์ โดยข้อสรุปจากการประชุมทบทวนร่วมกัน พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นปัญหาในด้านพฤติกรรม ซึ่งจะต้องมีการปรับเปลี่ยน และสร้างแนวทางที่มีประสิทธิภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดีและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยร่วมกับสหวิชาชีพได้ดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 จำนวน 1 วงรอบ จนได้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดที่เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ได้จริง 3 ขั้นตอน คือ 1) การคัดกรองผู้ป่วย (2) กาประเมินความรอบรู้ และ (3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เมื่อนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นนำลงสู่การปฏิบัติ พบว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างสะดวกและเป็นระบบที่ชัดเจนขึ้นกว่าเดิม โดยพยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวาน (DM manager) จะทำการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำการประเมินความรอบรู้และวัดพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และติดตามผลการรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานที่สำคัญ ได้แก่ ระดับ HbA1C, FBS, น้ำหนัก และเส้นรอบเอว ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ถูกคัดเลือกและยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการตระหนักรู้โรคเบาหวาน ซึ่งจะได้รับกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการเรียนรู้ศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ โดยการฝึกให้กลุ่มตัวอย่างสามารถ

อ่านและเข้าใจศัพท์พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน 2) กิจกรรมการอ่านและเข้าใจตัวเลขเป็นกิจกรรมการบรรยาย อภิปรายกลุ่ม การนำเสนอกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจตัวเลขค่าต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน 3) กิจกรรมส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เป็นการบรรยายและอภิปรายเกี่ยวกับระบบสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และศึกษากรณีตัวอย่าง 4) กิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในด้านโภชนาการที่ดีสู่เบาหวานควบคุมได้และการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย 5) กิจกรรมการปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหา เป็นการสาธิต ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์ที่กำหนดขึ้น 6) กิจกรรมการส่งเสริมการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติเป็นการนำเสนอโดยบุคคลต้นแบบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี การทำกรณีศึกษาเหตุการณ์สมมติที่เกี่ยวกับการตัดสินใจในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ 7) กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 3อ.2ส. เป็นกิจกรรมการปฏิบัติการออกกำลังกายสู้ภัยเบาหวาน กิจกรรมรักษาใจและการทำสมาธิบำบัดโรค กิจกรรมส่งเสริมความรู้ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานตามโครงการโครงการผู้ดูแลดี คุมเบาหวานดี และกิจกรรมตามโครงการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อติดตามและหนุนเสริม ให้กำลังใจโดยอาสาสมัครทางด้านสาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินผลระบบที่พัฒนาขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นวางแผน ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพวางแผนพัฒนาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน 2) ขั้นปฏิบัติทำการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[3] ทำการศึกษาปัญหาของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง และจัดทำเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยกระบวนการสร้างความตระหนักรู้ และนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง 3) ขั้นสังเกตการณ์และบันทึกผล ทำการสังเกตในการปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น สรุปบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และ 4) ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ ทำการประเมินและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้น โดยการติดตามจากผลการรักษาที่สำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับ HbA1C, FBS, น้ำหนัก, เส้นรอบเอว และความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบ โดยทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน มีดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (53.33%) อายุระหว่าง 60-70 ปี (36.67%) สถานภาพสม/คู่ (93.33%) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (73.33%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (53.33%)

2) ผลการศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพรายด้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คนเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า 1) ด้านความต้องการความช่วยเหลือในด้านการอ่านเอกสารข้อมูลสุขภาพและต้องการความช่วยเหลือในการกรอกข้อมูล เมื่อมาติดต่อรับการรักษาจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขอื่นๆ ส่วนใหญ่มีความสามารถในระดับรู้จัก (ต้องการความช่วยเหลือในการอ่านและกรอกข้อมูล) (56.67%) 2) ด้านการอ่านศัพท์พื้นฐาน ความสามารถในการอ่านศัพท์พื้นฐาน ระดับรู้จัก (96.67%) 3) ด้านความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข ความสามารถระดับรู้จัก (70.00%) 4) ด้านความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพระดับรู้จัก (63.33%) 5) ด้านความรู้ ความเข้าใจ ระดับรู้จัก (53.33%) 6) ด้านการปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ ระดับรู้แจ้ง (60.00%) และ 7) ด้านการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต ระดับรู้แจ้ง (90.00%) และเมื่อนำผลรวมระดับความรอบรู้ทางสุขภาพรายด้านมารวมกัน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับ รู้จัก หรือ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (คะแนนรวมรายด้านเฉพาะโรคเบาหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 176 คะแนน) (63.33%) และระดับรู้แจ้งหรือมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (คะแนนรวมรายด้านเฉพาะโรคเบาหวานอยู่ระหว่าง 177-234 คะแนน) (36.67%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้สุขภาพรายด้านในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด (n=30)

ระดับความรอบรู้สุขภาพรายด้าน	จำนวน(ร้อยละ)
ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ	
รู้จัก	17(56.67)
รู้แจ้ง	13(43.33)
ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ	
รู้จัก	17(56.67)
รู้แจ้ง	13(43.33)
การอ่านศัพท์พื้นฐาน	
รู้จัก	29(96.67)
รู้แจ้ง	1(3.33)
ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข	
รู้จัก	21(70.00)
รู้แจ้ง	9(30.00)
ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ	
รู้จัก	19(63.33)
รู้แจ้ง	11(36.67)
ความรู้ ความเข้าใจ	
รู้จัก	16(53.33)
รู้แจ้ง	14(46.67)
การปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ	
รู้จัก	12(40.00)
รู้แจ้ง	18(60.00)
การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต	
รู้จัก	3(10.00)
รู้แจ้ง	27(90.00)
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
รู้จัก	19(63.33)
รู้แจ้ง	11(36.67)

3. หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับความรอบรู้สุขภาพแตกต่างจากก่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 8 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ 2) ด้านการอ่านศัพท์พื้นฐาน 3) ด้านความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข 4) ด้านความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ 5) ด้านความรู้ความเข้าใจ 6) ด้านการปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ 7) การตัดสินใจ

ที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต และ 8) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (p<.001, p<.001, p<.001, p=.004, p=.022 และ p<.001) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความรอบรู้สุขภาพรายด้านในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ระดับความรอบรู้สุขภาพรายด้าน	Mean Rank	Z	p
ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ			
ก่อนการทดลอง	0.00	-3.88	<.001
หลังการทดลอง	9.00		
การอ่านศัพท์พื้นฐาน			
ก่อนการทดลอง	0.00	-4.54	<.001
หลังการทดลอง	14.00		
ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข			
ก่อนการทดลอง	3.00	-3.73	<.001
หลังการทดลอง	9.88		
ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ			
ก่อนการทดลอง	0.00	-4.36	<.001
หลังการทดลอง	10.00		
ความรู้ ความเข้าใจ			
ก่อนการทดลอง	6.90	-3.58	<.001
หลังการทดลอง	15.07		
การปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ			
ก่อนการทดลอง	8.67	-2.85	.004
หลังการทดลอง	17.26		
การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต			
ก่อนการทดลอง	7.33	-2.30	.022
หลังการทดลอง	11.86		
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
ก่อนการทดลอง	1.50	-4.64	<.001
หลังการทดลอง	16.00		

*ใช้การวิเคราะห์ด้วย Wilcoxon sign ranks test

4. ผลการวัดระดับผลลัพธ์การปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. หรือเรียกว่า ระดับความแตกฉาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความแตกฉานหรือปฏิบัติทุกพฤติกรรม 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป มีจำนวนหลังการทดลองที่เพิ่มมากขึ้น โดยก่อนการทดลองผู้ที่ปฏิบัติระดับแตกฉาน มีจำนวนร้อยละ 26.67 และหลังการทดลองมีการปฏิบัติแตกฉานที่เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนร้อยละ 86.67 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติในระดับไม่แตกฉานหรือปฏิบัติทุกพฤติกรรมน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไปเพียงบางพฤติกรรม หลังการทดลองกลุ่มที่มีระดับไม่แตกฉานมีจำนวนลดลง โดยก่อนการทดลองมีการปฏิบัติที่ไม่แตกฉานจำนวนร้อยละ 73.33 และหลังการทดลองมีการปฏิบัติที่ไม่แตกฉาน จำนวนร้อยละ 13.33 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับผลลัพธ์การปฏิบัติ พฤติกรรม 3อ.2ส. (ความแตกฉาน) (n=30)

การปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส.	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับแตกฉาน (ปฏิบัติทุกพฤติกรรม 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป)	
ก่อนการทดลอง	8(26.67)
หลังการทดลอง	26(86.67)
ระดับไม่แตกฉาน (ปฏิบัติทุกพฤติกรรมน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไปเพียงบางพฤติกรรม)	
ก่อนการทดลอง	22(73.33)
หลังการทดลอง	4(13.33)

5. ผลการจำแนกระดับความรู้แจ้งแตกฉาน ซึ่งเป็นการนำคะแนนของระดับความรอบรู้ และความแตกฉานมาวิเคราะห์ร่วมกัน ซึ่งพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 66.67 มีระดับความรู้แจ้งแตกฉานสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.67 เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 66.67 ระดับความไม่รู้แจ้งแต่แตกฉาน มีค่าเท่ากันระหว่างก่อนและหลังการทดลอง คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ระดับความรู้แจ้ง แต่ไม่แตกฉาน หลังการทดลองมีค่าลดลง จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 6.67 และระดับความไม่รู้แจ้งไม่แตกฉาน หลังการทดลองมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างลดลงจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.33 เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 6.67 ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความรู้แจ้งแตกฉาน (n=30)

ระดับความรู้แจ้งแตกฉาน	จำนวน(ร้อยละ)
รู้แจ้งแตกฉานสูง (คะแนนรู้แจ้ง ≥ 75%+ระดับแตกฉาน)	
ก่อนการทดลอง	2(6.67)
หลังการทดลอง	20(66.67)
ไม่รู้แจ้งแต่แตกฉาน (คะแนนรู้จัก < 75%+ระดับแตกฉาน)	
ก่อนการทดลอง	6(20.00)
หลังการทดลอง	6(20.00)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ระดับความรู้แจ้งแตกฉาน	จำนวน(ร้อยละ)
รู้แจ้ง แต่ไม่แตกฉาน (คะแนนรู้แจ้ง ≥ 75%+ระดับไม่แตกฉาน)	
ก่อนการทดลอง	3(10.00)
หลังการทดลอง	2(6.67)
ไม่รู้แจ้ง ไม่แตกฉาน (คะแนนรู้จัก < 75%+ระดับไม่แตกฉาน)	
ก่อนการทดลอง	19(63.33)
หลังการทดลอง	2(6.67)

6. ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำการการเก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) หลังการทดลองลดลง (p<.001) จากค่าเฉลี่ย 8.40±1.70 เป็นค่า 6.38±0.62; ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) หลังการทดลอง (p=.001) จากค่าเฉลี่ย 163.20±56.56 เป็นค่า 123.13±27.39; น้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างลดลง (p<.001) จากค่าเฉลี่ย 67.94±8.41 เป็นค่า 64.29±7.37; เส้นรอบเอวของกลุ่มตัวอย่าง ลดลง (p<.005) จากค่าเฉลี่ย 84.29±9.40 เป็นค่า 79.97±6.60; ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้น (p<.001) จากค่าเฉลี่ยคะแนน 23.50±3.99 เป็นค่า 31.37±3.55 และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้น (p<.001) จากค่าเฉลี่ยคะแนน 160.27±20.56 เป็นค่าเฉลี่ยคะแนน 196.87±16.22 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้ำหนักตัวเส้นรอบเอว พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=30)

ระดับความรอบรู้สุขภาพรายด้าน	Mean(SD.)	p
ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c)		
ก่อนการทดลอง	8.40(1.70)	<.001
หลังการทดลอง	6.38(0.62)	
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)		
ก่อนการทดลอง	163.20(56.56)	.001
หลังการทดลอง	123.13(27.39)	
น้ำหนักตัว		
ก่อนการทดลอง	67.94(8.41)	<.001
หลังการทดลอง	64.29(7.37)	

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ระดับความรอบรู้สุขภาพรายด้าน	Mean(SD.)	p
เส้นรอบเอว		
ก่อนการทดลอง	84.29(9.40)	<.001
หลังการทดลอง	79.97(6.60)	
พฤติกรรมสุขภาพ		
ก่อนการทดลอง	23.50(3.99)	<.001
หลังการทดลอง	31.37(3.55)	
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
ก่อนการทดลอง	160.27(20.56)	.003
หลังการทดลอง	196.87(16.22)	

วิจารณ์

การศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดในครั้งนี้ ดำเนินการตามขั้นตอนกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[3] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งพบว่า เมื่อทำการพัฒนาระบบและนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากเป็นการพัฒนาระบบการดำเนินงานที่อาศัยความร่วมมือของเครือข่ายชุมชน ซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพ แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในการร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน การประสานงาน และการออกแบบและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวศิน ทองทรงกฤษณ์ ในการศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์[6] ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยกระบวนการการสร้างความตระหนักรู้จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง การจัดกิจกรรมการสร้างความรอบรู้อย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดทักษะและประมวลข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี รวมถึงการสร้างความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา) จะทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรู้แตกฉานด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านการรักษาพยาบาลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา และคณะที่ได้ศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง[7] โดยผลของการศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพรายด้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอศรีสมเด็จ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับ รู้จัก ซึ่งยังมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาถึงร้อยละ 90 ซึ่งอาจมีข้อจำกัดของความสามารถในด้านการอ่านและการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ รวมถึงการแสวงหาความรู้และการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ดังนั้นในการพัฒนา

ความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ จึงควรเป็นการพัฒนารายบุคคล โดยการจัดกิจกรรมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับผู้สูงอายุ 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การรณรงค์สร้างกระแสให้เกิดความตระหนักต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านสื่อหลาย ๆ ช่องทาง เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

การจัดระบบบริการที่เอื้อต่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ และความร่วมมือกับชุมชนที่ดี การสื่อสารที่เหมาะสม การจัดทำสื่อที่มีเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคม การถ่ายทอดองค์ความรู้จากบุคคลต้นแบบ การติดตามและการเยี่ยมเสริมพลัง จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรเกล้า รัตนชาญกรและจุฑาพร เกษมภักดีพงษ์[8-9] ระดับความรอบรู้ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อทำการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่าส่วนใหญ่ในด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ ด้านการอ่านศัพท์ ด้านความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข ด้านความรู้ ความเข้าใจ และการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิตจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองที่เพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชูสง่า สีสัน[10] และการศึกษาของกรฐณธัช ปัญญาใส และคณะ[11] เนื่องจากเกิดการปฏิบัติจริงของกลุ่มตัวอย่างที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การปรับทัศนคติ เกิดความมั่นใจและมีความสามารถที่เพิ่มขึ้นในด้านการเข้าใจตัวเลข การตัดสินใจ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย ผ่านช่องทางการกระตุ้นเตือนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการทำกิจกรรมกลุ่มและการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง สำหรับความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ ที่พบว่า ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะทำการแสวงหาข้อมูลสุขภาพได้ด้วยตนเองผ่านการขับเคลื่อนการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากการสอบถามเพื่อนบ้านที่สนิทกัน สอบถาม อสม. การสอบถามเข้าหน้าที่ที่ รพ.สต.บุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกันที่ไปรักษาด้วยกัน[7] เมื่อวิเคราะห์เกี่ยวกับระดับความแตกฉานในการมีพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมในระดับไม่แตกฉานร้อยละ 73.33 (ปฏิบัติทุกพฤติกรรมน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไปเพียงบางพฤติกรรม จึงได้จัดกิจกรรมในการเสริมสร้างความรอบรู้โดยพัฒนาแกนนำ อสม.ในการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามและเสริมพลังผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ แร่ทอง[12] ที่พบว่า อาสาสมัครทางด้านสาธารณสุข (อสม.) มีระดับความรอบรู้ในการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับที่แตกฉาน ร้อยละ 66.70 ดังนั้น ในการสร้างกิจกรรมเรียนรู้ ควรจะมีการพัฒนาให้เกิดแกนนำ อสม. ในการดูแลสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน เนื่องจาก อสม. มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจมีการประเมิน และจัดการตนเอง สามารถที่จะชี้แนะเรื่องสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่นี้ และเมื่อจำแนกระดับความรู้แจ้งแตกฉาน ซึ่งเป็นการนำคะแนนของระดับความรอบรู้และความแตกฉานมาวิเคราะห์ร่วมกัน พบว่า ความรู้แจ้งแตกฉานสูงหลังการทดลองเพิ่มขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ที่เพิ่มมากขึ้นและปฏิบัติตน มีพฤติกรรมในการควบคุมตนเองตามหลัก 3อ.2ส. เพิ่มขึ้น

เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว[13] และในการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้เบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง พบว่าผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c), ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS), น้ำหนักและเส้นรอบเอว ลดลง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.005) โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยสามารถประเมินจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง มีแรงจูงใจในการจัดการกับภาวะของโรคในระยะยาว มีความรู้และทักษาที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้จัดการตนเองได้ดีขึ้น นำไปสู่การมีพฤตกรรมที่เหมาะสม ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุศรินทร์ ผัดวัง[14] รวมถึงการมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้โดยรวมและพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา จันทร์ทา[15] เนื่องจากความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ จะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ดังนั้นในการพัฒนาระบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีการพัฒนารูปแบบให้เป็นไปตามยุคสมัย ด้วยกิจกรรมที่มีความแตกต่างหลายๆ ด้าน มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย ผ่านกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ในระดับบุคคล ครอบครัวและสังคม ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน จะทำให้เกิดระบบการดูและผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพในระยะยาวเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และครอบคลุม เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น

2. ควรมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการสร้างความรอบรู้ไปยังกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่เป็นโรค เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ สามารถที่จะปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมที่แตกฉานได้อย่างรวดเร็วขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยการสนับสนุนจากแพทย์หญิงศิริกุล พนมพงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสมเด็จ ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ X-ray ในการร่วมวางแผนและพัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ แกนนำ อสม. ผู้ป่วยและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน ทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกปี 2565 [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29611& deptcode=bro
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถิติเบาหวาน [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart-1 /2018-02-9-00-17.34
3. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ef. Victoria : Deakin University press; 1988.
4. กองสุขศึกษา ประเทศไทย. แบบวัดระดับความรู้แจ้งแตกฉานสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (ความรอบรู้) ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2559. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: hed.go.th/news/5523.
5. นวพร ทุมแถว. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลขอนแป้น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
6. วศิน ทองทรงกฤษณ์. การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3. 2565;19(1):1-14.

7. รุ่งนภา จันทรา, ชุลีพร หีตอักษร, สุทธานันท์ กัลกะ, อติญาณ์ ศรเกษตริน, ดาราวรรณ รองเมือง. ความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(2):177-89.
8. กรเกล้า รัตนชาญกร, ปาฬินทร์รฎา ธนาพันธ์ธิวากุล, เกล้ากร รัตนชาญกร. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2566;10(1):85-97.
9. จุฑาพร เกษมภักดีพงษ์, ศิริพร เทพสูตร, ปฏิภาส สาแช. พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่ดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จังหวัดเพชรบุรี. วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ. หน้า 2558;1(1):30-42.
10. ชูสง่า สีสัน, ธณกร ปัญญาใสโสภณ. ผลของโปรแกรมความรู้แตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2563;6(2):155-69.
11. กรฐณธัช ปัญญาใส, พิชามญชุ์ ภูเจริญ, ณิชกมล เปียอยู่. การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2560;28(1):51-62.
12. อารีย์ แร่ทอง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562;15(3):62-70.
13. แสงเดือน กิ่งแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2559;25(3):43-54.
14. บุศรินทร์ ผัดวัง. การติดตามผลลัพธ์ระยะยาวในการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา บ้านฮ่องห้า ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2558;9(1):43-51.
15. วิทยา จันทร์ทา. ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Patients with End Stage Renal Disease form Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : Case study 2 Case

ณิชชารีย์ ภูมิพาณิชย์ชัย*

Nitcharee Poompanitchai

Corresponding author: E-mail: wanopd2560@gmail.com

(Received: December 4, 2023; Revised: December 12, 2023; Accepted: January 12, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการ : เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก การสัมภาษณ์ญาติ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง 2 ราย มีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกันคือมีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากหน่วยไตเสื่อมหน้าที่ มีภาวะซีดจากการสร้าง erythropoietin ลดลง มีภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ นอนหลับไม่สนิท วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ส่วนการพยาบาลที่แตกต่างกันคือผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคร่วมเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปอดทั้ง 2 ข้างมีเสียงหวีด ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จึงมีภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลต้องมีความรู้ และทักษะสำหรับการประเมินอาการและอาการหลัก สังเกตอาการผิดปกติอย่างครอบคลุม

คำสำคัญ : การพยาบาลโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย; การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล

ABSTRACT

Purposes : To study nursing care for patients with end-stage chronic kidney disease who receive kidney replacement therapy using continuous peritoneal dialysis: 2 case studies.

Material and Methods : This was a comparative study of patients with end-stage renal failure. Two patients who received continuous peritoneal dialysis were admitted for treatment in the outpatient department of Phon Hospital, Phon District, Khon Kaen Province. Tools used in the case study consist of a data recording form which data were collected from outpatient medical records, interviewing relatives, formulate nursing diagnoses using patient assessment concepts based on health patterns of Gordon's 11 patterns plan and perform nursing actions according to nursing diagnosis and evaluate nursing results.

Main finding : It was found that two patients with end-stage chronic kidney disease who received continuous peritoneal dialysis had the same nursing problem, namely, waste buildup in the body due to the kidney unit's function deteriorating. There is anemia due to decreased production of erythropoietin, have low levels of protein in the blood, can't sleep well and anxious about illness. The difference in nursing care is that the first patient has chronic obstructive pulmonary disease. Both lungs have a whistling sound. The second patient had co-morbidities such as diabetes and high blood pressure. Therefore, it has high blood pressure, hyperglycemia and hypokalemia.

Conclusion and recommendations : This study shows that nurses must have the knowledge and skills for comprehensively assessing symptoms and main symptoms and observing unusual symptoms.

Keywords : Nursing care for end-stage chronic kidney disease; Continuous peritoneal dialysis.

*Registered Nurse Professional Level, Phon Hospital

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Kidney Disease, ESKD) ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน สถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน หลังจากที่มีนโยบายทางสาธารณสุขให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตได้ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งสิ้นมากกว่า 170,000 ราย และมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 19,000-22,000 ราย (ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ.2563) ซึ่งเป็นจำนวนที่แสดงถึงผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เท่านั้น ยังไม่ได้รวมกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังระยะแรกๆ ซึ่งคาดว่ามีจำนวนมากกว่า 8 ล้านคนทั่วประเทศ จากอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังและโรคไตวายระยะสุดท้ายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมากทำให้โรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในอนาคตอย่างมาก[1]

จากสถิติมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโรงพยาบาลพลอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ที่เข้ารับการรักษา พ.ศ.2563, 2564 และ 2565 จำนวน 182, 154 และ 177 ราย ตามลำดับ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการล้างทางช่องท้อง จำนวน 35, 30 และ 33 ราย ตามลำดับ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและต่อเนื่องขณะอยู่บ้านในการทำ CAPD ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุข พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจพยาธิสภาพการรักษา การประเมินภาวะแทรกซ้อน และการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดและได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง[2] ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยจำนวน 2 ราย โดยเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยมีการนำกระบวนการพยาบาลที่ได้มาตรฐานมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการ

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น กรณีศึกษารายที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 3 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 12 พฤษภาคม 2566 กรณีศึกษารายที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 17 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 12 พฤษภาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก การสัมภาษณ์ญาติ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศชาย อายุ 62 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพเกษตรกร มีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก เข้ารับการรักษาในวันที่ 3 มีนาคม 2566 ได้รับการวินิจฉัยแรกรับ End Stage Renal Disease with Hypertension with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิง อายุ 57 ปี สถานภาพสมรสโสด อาชีพเกษตรกร มีน้องสาวเป็นผู้ดูแลหลัก เข้ารับการรักษาในวันที่ 17 มีนาคม 2566 ได้รับการวินิจฉัยแรกรับ End Stage Renal Disease with Diabetes mellitus type 2 with Hypertension

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	- มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะเล็กน้อย มีขาบวมทั้ง 2 ข้างบวมกดบุ๋ม 1+	- มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ไม่มีบวมตามร่างกาย เบื่ออาหาร
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	- ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องก่อนมาโรงพยาบาล - วันนี้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะเล็กน้อย มีขาบวมทั้ง 2 ข้างบวมกดบุ๋ม 1+ นอนราบได้ แผลที่หน้าท้องไม่บวมแดง แห้งดี ไม่มี discharge รอบๆ Tenckhoff catheter ไม่มี discharge	- ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องก่อนมาโรงพยาบาล - วันนี้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะเล็กน้อย ไม่มีบวมตามร่างกาย แผลที่หน้าท้องไม่บวมแดง แห้งดี ไม่มี discharge รอบๆ Tenckhoff catheter ไม่มี discharge
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	- 11 ปีก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง - 6 ปีก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	- 10 ปีก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน - 6 ปีก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินสุขภาพกรณีศึกษา 2 ราย ตาม 11 แบบแผนของ Gordon

11 แบบแผนสุขภาพของ Gordon	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	- มีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ - เหนื่อยอ่อนเพลียเนื่องจากปอดทั้ง 2 ข้าง มีเสียงหวีด	- มีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	- มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการเนื่องจากสูญเสียโปรตีนไปกับน้ำยาที่ออกมา - มีอาการบวมที่ขาทั้ง 2 ข้างเนื่องจากภาวะน้ำเกิน - มีภาวะขาดสารอาหารเนื่องจากมีเหงือกอักเสบทานอาหารได้น้อย	- มีภาวะ Hyperglycemia - มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโตรไลต์ในร่างกาย; hypokalemia และ hyponatremia - มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการจากการสูญเสียโปรตีน - มีภาวะขาดสารอาหาร จากมีเหงือกอักเสบทานอาหารได้น้อย
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	- ท้องผูกจากถูกจำกัดกิจกรรม
แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันการออกกำลังกาย	- เหนื่อยอ่อนเพลีย เนื่องจากภาวะซีด	- เหนื่อยอ่อนเพลีย เนื่องจากภาวะซีด

ตารางที่ 2 (ต่อ)

11 แบบแผนสุขภาพ ของ Gordon	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อน	- นอนหลับไม่สนิท	- นอนหลับไม่สนิทจากวิงเวียน
แบบแผนที่ 6 สติปัญญา และการรับรู้	- ไม่สุขสบายเนื่องจากน้ำยา PD ค้างในช่องท้อง	- ไม่สุขสบายเนื่องจากน้ำยา PD ค้างในช่องท้อง
แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	- มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเนื่องจากกลัวการติดเชื้อในช่องท้อง	- มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเนื่องจากกลัวค่ากรองของไตจะแย่ลง
แบบแผนที่ 8 สัมพันธภาพ	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้
แบบแผนที่ 9 การเจริญพันธุ์	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้
แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด	- มีความกังวลกลัวสายล้างไตเลื่อนหลุดกลัวติดเชื้อช่องท้อง	- มีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวค่ากรองของไตจะแย่ลง
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การปฏิบัติการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังตรวจ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
ระยะก่อนตรวจ		
1. การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำเกินอาการบวมโดยสังเกตอาการเหนื่อยเพลียของผู้ป่วยและอาการหายใจหอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ Monitor O_2 saturation จำกัดน้ำดื่มไม่เกิน 800 ml/day เพื่อลดภาวะน้ำเกิน 2.การพยาบาลเพื่อลดอาการอ่อนเพลียจากภาวะซีด โดยดูแลให้พักผ่อนและให้ญาติช่วยเหลือการทำกิจกรรมดูแลให้ยาเพิ่มเม็ดเลือดตามแผนการรักษา ติดตาม และอาการแสดงของภาวะซีด ได้แก่ ระดับ Hemoglobin และ Hematocrit ต่ำอาการอ่อนเพลีย 3. การพยาบาลเพื่อให้ได้รับพลังงานและสารอาหารอย่างเพียงพอ โดย	1. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง โดยประเมินสัญญาณชีพ อาการภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ติดตามวัดความดันโลหิตทุก 1-2 ชั่วโมง ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา 2. การพยาบาลเพื่อลดอาการอ่อนเพลียจากภาวะซีด ดูแลให้ยาเพิ่มเม็ดเลือดตามแผนการรักษา ติดตาม และอาการแสดงของภาวะซีด ได้แก่ ระดับ Hemoglobin และ Hematocrit ต่ำ อาการอ่อนเพลีย 3. การพยาบาลเพื่อให้ได้รับพลังงานและสารอาหารอย่างเพียงพอ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบปัญหาที่แตกต่างกันคือ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการบวมที่ขาทั้ง 2 ข้าง กดบุ๋ม +1 จากภาวะน้ำเกิน วัดสัญญาณชีพปกติดูแลให้จำกัดน้ำดื่มไม่เกิน 800 ml/day และให้งดอาหารเค็ม ส่วนผู้ป่วยรายที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 176/83 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมงดเค็ม กินจืดไม่ค่อยได้ ให้นอนพัก ให้กินยาตามแผนการรักษา วัดความดันโลหิตอีกครั้งได้ 154/81มิลลิเมตรปรอท ปัญหาที่ผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบเหมือนกัน คือ - ปัญหา Hemoglobin และ Hematocrit ต่ำซึ่งเป็นผลจากการขาดฮอร์โมน Erythropoietin ที่ช่วยกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงของไขกระดูก[3]

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
ดูแลความสะอาดของปากและฟัน ประเมินภาวะขาดสารอาหาร ผิวหนัง ดูแลให้อาหาร low salt diet และประสานนักโภชนากรเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกันติดตามผล อัลบูมิน และประเมินน้ำหนักตัว	โดยดูแลความสะอาดของปากและฟัน ประเมินภาวะขาดสารอาหาร ผิวหนัง ดูแลให้อาหาร low salt diet และประสานนักโภชนากรเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกันติดตามผลอัลบูมิน และประเมินน้ำหนักตัว	- ปัญหาในเรื่องโภชนาการ และอัลบูมินต่ำซึ่งในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องควรได้รับพลังงาน 35 กิโลกรัมต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวันและต้องได้รับโปรตีนคุณภาพสูง[4]
การพยาบาลระยะขณะตรวจ		
4. การพยาบาลเพื่อรักษาสมดุลภาวะโภชนาการเนื่องจากสูญเสียโปรตีนโดยติดตามและประเมินผลอัลบูมินในเลือด	4. การพยาบาลเพื่อรักษาสมดุลภาวะโภชนาการเนื่องจากสูญเสียโปรตีนโดยติดตามและประเมินผลอัลบูมินในเลือด	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีทั้งความเหมือน และความแตกต่างตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ด้านความเหมือนกันมีดังนี้ - ปัญหาในเรื่องโภชนาการ และ อัลบูมินต่ำ
5. การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากของเสียคั่งในร่างกายโดยดูแลในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาให้ได้ตามแผนการรักษา และติดตามผลการตรวจ BUN, Creatinine	5. การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากของเสียคั่งในร่างกาย ติดตามผลการตรวจ BUN, Creatinine	ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 2 ตรวจพบค่าอัลบูมินต่ำกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 - ปัญหามีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากการสูญเสียการทำงานของไตที่เหลืออยู่ ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 1 จะมีค่าของเสียคั่งในร่างกายสูงกว่าผู้ป่วยรายที่ 2
6. การพยาบาลเพื่อการดูแลอาการไม่สุขสบายเนื่องจากน้ำยา PD ค้างในช่องท้อง โดยประเมินสัญญาณชีพและอาการแน่นอึดอัดท้อง	6. การพยาบาลเพื่อการดูแลอาการไม่สุขสบายเนื่องจากน้ำยา PD ค้างในช่องท้อง โดยประเมินสัญญาณชีพ และอาการแน่นอึดอัดท้อง	- ปัญหาไม่สุขสบายเนื่องจากน้ำยา PD ค้างในช่องท้อง ส่วนความแตกต่าง มีดังนี้
7. การพยาบาลเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบ โดยแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงฝุ่น ควัน ดูแลให้ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษา และสอนวิธีการไอเพื่อขับเสมหะ การฝึกการหายใจที่ถูกวิธี ซึ่งจะช่วยลดอาการหอบเหนื่อยได้	7. การพยาบาลเพื่อรักษาสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายโดยประเมินน้ำและสารน้ำเข้าออก ติดตามผลการตรวจอิเล็กโตรไลท์ และเฝ้าระวังอาการ hypokalemia และ hyponatremia ได้แก่ ชีพจรเต้นช้า การหายใจตื้น และหมดสติ	- ปัญหาที่พบผู้ป่วยรายที่ 1 มีปอดทั้ง 2 ข้าง มีเสียงหวีด ด้วยมีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคร่วม - การพยาบาลเพื่อรักษาสมดุลสารน้ำ และอิเล็กโตรไลท์ในร่างกาย พบในผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งมี Potassium และ Sodium ต่ำ
	8. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Hyperglycemia โดยวัดประเมินจากสัญญาณชีพ ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและแนะนำดูแลให้ควบคุมการรับประทานอาหารหวาน	- ปัญหาน้ำตาลในเลือดสูงพบในผู้ป่วยรายที่ 2 ด้วยมีโรคเบาหวานเป็นโรคร่วม

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
การพยาบาลระยะหลังตรวจ		
8. การจัดการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ โดยจัดการหรือควบคุมปัจจัยที่เป็นสาเหตุเช่น เสียง แสง ความปวด เป็นต้น หรือสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน 9. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลโดยการประเมินระดับความวิตกกังวล การรับรู้ของผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับโรค สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ประสานงานกับแพทย์ผู้รักษาในการให้ข้อมูลโรค อาการแนวทางการรักษา แผนการรักษาให้ทราบเป็นระยะหรือทุกครั้งที่มีอาการเปลี่ยนแปลง 10. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลโดยการประเมินการรับรู้ขั้นตอนการล้างไตทางช่องท้อง การทำแผลอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อทุกขั้นตอน ให้สังเกตและบันทึกลักษณะสี ปริมาณน้ำยาที่ไหลออกทุกครั้ง	9. การจัดการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ โดยจัดการหรือควบคุมปัจจัยที่เป็นสาเหตุ เช่น เสียง แสง ความปวด ความสะอาดของร่างกาย ปาก ฟัน หรือสิ่งแวดล้อมเป็นต้น หรือสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน 10. การพยาบาลเพื่อลดอาการท้องผูก โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว ดูแลให้อาหารที่มีกากใยที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา ประเมินและบันทึกการขับถ่าย 11. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลโดยการประเมินระดับความวิตกกังวล การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ ป่วยและญาติ ประสานงานกับแพทย์ผู้รักษาในการให้ข้อมูลโรค อาการแนวทางการรักษา แผนการรักษาให้ทราบเป็นระยะหรือทุกครั้งที่มีอาการเปลี่ยนแปลง	ในการดูแลระยะหลังตรวจด้านความเหมือนกัน มีดังนี้ - ปัญหานอนไม่หลับ พบในผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายประมาณร้อยละ 50-75% ปัจจัยที่เป็นสาเหตุในผู้ป่วยทั้งสองราย ได้แก่ ความผิดปกติในระบบร่างกาย ภาวะโลหิตจาง ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ[4] - ปัญหาเรื่องความวิตกกังวล ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความวิตกกังวลกลัวการติดเชื้อในช่องท้อง และกลัวสายล้างไตเลื่อนหลุด ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 กลัวค่ากรองของไตจะแย่ลงและเสียชีวิต ส่วนความแตกต่างตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีดังนี้ - ปัญหาท้องผูก พบในผู้ป่วยรายที่ 2 จำเป็นต้องได้อาหารจำพวกผัก และผลไม้ประมาณ 20-30 กรัมต่อวันเพื่อลดอาการท้องผูก[4]

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทย อายุ 62 ปี เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง อาการสำคัญคือเหนื่อยอ่อนเพลีย มีบวมที่ขา 2 ข้าง มีแผลที่หน้าท้องไม่บวมแดง แห้งดี ไม่มี discharge รอบ ๆ Tenckhoff catheter ไม่มี discharge มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำ CAPD 4 รอบต่อวัน ใส่น้ำยา 1500 cc ต่อรอบ การพยาบาลที่สำคัญคือเฝ้าระวังอาการบวมจากภาวะน้ำเกิน ดูแลให้ยาเพิ่มเม็ดเลือดจากภาวะซีดตามแผนการรักษา รักษาสมดุลภาวะโภชนาการเนื่องจากสูญเสียโปรตีน ดูแลอาการไม่สุขสบายเนื่องจากน้ำยา PD ค้างในช่องท้อง ดูแลป้องกันอาการหอบกำเริบ ส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อน ลดความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วย หลังจากให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่มีอาการบวมตามร่างกาย แต่ยังมีภาวะซีด และสิ่งสำคัญคือ การให้ความรู้ความเข้าใจในการทำ CAPD การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์

ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทย อายุ 57 ปี เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง อาการสำคัญคือเหนื่อยเพลีย วิงเวียนศีรษะ ความดันโลหิต 176/83 มิลลิเมตรปรอท คาสายสวนล้างไต

ทางช่องท้อง Peritoneal Dialysis Catheter รอบสายไม่มีบวมแดง ทำ CAPD 4 รอบต่อวัน ใส่น้ำยา 1500 cc ต่อรอบ มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การพยาบาลที่สำคัญคือการดูแลภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ดูแลให้ยาเพิ่มเม็ดเลือดจาก ภาวะซีดตามแผนการรักษา ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ รักษาสมดุลภาวะโภชนาการเนื่องจากสูญเสียโปรตีน ดูแลอาการไม่สุขสบายเนื่องจากน้ำยา PD ค้างในช่องท้อง รักษาสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อน ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย หลังจากให้การพยาบาลผู้ป่วยยังมีความดันโลหิตสูงจากพฤติกรรมไม่กินจืด มีภาวะซีดจากไตสูญเสียหน้าที่

วิจารณ์

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่ของไตอย่างถาวร ที่พบบ่อยที่สุดคือโรคเบาหวาน ซึ่งพบในผู้ป่วยรายที่ 2 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง[1] พบในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นภาวะที่ไตทำงานพร่องลงจนผู้ป่วยมีอาการยูรีเมีย ความสมดุลเกลือแร่ผิดปกติ มีการคั่งของน้ำส่วนเกินในร่างกาย และไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การรักษาการล้างช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) เป็นการบำบัดชนิดหนึ่ง พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ กล่าวคือตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดกรองการรักษา บทบาทในการวางแผนในการเตรียมความพร้อมในการฝึกอบรมผู้ป่วยในการทำ CAPD บทบาทในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังวางสาย บทบาทในการส่งเสริมให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจ จนถึงการเฝ้าประเมินติดตามให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการพยาบาลแบบองค์รวมคือกายใจสังคมและจิตวิญญาณ (Holistic approach) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of Life) สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้[2]

ข้อเสนอแนะ

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นการรักษาทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายวิธีหนึ่งที่มีความสะดวก ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถทำได้เองที่บ้าน ปัญหาที่พบบ่อยของการล้างไตทางช่องท้องและถือว่ามีความสำคัญมาก คือ การติดเชื้อในช่องท้องจากการปนเปื้อนในระหว่างกระบวนการปล่อยน้ำยาเข้า-ออก การสูญเสียโปรตีนจำนวนมากขณะปล่อยน้ำยาออก รวมถึงปัญหาด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การพึ่งพาผู้อื่น และความไม่แน่นอนในชีวิตดังนั้น การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือจึงเป็นบทบาทที่สำคัญสำหรับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย และทีมเครือข่ายที่ต้องมีส่วนในการร่วมดูแล เมื่อผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อจะทำให้เกิดผลดีต่อการรักษา ลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล และเป็นการแสดงให้เห็นถึงหลักประกันคุณภาพการรักษาที่เกิดขึ้น[5]

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2565. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2565.
2. ลัดดาวัลย์ หมื่นแก้ว. การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562; 16(2):112-22.
3. เยาวลักษณ์ พวงจิตร. การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2563; 17(3):148-65.

4. เพชรรุ่ง อิฐรัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อในเยื่อบุช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561;15(2):95-110.
5. สุภร บุษปวนิช. คู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน. สงขลา: วนิดาการพิมพ์; 2552.

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย และเครือข่าย

The Development of Control Prevention and Surveillance System on New Pulmonary Tuberculosis Patients and House Contacts in Pho Chai Hospital and Health Network

นัชรีวรรณ สีหานาม* ธิดาวัลย์ ทาพรมมา ภัทรีพร ภูมิฐาน*****

Natchareewan Seehanam, Thidawan Thapromma, Pattareeporn Poomthan

Corresponding author: E-mail: aoynut@gmail.com

(Received: December 5, 2023; Revised: December 13, 2023; Accepted: January 13, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย และเครือข่าย

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Mutual collaborative action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ร่วมการวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม – สิงหาคม 2566 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ วิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบ แบบสอบถาม การปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และแนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Percentage differences และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ เช่น ด้านผู้ป่วยวัณโรค ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านผู้สัมผัสและด้านการให้บริการสาธารณสุข ระยะพัฒนาระบบเกิดกระบวนการพัฒนา 2 วงรอบ ได้แก่ (1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และผู้สัมผัสร่วมบ้าน (2) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในชุมชนจากกลุ่มเสี่ยงต่างๆ อย่างรวดเร็ว (3) การรักษาอย่างต่อเนื่อง (4) การควบคุมแหล่งและการทำลายสิ่งปฏิกูลในชุมชน (5) การประสานงานส่งต่อข้อมูลทั้งสถานบริการและในชุมชนเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และ (6) สะท้อนการปฏิบัติงานและเรียนรู้การทำงานร่วมกันในเครือข่าย และผลลัพธ์การพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสร่วมบ้านมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติเพิ่มขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้และพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงควรนำระบบดังกล่าวมาใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ : การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค; วัณโรคปอดรายใหม่; ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน

*, **, ** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย

ABSTRACT

Purposes : To study problem situations, develop systems, and evaluate results a control prevention and surveillance system on new pulmonary tuberculosis patients and house contacts.

Study design : Mutual collaborative action research**.**

Materials and Methods : Research participants were new tuberculosis patient, Household contacts and related service providers. The research was conducted from January - August 2023. The research were divided into 3 phases: situation analysis; develop systems and evaluate results. Data were collected using tests, questionnaires, practices for disease surveillance, prevention and control, and guidelines for group discussion. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, percentage differences, and content analysis.

Main findings : The situation analysis problems phase were found in both process and results, such as in area of tuberculosis patients, environmental aspects, contact areas and public health services. 2-cycle had system development phase a development process: 1) educating new pulmonary tuberculosis patients and household contacts 2) finding for new TB patients in community from various risk groups 3) continuing treatment 4) controlling sources and destroying waste in community 5) coordinating information forwarding both in service facilities and in community for surveillance disease prevention and control, and 6) reflect on work performance and learn to work together in network, and development results found that new pulmonary tuberculosis patients and household contacts had increased knowledge and practice scores.

Conclusion and recommendations : The results of this research result in target group having increased knowledge and behavior. Therefore, such a system should be implemented in the relevant agencies.

Keywords : Control prevention and surveillance; New pulmonary tuberculosis; House contacts

*, **, *** Registered Nurse Professional Level, Pho Chai Hospital

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์ และสาธารณสุขทั่วโลก เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis เชื้อวัณโรคจัดอยู่ในกลุ่ม Mycobacterium tuberculosis complex (MTBC) จากรายงานวัณโรคของโลก (Global Tuberculosis Report) ปี พ.ศ.2560 องค์การอนามัยโลกคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกสูงถึง 10.4 ล้านคน (140 ต่อแสนประชากร)[1] มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 1.7 ล้านคน และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี 1.03 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด โดยมีผู้เสียชีวิตปีละ 0.4 ล้านคน ส่วนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB) คาดว่าจะมี 6 แสนคน พบในผู้ป่วยใหม่คิดเป็นร้อยละ 4.1 และในผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน คิดเป็นร้อยละ 19 ในจำนวนนี้เป็น MDR-TB 4.9 แสนคน[2]

ในปี ค.ศ. 2015 องค์การอนามัยโลกจัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงของโลก (High TB Burden Countries : HBC) แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ วัณโรค (ทั้งหมด) (TB) วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) และวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (1B/HIV) โดยใช้หลักเกณฑ์ คือ ประเทศที่มีค่าคาดประมาณอุบัติการณ์จำนวนผู้ป่วยของแต่ละประเภทสูงสุด 20 อันดับแรก และประเทศที่มีค่าคาดประมาณอัตราอุบัติการณ์สูงสุดอีก 10 ประเทศ ซึ่งไม่จัดอยู่ในกลุ่ม 20 ประเทศแรก รวมเป็น 30 ประเทศ โดยประเทศไทยถูกจัดเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรคสูงทั้ง 3 ประเภท[3] เมื่อการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคและสรุปผลการดำเนินงานวัณโรคตามแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2559-2563) ชี้ให้เห็นว่าวัณโรคยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประทศ โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณว่าประเทศไทยมีอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) 150 ต่อประชากรแสนคน หรือจำนวน 105,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูง จำนวน 11,000 ราย และอุบัติการณ์วัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB 3.6 ต่อประชากรแสนคน หรือจำนวน 2,500 ราย จากปรากฏการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ประเทศไทยได้ดำเนินการผลักดันนโยบายเร่งรัดคัดกรองวัณโรคในทุกกลุ่มประชากรเสี่ยง พัฒนาเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการที่ทันสมัย และมีประสิทธิภาพด้วยวิธีอณูชีววิทยาที่รวดเร็ว (Rapid molecular testing) ทำให้การเข้าถึงการตรวจวินิจฉัย และขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค อัตราครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษา (Treatment coverage) ของผู้ป่วยวัณโรครายโหม่และกลับเป็นซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2558 - 2563 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำมีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากที่สุด อัตราส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2 : 1 อัตราความสำเร็จของการรักษา (Success rate) ของผู้ป่วยวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 81.5 - 85 แต่อัตราการเสียชีวิตยังสูงเท่าเดิม ร้อยละ 7.9 - 8.2 โดยผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด ผลการดำเนินงานวัณโรคดื้อยาผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อนได้รับการตรวจทดสอบความไวต่อยาเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้มีการตรวจพบ และขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB มากขึ้น แต่ก็ยังต่ำกว่าค่าคาดประมาณของประเทศไทยมีการใช้สูตรยาระยะสั้น 9 - 11 เดือน รักษาวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ทำให้อัตราผลสำเร็จของการรักษาสูงขึ้น สำหรับการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอชไอวี ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 83.1-88.5 และพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวีลดลงอย่างช้าๆ จากร้อยละ 10.9 เป็นร้อยละ 9.4 ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 66.6 เป็นร้อยละ 84.5[3]

ในทำนองเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยวัณโรคเด็กที่มีอายุ 0 - 14 ปี ขึ้นทะเบียนจำนวน 844 ราย ผลการรักษาสำเร็จสูง ร้อยละ 90.3-93.5 สำหรับการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (Tuberculosis preventive treatment: TPT) ในเด็กสัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 59.5 ของผู้สัมผัสทั้งหมด

ที่ได้รับ TPT กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายเร่งรัดการค้นหาเชิงรุกในเรือนจำ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 โดยผู้ต้องขังในเรือนจำทุกคนได้รับการเอกซเรย์ปอดเพื่อตรวจคัดกรองวัณโรค ทำให้พบผู้ป่วยวัณโรคมากขึ้น ผลการรักษาสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 83.9-93.1 นอกจากนั้น การดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคของประเทศไทยได้ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐภายในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานภาคเอกชน โดยในปี พ.ศ.2562-2563 หน่วยงานภาครัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการวินิจฉัยและรักษาวัณโรค จำนวน 119 แห่ง (ร้อยละ 74.8) รายงานพบผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 7,464 รายอัตราความสำเร็จของการรักษา ร้อยละ 85.4 หน่วยงานภาคเอกชนที่ให้บริการวินิจฉัยและรักษาวัณโรค จำนวน 210 แห่ง (ร้อยละ 78.1) รายงานผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 8,094 รายอัตราความสำเร็จของการรักษาร้อยละ 76.8[3]

เช่นเดียวกับ Service Profile ของงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโพธิ์ที่มีหน้าที่และเป้าหมายในการให้บริการงานผู้ป่วยนอก คัดกรอง ตรวจรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็วเหมาะสม ปลอดภัยได้มาตรฐานวิชาชีพเป็นที่ประทับใจของผู้มารับบริการและประชาชนทั่วไป โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป้าหมาย ให้บริการ ถูกต้อง ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ โดยมีขอบเขตการให้บริการตรวจรักษาพยาบาลโรคทั่วไป ในวันและเวลาราชการ 08.30-16.30 น. ตามศักยภาพของโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับ 2 ให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับบุคลากรของหน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจต่างๆ และประชาชนทั่วไป ให้บริการตรวจสุขภาพเพื่อออกใบรับรองแพทย์กรณีต่างๆ ตามที่กฎหมายหรือระเบียบขององค์กรต่างๆ กำหนด ให้บริการคัดกรอง แยกประเภทผู้ป่วยที่จุดบริการด่านหน้า และใช้ระบบการบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม HOSxP รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องสำคัญ และจำเป็นในการให้บริการ โรงพยาบาลใช้ระบบ Paper Less ในทำนองเดียวกันกับรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ดตั้งแต่ ปีพ.ศ.2560-2565 พบว่า ตัวชี้วัดความสำเร็จการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ (ราย/ผู้ป่วยวัณโรคที่เสมหะบวกและกลับเป็นซ้ำ (เป้าหมาย > 85%) คิดเป็นร้อยละ 100.0, 97.9, 92.1, 95.9 และ 100.0 ตามลำดับ; ตัวชี้วัดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค (ราย/ผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด) (เป้าหมาย < 5%) คิดเป็นร้อยละ 0.0, 1.0, 1.0, 2.0 และ 0.0 ตามลำดับ; ตัวชี้วัดอัตราขาดยา (ราย/ผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด) (เป้าหมาย < 0.0%) คิดเป็นร้อยละ 0.0, 0.0, 0.0, 0.0 และ 0.0 ตามลำดับ[4] จากรายงานข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการเสียชีวิตระหว่างรักษาส่วนใหญ่ปรากฏการณ์จะเกิดอยู่ระหว่างรักษา 2 เดือนแรกของการรักษา และพบในกลุ่มผู้สูงอายุและมีโรคร่วม เช่น โรคเรื้อรัง นอกจากนั้นยังพบว่าการคัดกรองผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงที่มารักษาที่ โรงพยาบาลมีความล่าช้าทำให้พบวัณโรคเมื่อมีอาการหนักแล้ว ผู้วิจัยและทีมงานจึงได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแล ได้แก่ (1) การคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงวัณโรคในโรงพยาบาลเพื่อได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว และขึ้นทะเบียนทุกราย (2) Update CPG ให้เหมาะสมและทันสมัย (3) ติดตามกำกับอย่างต่อเนื่องด้วยกลไกของเขตสุขภาพ คณะกรรมการ Service plan และ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (4) เน้นการประสาน และติดตาม ผลการรักษาผู้ป่วยรายบุคคล โดยการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง โดยเจ้าหน้าที่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือทีม DOTS ในพื้นที่ (5) ประชุม Dead case conference เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแล และรักษา (6) สร้างและพัฒนาเครือข่าย อปท./อสม./อสค. ให้ร่วมดำเนินการคัดกรอง/ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนด้วย และ (7) เร่งรัดการส่งเสมหะตรวจทาง Molecular และการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาในกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้สามารถตรวจจับวัณโรคดื้อยา ได้รวดเร็วขึ้น ผลลัพธ์จากการดำเนินงานพบว่าร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคลดลงอย่างต่อเนื่อง[4]

อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค พบว่า เมื่อผู้ป่วยวัณโรคไอ จาม พูด หรือแม้แต่ร้องเพลงจะสามารถทำให้เชื้อวัณโรคออกมาจากร่างกายพร้อมกับละอองฝอยน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะ เรียกว่า

Droplet nuclei การแพร่กระจายเชื้อจะสัมพันธ์กับความถี่ของการไอ ในเวลา 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อสามารถปล่อยละอองฝอยเสมหะที่มีเชื้อได้ตั้งแต่ 18-3,789 ละออง ละอองฝอยเสมหะที่มีขนาดใหญ่จะลงสู่พื้นดิน แต่ที่มีขนาดเล็กประมาณ 1-5 ไมโครเมตรจะล่องลอยอยู่ในอากาศ ปกติสามารถมีชีวิตอยู่ได้เป็นวันๆ เมื่อมีผู้หายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไปในร่างกาย อนุภาคขนาดใหญ่จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรค แต่ส่วนที่มีขนาดเล็กจะเข้าไปสู่ถุงลมปอด แล้วจะถูกจับด้วย Alveolar macrophages และแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย เชื้อวัณโรคจะสงบอยู่ (Dormant bacilli) เกิดภาวะการติดเชื้อที่เรียกว่า การติดเชื้อวัณโรคแฝง (Latent tuberculosis infection)[5] หากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรง เชื้อวัณโรคอาจอยู่ในร่างกายได้นานหลายปี โดยไม่มีอาการและไม่สามารถแพร่เชื้อวัณโรคผู้ติดเชื้อส่วนน้อย (ร้อยละ 5-10 ในประชากรทั่วๆ ไป) มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคในเวลาต่อมาได้ และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคคือ (1) ปัจจัยด้านผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอด กล่องเสียงและอวัยวะอื่นที่มีช่องทางเปิดออกสู่ภายนอก โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีแผลโพรงในปอดหรือมีแผลลุกลามมากซึ่งตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ปิดปากและจมูกเมื่อมีอาการไอ จาม (2) ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ สถานที่คับแคบหรืออับทึบ (Enclosed spaces) มีการไหลเวียนของอากาศน้อย ถ่ายเท/ระบายอากาศไม่ดี (3) ด้านผู้สัมผัส ขึ้นอยู่กับปริมาณเชื้อวัณโรคในอากาศที่ผู้สัมผัสสูดเข้าไประยะเวลาที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ (4) ด้านการให้บริการสาธารณสุข ได้แก่ ความล่าช้าในการวินิจฉัย (Delay diagnosis) การเริ่มการรักษาล่าช้า (Delay treatment) เช่น ไม่มีการแยกผู้ป่วยออกจากผู้อื่น การรักษาด้วยระบบยาที่ไม่เหมาะสม[5]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรคของผู้สัมผัสเชื้อวัณโรค ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 70 จะไม่ติดเชื้อวัณโรค จะมีเพียงประมาณร้อยละ 30 ที่จะติดเชื้อวัณโรค และประมาณร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อวัณโรคจะไม่มีอาการป่วยและไม่แพร่เชื้อสู่ผู้อื่น ซึ่งจะเรียกว่า การติดเชื้อวัณโรคแฝง (Latent tuberculosis infection) และจะมีเพียงร้อยละ 10 ของผู้ที่ติดเชื้อที่จะป่วยเป็นวัณโรค (TB disease) โดยครึ่งหนึ่งจะป่วยเป็นวัณโรคภายใน 2 ปีหลังการติดเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ที่เหลืออีกครึ่งหนึ่งจะป่วยเป็นวัณโรคหลังการติดเชื้อ 2 ปี ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติสัมผัสวัณโรคตั้งแต่เด็ก โดยธรรมชาติของวัณโรคผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 50-65 จะเสียชีวิตภายใน 5 ปี การฉีดวัคซีนบีซีจี (BCG vaccine) ไม่ได้ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ[5] แต่จะลดความเสี่ยงของการลุกลามจากการติดเชื้อวัณโรคแฝงไปสู่การป่วยเป็นวัณโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งวัณโรคชนิดแพร่กระจาย (Disseminated TB) และวัณโรคของระบบประสาทส่วนกลางในเด็กเท่านั้น แต่ไม่ลดการเกิดวัณโรคปอดในผู้ใหญ่ จะเห็นว่าผู้สัมผัสที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อแล้วป่วยเป็นวัณโรค ได้แก่ ประชากรที่เสี่ยงในการสัมผัสและติดเชื้อวัณโรค เช่น ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค (Contacts) ผู้ต้องขัง (Prisoners) บุคลากรสาธารณสุข (Health care workers) แรงงานข้ามชาติ (Migrant labors) ผู้สูงอายุ และเด็ก และผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด ค่ายอพยพหรือสถานสงเคราะห์ เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่มีผลทำให้การติดเชื้อป่วยเป็นวัณโรค เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ผู้ป่วยเบาหวาน (DM) ผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ผู้ป่วยโรคฝุ่นหิน (Silicosis) และผู้ป่วยโรคไต เป็นต้น และผู้ที่มีภูมิต้านทานที่ชั้นเยื่อบุ (Mucosa) ของหลอดลม และเนื้อเยื่อที่ปอดของบางคนมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้ป่วยโรคฝุ่นหิน การสูดควันบุหรี่ เป็นต้น[2] โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ขาดความรู้ ความข้าใจ และความตระหนักเรื่องการดูแลตนเองไม่ให้แพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่ผู้อื่น และไม่ปฏิบัติตามข้อแนะนำ และข้อควรปฏิบัติที่เจ้าหน้าที่ได้กำหนดไว้ เช่น การไม่สวมใส่หน้ากากอนามัยหรือปิดปากเวลาไอหรือจามขณะที่ทำกิจกรรม หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น การไม่บ้วนเสมหะหรือบ้วนน้ำลายลงในภาชนะที่จัดไว้ เป็นต้น

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเร่งรัดการกลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรค เช่น ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ทั้งนี้จะพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมีความเสี่ยงของการเกิดโรคได้ง่ายกว่าประชากรทั่วไป ควรได้รับข้อมูลข่าวสาร และความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพการมีสุขอนามัยที่ดี เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ป้องกันการป่วยเป็นโรค และการดูแลรักษาเพื่อให้โรคหายขาด การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ อาจดำเนินการได้หลายช่องทางหรือหลายรูปแบบ เช่น การให้สุขศึกษาแบบกลุ่มโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การฉายวีดีโอ โปสเตอร์ แผ่นพับความรู้ เป็นต้น และมาตรการควบคุมสิ่งแวดล้อม เช่น จัดที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมภายในบ้านหรือที่ทำงาน โดยปิดประตูหน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก รักษาบ้านเรือน/ที่ทำงานให้สะอาด และพยายามให้แสงแดดส่องถึง นำที่นอน หมอน มุ้ง ผึ่งแสงแดดเสมอๆ โดยมีเป้าประสงค์เพื่อลดการป่วย (Morbidity) และลดการตาย (Mortality) ของประชาชน เน้นที่การค้นหาผู้ป่วยให้ได้ในระยะเริ่มแรก (Early detection) และให้การรักษาผู้ป่วยให้หายตามกำหนดให้มากที่สุด ซึ่งผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองวัณโรค เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรควัณโรคและเสียชีวิตได้ในอนาคต จึงเป็นปัญหาที่ต้องมีการดำเนินการเชิงรุก เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค เพื่อดำเนินการวางแผน และพัฒนาแนวทางในการติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านที่เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย และเครือข่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research)[6] ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม-เดือนสิงหาคม พ.ศ.2566

พื้นที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการที่โรงพยาบาลโพธิ์ชัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ชัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ (1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพในคลินิกวัณโรค 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9 คน เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ชัย 1 คน เภสัชกร 1 คน หน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัว (PCU) 1 คน ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 5 คน และและผู้สัมผัสร่วมบ้าน 5 คน รวม 26 คน (2) กลุ่มเป้าหมาย สำหรับศึกษาความต้องการจำเป็น ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จำนวน 60 คน ในระยะศึกษาสถานการณ์ (3) สนทนากลุ่มผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานการป้องกันและควบคุมวัณโรคของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอโพธิ์ชัย จำนวน 16 คน และระยะพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค กลุ่มผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานการป้องกันและควบคุมวัณโรคของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอโพธิ์ชัย จำนวน 15 คน และ (4) ผู้ประสานงานวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ชัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 คน

ผู้ร่วมวิจัย ผู้ประสานงานการป้องกัน และควบคุมวัณโรคในโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ชัย และโรงพยาบาลโพธิ์ชัย จำนวน 15 คน ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คป.สอ.) และบุคลากรในกลุ่ม/ฝ่าย/ศูนย์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบคุณภาพของร่างรูปแบบการป้องกัน และควบคุมวัณโรค จำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยและพัฒนาทางสาธารณสุข ด้านเวชปฏิบัติชุมชน ด้านการป้องกันและควบคุมโรคและด้านการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย และเครือข่าย ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างและพัฒนาขึ้นจากการระดมสมอง และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อสำรวจและศึกษาสภาพปัจจุบันและความต้องการ แบบทดสอบความรู้และการปฏิบัติความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน และแบบประเมินความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้ของร่างระบบฯ

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย และเครือข่าย ประกอบด้วย กิจกรรมการสำรวจและวิเคราะห์สภาพปัญหาเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สภาพปัจจุบันและการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนโยบายทุกระดับ สิ่งที่คาดหวัง (Target) เพื่อนำมาสู่การวิเคราะห์เพื่อเติมเต็ม โดยใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 8 ประเด็น ได้แก่ การดำเนินงานควบคุมวัณโรค การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรค การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับวัณโรค การบันทึกข้อมูล/รายงานและการส่งต่อข้อมูล การติดตามกำกับการรักษา การเยี่ยมบ้าน การพัฒนาบุคลากร ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ระยะดำเนินการพัฒนาระบบ แบบประเมินความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี และความเป็นไปได้ของร่างระบบฯ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยหลักการ วัตถุประสงค์ เนื้อหา และกระบวนการป้องกันและควบคุมวัณโรคเป็นแบบประเมินแบบมาตรวัดประมาณ 5 ระดับ คือ มากที่สุดให้ 5 คะแนน และน้อยที่สุด ให้เป็น 1 คะแนน มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ ≥.60 วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะการประเมินผลลัพธ์ (1) แบบทดสอบความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคและผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน จำนวน 2 ฉบับ ที่มีค่าความยากง่ายรายข้อ (P) ตั้งแต่ 0.49-0.70 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (B) ตั้งแต่ 0.45-0.80 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR-20) 0.90 และ 0.89 ตามลำดับ แบบทดสอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก จำนวน 20, 22 ข้อ และ 20, 23 ข้อ ผู้ตอบเลือกตอบถูกหรือผิดเพียงคำตอบเดียว ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยแบ่งเป็นระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะดำเนินการพัฒนา และระยะประเมินการพัฒนา ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จากผู้รับป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน 60 คน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็น (Key informants) เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 27 คน โดยใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนา การพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมวัณโรค สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพ โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในทีมสหสาขาวิชาชีพและเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและระบบฯ หลังจากนั้นจึงประเมินระบบฯ โดยใช้ประเมินความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี และความเป็นไปได้ของร่างระบบฯ จึงจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) แล้วลงมือปฏิบัติสังเกตและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมกิจกรรมตามวงรอบวิจัยเชิงปฏิบัติการแต่ละวงรอบจะมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ การประเมินผลลัพธ์การวิจัยครั้งนี้จะดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนารูปแบบการควบคุม และป้องกันวัณโรค โดยประเมินจากแบบ

ทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อและการปฏิบัติกิจเพื่อความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคและผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน 134 คน จำนวน 2 ฉบับ และ 2) แนวคำถาม สำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

วิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติดังรายละเอียด ดังนี้ (1) ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส วิเคราะห์โดยใช้แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพและการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านก่อน และหลังการพัฒนา Percentage difference และ (3) การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรอง และอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อพิจารณาอนุมัติก่อนดำเนินการวิจัย รหัสหนังสือรับรองเลขที่ COE 0882565 ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยตระหนักและให้ความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และชี้แจงด้วยวาจาและเป็นลักษณ์อักษรเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ ขั้นตอน รูปแบบการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งความปลอดภัยของการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 หัวข้อตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

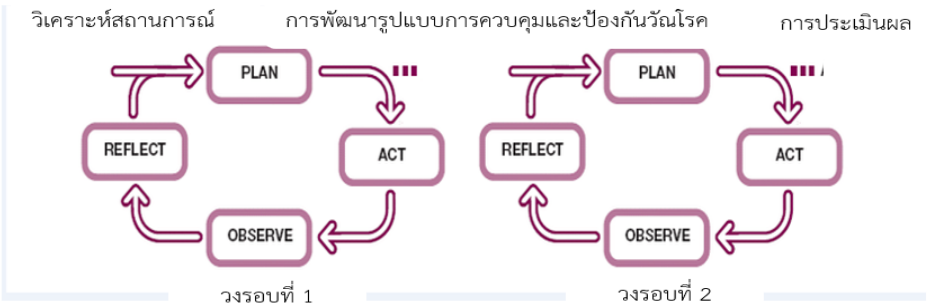
ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งหมด 60 คน ส่วนใหญ่เป็นชาย (73.3%) อายุเฉลี่ย 62 ปี (SD.=15.30) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (68.3%) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 9,100 บาทต่อเดือน (SD.=4,572.21) และจากการสำรวจพบว่าก่อนการพัฒนาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโดยรวมเฉลี่ย 8.88 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (SD.=3.09) ประเด็นที่เป็นปัญหา เช่น ความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายจากปอด ระยะเวลาที่ทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจาย การรับประทานอาหารโดยใช้ จาน ชาม ช้อน หรือใช้แก้วน้ำร่วมกันกับผู้ป่วยวัณโรคปอด การไอ จามรดกัน การอยู่ในพื้นที่แออัด หรือพื้นที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเหมือนคนปกติทั่วไป และการรับประทานยาต่อเนื่องกัน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนา สรุปผลการสนทนากลุ่มพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค 4 ด้านคือ ปัจจัยด้านผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีแผลโพรงในปอดหรือมีแผลลุกลามมากซึ่งตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ขาดความตระหนัก ไม่ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ ยังมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันเหมือนก่อนป่วย เช่น ไม่แยกตัว ไม่สวมผ้าปิดปาก ปิดจมูกขากเสมหะไม่เป็นที่ และยังเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนที่มีคนหมู่มาก และพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีสถานะการรักษาสำเร็จ จำนวน 12 ราย ระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี และผู้ป่วยที่เคยรักษาหายขาดไม่มีการกลับเป็นซ้ำและกำลังรักษา ทั้งนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาที่สำเร็จในการรักษา ได้แก่ การมีพี่เลี้ยงที่เป็นบุคคลในครอบครัวที่คอยกำกับดูแลให้กำลังใจในการรับประทานยาอย่างใกล้ชิด การไปพบแพทย์ตามนัด รวมถึงระบบการประสานงานที่ดีระหว่างคลินิกวัณโรคและ รพ.สต.ในพื้นที่ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ผลข้างเคียงจากยาส่งผลให้ผู้ป่วยไม่อยากรับประทานหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีการขาดนัดพบแพทย์ไม่สม่ำเสมอ ทำให้ต้องปรับแผนการรักษา และขยายระยะเวลาในการรักษาเพิ่มขึ้น และเมื่อรักษาหายก็กลับไปมีพฤติกรรมเดิมเหมือนก่อนป่วย เช่น กลับไปประกอบอาชีพเสี่ยงป่วย ดื่มสุราร่วมวงกับคนอื่นๆ

การไม่สวมผ้าปิดจมูก การขาดการรับรู้ สถานการณ์เจ็บป่วยในชุมชน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่กระจายเชื้อได้แก่ สถานที่ประกอบอาชีพแคบหรืออับทึบ (enclosed spaces) มีการไหลเวียนของอากาศน้อย ถ่ายเท/ระบายอากาศไม่ดี และพบว่า บ้านเรือนปลูกชิดติดกัน กลางชุมชนค่อนข้างแออัด สภาพที่อยู่อาศัย ระบายอากาศไม่ดี แสงแดดส่องไม่ถึงที่นอน หมอน มุ้ง ไม่ค่อยนำมาซักล้างทำความสะอาดหรือผึ่งแดด มีการขากทิ้งสมหะ ทิ้งขยะ และกำจัดขยะไม่ถูกต้อง ประชาชนส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้องกัน มีความสัมพันธ์เป็นเพื่อนบ้านกันมานานหลายสิบปีจึงทำให้มีความสนิทสนมคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี มีการพูดคุยกันเป็นประจำ และวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชน มีกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกันเป็นหมู่มาก เช่น การทำบุญประเพณีต่างๆ การเข้าวัดปฏิบัติธรรม เป็นต้น ปัจจัยด้านผู้สัมผัสขึ้นอยู่กับปริมาณเชื้อวัณโรคในอากาศที่ผู้สัมผัสสูดเข้าไป ระยะเวลาที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อไม่ได้มีการป้องกันตนเอง เนื่องจากการรับเชื้อวัณโรคไม่ได้แสดงอาการป่วยให้เห็นในทันทีเหมือนโรคอื่นๆ จึงทำให้ขาดความตระหนักในการป้องกันตนเอง ปัจจัยด้านการให้บริการสาธารณสุข ได้แก่ ความครอบคลุมในการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้สัมผัส ความล่าช้าในการวินิจฉัย (Delay diagnosis) การเริ่มรักษาล่าช้า (Delay treatment) การเข้าถึงข้อมูลรับรู้สถานการณ์ของโรคในชุมชน การเชื่อมโยงข้อมูลการประสานงานระหว่างคลินิกวัณโรคกับ รพ.สต.พื้นที่ และชุมชน การแยกผู้ป่วยออกจากผู้อื่น และพบว่า จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีต่อเนื่อง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยการวางแผน และตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 มาระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกัน ในระยะนี้ได้ประเด็นการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอด จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของการควบคุมวัณโรคในชุมชน พบว่า ด้านผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคขาดแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชน ส่วนผู้ปฏิบัติงานระดับต่างๆ ยังขาดแนวทางการควบคุมวัณโรคที่เหมาะสม ขาดการวางแผนร่วมกัน ขาดการประสานงาน ขาดการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และองค์กรในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรควัณโรค และขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคอย่างต่อเนื่อง จึงได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรค โดย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดรายใหม่ และผู้สัมผัสร่วมบ้าน 2) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในชุมชนจากกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว 3) การรักษาอย่างต่อเนื่อง 4) การควบคุมแหล่งและการทำลายสิ่งปฏิกูลในชุมชน 5) การประสานงานส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชนเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และ 6) สะท้อนการปฏิบัติงานและเรียนรู้การทำงานร่วมกับในเครือข่าย

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในโรงพยาบาลโพธิ์ชัยและเครือข่าย ได้เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วงจร โดยระบบมีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี และความเป็นไปได้มีคะแนนเฉลี่ย 4.25 (ดังภาพประกอบ 1)



ภาพประกอบที่ 1 การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย และเครือข่าย

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ พบว่า

1) ผลการเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ก่อน และหลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโดยรวมเพิ่มขึ้น 67.51% ส่วนการเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคโดยรวมเพิ่มขึ้น 56.93% เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานยาวัณโรคมีคะแนนการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นมากที่สุด 62.8% รองลงมาคือ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (57.29%) และการดูแลสุขภาพทั่วไป (ร่างกาย-จิตใจ) (48.79%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง การป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (n=60)

ตัวแปรความรู้	คะแนนความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังฯ	%differences
ก่อนการพัฒนา	8.88(3.09)	+67.51
หลังการพัฒนา	17.93(1.72)	

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติตัวกับการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (n=60)

ตัวแปรการปฏิบัติตัว	คะแนนการปฏิบัติตัว		%differences
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	
การรับประทานยาวัณโรค	1.45(0.65)	2.78(0.62)	+62.88
การดูแลสุขภาพทั่วไป (ร่างกาย-จิตใจ)	1.41(0.59)	2.32(0.38)	+48.79
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	1.42(0.54)	2.56(0.42)	+57.29
เฉลี่ยโดยรวม	1.42(0.49)	2.55(0.38)	+56.93

2) ผู้สัมผัสร่วมบ้านทั้งหมด 134 คน ส่วนใหญ่เป็นชาย (53.7%) อายุเฉลี่ย 45 ปี (SD.=16.28) สถานภาพสมรสคู่ (70.9%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (29.9%) และมัธยมศึกษาตอนปลาย (29.9%) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 12,108 บาทต่อเดือน (SD.=341.05) อาชีพเกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน) (52.20%) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ เป็นบุตร (58.20%)

3) การเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง การป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านพบว่าหลังการพัฒนาผู้สัมผัสร่วมบ้านมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคเพิ่มขึ้น 70.83% ส่วนการปฏิบัติตัวเพื่อการปฏิบัติตัวเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคโดยรวมเพิ่มขึ้น 43.90% เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีคะแนนการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นมากที่สุด (76.10) รองลงมา คือ ด้านการรับประทานยาวัณโรค (87.76%) และด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป (ร่างกาย-จิตใจ) (44.25%) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง การป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (n=60)

ตัวแปรความรู้	คะแนนความรู้ของผู้สัมผัสร่วมบ้าน	%differences
ก่อนการพัฒนา	9.21(4.25)	+70.83
หลังการพัฒนา	19.31(0.85)	

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อการเฝ้าระวัง การป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (n=60)

ตัวแปรการปฏิบัติตัว	คะแนนการปฏิบัติตัวของผู้สัมผัสร่วมบ้าน		%differences
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	
การรับประทานยาวัณโรค	1.26(0.51)	2.67(0.48)	+71.76
การดูแลสุขภาพทั่วไป (ร่างกาย-จิตใจ)	1.76(0.39)	2.76(0.39)	+44.25
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	1.27(0.51)	2.83(0.35)	+76.10
เฉลี่ยโดยรวม	1.76(0.37)	2.75(0.38)	+43.90

วิจารณ์

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์พบปัญหาทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ เช่น ด้านผู้ป่วยวัณโรค ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านผู้สัมผัส และด้านการให้บริการสาธารณสุข พบผลเช่นเดียวกับการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่นพบปัญหาอุปสรรคการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 3 ประเด็น คือด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรส่วนหนึ่งยังไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรค การกำกับการรับประทานยาไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากพี่เลี้ยงไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยรายได้น้อย ทำให้ไม่สามารถมารับยาตามนัดได้ ไม่มีเงินซื้อผ้าปิดปากและจมูก หรือซื้อไม่ได้ และผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ต้องการเปิดเผยตัวเอง เนื่องจากรู้สึกว่าการป่วยเป็นวัณโรคเป็นตราบาป กลัวเป็นที่รังเกียจของผู้อื่น จึงไม่ยอมสวม

ผ้าปิดปากและจมูก ผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยาเนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วย และผู้ดูแลขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข และด้านระบบบริหารจัดการ ได้แก่ ระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เช่น ครอบครัวเพื่อนร่วมงาน กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ HIV เป็นต้น ไม่ครอบคลุมและล่าช้า งบประมาณการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกและจัดซื้อน้ำยาตรวจเสมหะไม่เพียงพอ และขาดการมีส่วนร่วมกับชุมชน[7]

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ระยะพัฒนาระบบมีกระบวนการพัฒนา 2 วงรอบได้แก่ 1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และผู้สัมผัสร่วมบ้าน 2) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในชุมชนจากกลุ่มเสี่ยงต่างๆ อย่างรวดเร็ว 3) การรักษาอย่างต่อเนื่อง 4) การควบคุมแหล่งและการทำลายสิ่งปฏิกูลในชุมชน 5) การประสานงานส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชนเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค และ 6) สะท้อนการปฏิบัติงาน และเรียนรู้การทำงานร่วมกันในเครือข่าย เช่นเดียวกับรูปแบบใหม่ของการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เริ่มต้นตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษา การให้คำแนะนำ และการติดตามผู้ป่วยระยะเวลา 6 เดือนตามแนวคิด “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาระบบและชุมชนมีส่วนร่วม” โดยมีวัตถุประสงค์และกิจกรรม[7] รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อ.เมือง จ.มหาสารคาม ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุและจัดทำแผนแก้ไขปัญหา 2) จัดทำแนวทางปฏิบัติและกำหนดบทบาทบุคลากร 3) อบรมบุคลากรในรูปแบบฐานความรู้ 4) ชี้แจงแนวทางปฏิบัติ 5) เยี่ยมบ้านให้ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมกับพื้นที่ตามแนวทางปฏิบัติ 6) จัดทำอุปกรณ์สาธิตในการเยี่ยมบ้าน 7) พัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 8) ประชาคมหมู่บ้านต้นแบบ 9) นิเทศและประเมินผล และ 10) DOT Meeting สำหรับบุคลากร[8]

ผลลัพธ์ของการพัฒนาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสร่วมบ้านมีคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องวัณโรค 7.67±0.76คะแนน กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 8.30±1.08 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ กลุ่มควบคุมเท่ากับ ร้อยละ 73.33 แต่กลุ่มทดลองเท่ากับร้อยละ 93.33[7]; หลังการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้อยู่ในระดับมากจากเดิมร้อยละ 82.35 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 88.24 พฤติกรรมการดูแลตนเองจากเดิม (Mean =2.02, SD.=0.188) อยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็น (Mean=2.45, SD.=0.146) อยู่ในระดับมาก และผู้รับผิดชอบงานวัณโรคมีความรู้ในระดับมาก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.00 เป็นร้อยละ 100.00 ผลการติดตามเยี่ยมข้านครั้งแรกภายใน 7 วัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.76 เป็นร้อยละ 66.67 ผลการลงข้อมูลกำกับการกินยาใน TBCM online เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.10 เป็นร้อยละ 86.70 ผลการตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยทางระบบออนไลน์ ร้อยละ 76.9 และอัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 88.24[8] หลังจากฝึกอบรมและพัฒนาตามรูปแบบแล้วพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวัณโรคเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนา โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 7.04 และ 4.37 คะแนน ตามลำดับ ด้านปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันและควบคุมวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาโดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 6.88 ในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และมีคะแนนเพิ่มขึ้น 17.51 คะแนนในผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน[9]

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สามารถแพร่กระจายให้แก่ผู้อื่นที่ใกล้ชิดได้ ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยสูตรยาที่มีประสิทธิภาพและไม่พบเชื้อในเสมหะ ระยะเวลาจะสั้นหรือนาน ทั้งนี้ขึ้นกับว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ เพื่อรับการวินิจฉัยเร็วหรือช้า การวินิจฉัยโดยทีมสุขภาพรวดเร็วแค่ไหน ประสิทธิภาพของยาที่ใช้รักษาป่วยจากเชื้อที่ไวต่อยาหรือเชื้อดื้อยา เนื่องจากผู้ป่วยทั่วไปหลังเริ่มรักษา ส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาอย่างน้อย

2 สัปดาห์ - 2 เดือน จึงจะพ้นระยะแพร่เชื้อ ดังนั้นบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยจึงมีโอกาสรับเชื้อจากผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สัมผัสใกล้ชิดอื่นๆ รวมทั้งการปกป้องชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยให้ปลอดภัย ปรากฏการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ความรู้และการปฏิบัติเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมเชื้อโรค ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาการเตรียมความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Treatment of tuberculosis guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care 2021 update. Geneva, Switzerland: WHO/HTM/TB; 2021.
2. สำนักวัณโรค สถาบันบำราศนราดูร. แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2559.
3. กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
4. โรงพยาบาลโพธิ์ชัย. รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022). กลุ่มการพยาบาล; 2565.
5. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย ปี พ.ศ.2559-2563. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
6. Kemmis S. Action research as a practice-based practice. Educational Action Research. 2009;17(3):463-74.
7. พชรพร ครองยุทธ, ปัทมา ล้อพงค์พานิชย, เจษฎา สุราวรรณ์, จักรกริช ไชยทองศรี, กชมน นรปติ. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(1):15-27.
8. วัฒนา สว่างศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(3):116-29.
9. สุภาภรณ์ มิตรภานนท์, รัชนี ระดา, เสฐียรพงษ์ ศิวินา. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรคสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2563;3(3):164-74.

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบตามการรับรู้ของมารดาในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย

Effect of Individual Education Program on Child Care Behaviors Perceived by Mothers of Children Aged under 5 Years with Pneumonia in Pho Chai Hospital

ธนิยา กุสุมาลย์* ปาลิกา มลาไสย์ จิราวรรณ ขามอาราม*****
Taniya Kusuman, Palika Malasai, Jirawan Khamarram
Corresponding author: E-mail: Kusuman@gmail.com
(Received: December 7, 2023; Revised: December 14, 2023; Accepted: January 14, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคปอดบวม ตามการรับรู้ของมารดาในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย

รูปแบบการวิจัย : การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups, pre-posttest design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาเด็กที่มีเด็กป่วยด้วยโรคปอดบวมอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลโพธิ์ชัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (Independent t-test)

ผลการวิจัย : หลังการทดลองพบว่ามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถมากกว่า 2.02 คะแนน (95%CI: 1.75, 2.29); ส่วนพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี หลังการทดลองพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลขณะเจ็บป่วยโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1.50 คะแนน (95%CI: 1.14, 1.87) และคะแนนเฉลี่ยการดูแลเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.29 คะแนน (95%CI: 2.08, 2.49)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้มารดามีการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบเพิ่มขึ้น ดังนั้น ควรส่งเสริมการนำ Intervention ดังกล่าวมาใช้ในหน่วยงาน

คำสำคัญ : การให้ความรู้รายบุคคล; พฤติกรรมการดูแลเด็ก; โรคปอดอักเสบ; การรับรู้

*,**,***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย

ABSTRACT

Purposes : To compare child care behaviors perceived by mothers of children aged under 5 Years with pneumonia in Pho Chai Hospital.

Study design : Quasi-experimental research; two groups, pre-posttest design.

Materials and Methods : All total 50 of mothers sample were consisted of children with pneumonia under 5 years of age admitted to children's ward of Pho Chai Hospital who met the inclusion criteria, divided into 25 of subjects into experimental group and 25 of subjects into control group. Data were collected using a questionnaire and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test statistics (Independent t-test).

Main findings : After the experiment, we were found that mothers in experimental group had a higher mean score of overall perception of their ability to care for children with pneumonia than those of control group ($p<.001$), with mean score of their perception of their ability being 2.02 higher (95%CI : 1.75, 2.29); As for the behavior of caring for children under 5 years of age, after experiment we were found that mothers in experimental group had a higher mean score of care while sick than in control group ($p<.001$), with an overall mean score of care while sick more than 1.50 (95%CI: 1.14, 1.87) and mean score of care to prevent re-illness were overall higher than control group ($p<.001$), with mean score of care to prevent re-illness overall 2.29 (95%CI: 2.08 , 2.49).

Conclusion and recommendations : The results of this research that: mothers having increased awareness of their ability and behavior in caring for children with pneumonia. Therefore, it was used of this intervention in unit should be promoted.

Keywords : Individual Education; Child Care Behaviors; Pneumonia; Perceived.

*,**,***Registered Nurse Professional Level, Pho Chai Hospital

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พบมากที่สุดคือติดเชื้อไวรัส แบคทีเรีย หรือเชื้อราแต่ที่พบได้บ่อยที่สุดคือโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย Streptococcus pneumonia หรือ เชื้อนิวโมคอคคัสปอดอักเสบจำแนกเป็น 2 ชนิด คือ โรคปอดอักเสบในชุมชน (Community Acquired Pneumonia: CAP) หมายถึงปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อที่เกิดนอกโรงพยาบาลโดยไม่รวมปอดอักเสบที่เกิดขึ้นหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ และโรคปอดอักเสบที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (Hospital Acquired Pneumonia: HAP) เป็นปอดอักเสบจากการติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลแล้วอย่างน้อย 48-72 ชั่วโมง[1] โรคปอดอักเสบมีระยะฟักตัวไม่แน่นอนขึ้นกับชนิดของเชื้อก่อโรค อาจสั้นเพียง 1-3 วัน หรือนาน 1-4 สัปดาห์ สามารถแพร่เชื้อได้จนกว่าปริมาณเชื้อและความรุนแรงของเชื้อในเสมหะจากจมูกปากลดลง ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการไข้ ไอ หอบ อาจมีอาการเจ็บหน้าอก ตรวจพบว่าหายใจเร็ว ร่วมกับฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation หรือ Bronchial breath sounds แพทย์ยืนยันการวินิจฉัยโรคจากภาพรังสีทรวงอกพบมีรอยขึ้นเกิดขึ้นใหม่[2] โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตมากที่สุดทั่วโลก เป็นโรคที่พบบ่อยและมีอันตรายสูง โรคปอดอักเสบมักเกิดแทรกซ้อนตามหลังไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ โรคหัด หรือโรคอื่นๆ

ดังรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (RSV) โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[3] องค์การอนามัยโลก (WHO) ประมาณการว่าพบเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั่วโลกติดเชื้อไวรัส RSV ถึงปีละ 33 ล้านเสียชีวิต 66,000 ถึง 199,000 รายต่อปี เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เข้าโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 213,000 รายต่อปีกลุ่มเสี่ยงรองลงมา คือ ผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี โดยเฉลี่ย 158,000 รายต่อปี จากคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน และกลุ่มอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันที่ไม่ใช่ไข้หวัดใหญ่มากที่สุดในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม ซึ่งเป็นช่วงปลายฤดูฝนต้นฤดูหนาว ในระหว่างปี พ.ศ.2560-2565 พบผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 40,316 ราย และกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบผู้ป่วยจำนวน 27,438 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 763.36 ต่อแสนประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุ 1 ปี (28.46%) รองลงมา อายุ 2 ปี (21.96%) อายุน้อยกว่า 1 ปี (17.80%) อายุ 3 ปี (16.77%) อายุ 4 ปี (9.87%) และอายุ 5 ปี (5.14%) ตามลำดับ

เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 114,544 รายอัตราป่วย 172.47 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 114 รายอัตราป่วยตายร้อยละ 0.10 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดในเด็กกลุ่มอายุ 0-4 ปี อัตรา 573.99, อายุ 65 ปี ขึ้นไป อัตรา 560.56 และ อายุ 55-64 ปี อัตรา 203.44 ตามลำดับ เมื่อการพยากรณ์โรคปอดอักเสบปี พ.ศ. 2565 จะใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบระหว่างปี พ.ศ. 2554-2564 มีค่าความคาดเคลื่อนของการพยากรณ์ร้อยละ 11.70 โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2565 ประเทศไทยจะพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบประมาณ 191,814 ราย ซึ่งค่าการพยากรณ์ที่ได้จะพบจำนวนผู้ป่วยสูง 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ช่วงต้นปี (เดือนมกราคม-มีนาคม) จะพบผู้ป่วยประมาณ 16,000 รายต่อเดือน และช่วงที่ 2 (เดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน) จะพบผู้ป่วยประมาณ 20,000 รายต่อเดือน[4] โรคปอดอักเสบติดเชื้อหรือที่เรียกกันว่าโรคปอดบวม เกิดจากการติดเชื้อในปอด ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งเชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย หรือทั้งเชื้อไวรัสและแบคที่เรียร่วมกัน ส่วนน้อยอาจเกิดจากเชื้อวัณโรคหรือเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยในเด็ก เช่น เชื้อนิวโมคอคคัส เชื้อฮิบ หรือเชื้อไมโครพลาสมา เชื้อไวรัสที่พบบ่อยในเด็ก เช่น เชื้อ RSV ไข้หวัดใหญ่ ADENOVIRUS PARAINFLUENZA VIRUS เป็นต้น โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุมักอยู่ในน้ำลายหรือเสมหะของผู้ป่วย และสามารถติดต่อได้หลายทางตั้งแต่การหายใจเอาเชื้อเข้าสู่ปอดโดยตรง บางส่วนอาจเกิดจากการสำลัก

อาหาร การแพร่กระจายตามกระแสเลือด หรือแพร่ผ่านจากมือคนซึ่งมีสารคัดหลั่งที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ไปสู่อีกคน โรคนี้พบบ่อยในเด็กโดยเฉพาะเด็กเล็ก เด็กที่มีความพิการแต่กำเนิด มีโรคหัวใจ มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือมีภาวะขาดอาหาร โดยผู้ป่วยอาจจะมีไข้ มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อยหรือหายใจลำบาก ขณะหายใจมีชายโครงหรือหน้าอกบุ๋ม ในเด็กโตอาจมีอาการเจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้าออกลึกร่วมด้วย และในกรณีที่มีอาการรุนแรง อาจส่งผลให้มีน้ำหรือหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดมีฝีในปอดหรือมีภาวะหายใจล้มเหลวได้[4] ในทำนองเดียวกันสถานการณ์การดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลโพธิ์ชัยตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2564 พบเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยโรคปอดอักเสบเป็นจำนวนทั้งหมด 1,344 ราย จำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 745 ราย เพศหญิง 599 ราย โดยจำแนกเป็นรายปีพบ จำนวน 249 ราย, 435 ราย, 430 ราย, 376 ราย และ 199 ราย ตามลำดับ[5]

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อซ้ำหลายครั้งใน 1 ปีหรือภายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีข้างต้นแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยแพทย์เฉพาะทางด้านโรคระบบหายใจเพื่อหาสาเหตุ โดยแพทย์จะพิจารณาวิธีการตรวจเพิ่มเติมโดยอาศัยภาพถ่ายรังสีขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อในแต่ละครั้งที่ผ่านมาว่าพบความผิดปกติที่ตำแหน่งเดียวกันตลอดหรือกระจายคนละตำแหน่งทั่วทั้งปอด สาเหตุของการเกิดปอดอักเสบซ้ำในเด็กที่พบบ่อย เช่น การสำลักอาหาร การมีโครงสร้างผิดของหลอดลมหรือปอด การมีภาวะหลอดลมไวหรือมีอาการของโรคหืดร่วมด้วย โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการไอ หายใจลำบากหรือมีเสียงหวีดยาวนานหลังจากมีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้นโดยมีอาการมากเวลากลางคืนหรือหลังได้รับสารก่อภูมิแพ้ หลังการออกกำลังกาย การหัวเราะหรือร้องไห้ มีประวัติโรคภูมิแพ้ในครอบครัวโดยเฉพาะโรคหืดในบิดามารดาหรือพี่น้อง มีอาการผิวหนังอักเสบหรือเยื่อบุจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ร่วมด้วย เป็นต้น นอกจากนี้สาเหตุการเกิดปอดอักเสบซ้ำในเด็กยังอาจเป็นผลมาจากโรคหัวใจ ภาวะที่ปอดพัฒนาไม่สมบูรณ์จากการคลอดก่อนกำหนด หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง จึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และให้การรักษาป้องกันตามสาเหตุต่อไป อย่างไรก็ตามโรคปอดอักเสบติดเชื้อในเด็กเป็นโรคที่พบบ่อย และในกรณีที่อาการรุนแรงอาจส่งผลให้มีภาวะหายใจล้มเหลวได้ ผู้ปกครองสามารถมีส่วนช่วยในการป้องกันบุตรหลานจากโรคปอดอักเสบติดเชื้อได้ โดยการหลีกเลี่ยงการพาบุตรหลานโดยเฉพาะเด็กเล็กเข้าไปในสถานที่ซึ่งมีคนแออัดหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ควันไฟ ควันจากท่อไอเสียรถ หรืออากาศที่หนาวเย็นเกินไป หมั่นล้างมือทำความสะอาดบ่อยๆ เมื่อมีโอกาสสัมผัสเสมหะ น้ำมูกหรือน้ำลายของผู้ป่วย[6]

การเกิดโรคปอดอักเสบในเด็กส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเด็กป่วยที่นอนโรงพยาบาลมักมีภาวะทุพโภชนาการ การนอนหลับถูกรบกวนจากความไม่สุขสบายของร่างกายเกิดความเจ็บปวดจากการทำหัตถการ การปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรและเสียงดังจากสิ่งแวดล้อมสิ่งเหล่านี้ทำให้เด็กพักผ่อนไม่เพียงพอจึงเกิดอาการอ่อนเพลีย[7] สำหรับผลกระทบด้านจิตใจนั้น เด็กที่ป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการทำหัตถการที่ส่งผลกระทบให้เด็กป่วยเกิดความเครียด โดยเด็กอาจแสดงออกของอารมณ์ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากภาวะปกติ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีการป่วยด้วยโรคปอดอักเสบจะส่งผลให้มีความรุนแรงมากขึ้น และมีโอกาสเป็นซ้ำได้มากกว่าเด็กโต และเมื่อกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำจะส่งผลกระทบต่อเด็กอย่างรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ในส่วนผลกระทบด้านครอบครัวโดยเฉพาะบิดามารดาเนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิด และรับผิดชอบดูแลเด็กป่วยมากที่สุด บิดามารดาต้องเผชิญกับความเครียดจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และต้องปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ความรุนแรงของอาการของเด็กป่วยรวมถึงการกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำของเด็ก

จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและการวิเคราะห์ของผู้เกี่ยวข้องพบว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยเด็กยังไม่มีประสิทธิภาพในประเด็น เช่น

(1) การประเมินความรุนแรงของภาวะหายใจลำบาก และการจัดการทางเดินหายใจยังมีความล่าช้าส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเกิดภาวะหายใจล้มเหลวจนต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผนสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากพยาบาลขาดความรู้ และทักษะ ได้แก่ทักษะในการประเมิน Retraction การฟังเสียงปอดและอีกประการก็คือ การขาดเครื่องมือและแนวทางที่จะช่วยในการตัดสินใจในการประเมินความรุนแรง และจัดการทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากทำให้การปฏิบัติมีความหลากหลายไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันขึ้นกับสมรรถนะและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติของแต่ละบุคคล (2) ขาดการมีส่วนร่วมของทีมสาขาวิชาชีพอาทินักกายภาพบำบัด ซึ่งจะต้องเข้ามาร่วมในการทำกายภาพบำบัด การเคาะปอดเพื่อการระบายเสมหะเภสัชกรร่วมในการประเมินการใช้ยา สอนการพ่นยาตลอดจนนักโภชนาการที่ร่วมในการประเมินภาวะโภชนาการ และให้คำปรึกษา (3) ขาดการนำบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลจะต้องได้รับการเตรียมด้านความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า มีประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยเองทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัยลดความเครียดจากการแยกกัน ด้านผู้ปกครองได้รับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและยังสามารถรักษาบทบาทในการเป็นผู้บริบาลได้อย่างต่อเนื่องสำหรับพยาบาลผู้ปกครองจะเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีทำให้พยาบาลได้รับทราบข้อมูลของเด็กและสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น[8]

เมื่อพิจารณากิจกรรมการนำผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายในหอผู้ป่วยแผนกกุมารเวชกรรม พบว่ายังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนทำให้เกิดความหลากหลายในการปฏิบัติ การให้ความรู้บางครั้งไม่ครอบคลุม และตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลโดยเฉพาะทักษะที่สำคัญ เช่น การประเมินการหายใจ การดูแลเมื่อมีน้ำมูก และเสมหะ การจัดท่าเพื่อระบายเสมหะ การเช็ดตัวลดไข้ ฯลฯ เป็นต้น และปัญหาอีกประการหนึ่งก็คือ ผู้ดูแลจะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนเข้ามาดูแลผู้ป่วยบางครั้งผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลเป็นคนละคนกับผู้ดูแลเมื่ออยู่ที่บ้านที่อาจจะยังขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยก็จะทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพซึ่งจะส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำและกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก สอดคล้องกับงานวิจัยของพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบในแผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลนครพนม เมื่อนำรูปแบบไปใช้พบว่า ผู้ป่วยมีวันนอนลดลง 1.1 วัน ค่ารักษาพยาบาลลดลง 2,466.20 บาท ไม่พบการเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว ย้ายไปหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน หรือกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังได้รับการสอน ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด พยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น พยาบาลและทีมสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด[9]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบตามการรับรู้ของมารดาในโรงพยาบาลโพธิ์ชัยให้เป็นรูปธรรม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวเพื่อร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยคาดหวังว่าจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย คือปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง และมีความพึงพอใจในบริการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคปอดบวมตามการรับรู้ของมารดาในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups, pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบตามการรับรู้ของมารดาในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาเด็กที่มีเด็กป่วยด้วยโรคปอดบวมอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลตั้งแต่เดือนมีนาคม - สิงหาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาเด็กที่มีเด็กป่วยด้วยโรคปอดบวมอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลโพธิ์ชัย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติดังนี้ (1) มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ด้วยป่วยโรคอักเสบและเป็นผู้ดูแลเด็กมาโดยตลอดตั้งแต่เริ่มมีอาการป่วยด้วยโรคปอดบวมครั้งนี้ (2) มารดาสามารถติดต่อสื่อสาร อ่านออกเขียนภาษาไทยได้ และ (3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่าง (Randomization) เข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยใช้โปรแกรม Minimization[10]

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของโคเฮน[10] โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 กำหนดอำนาจการคสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่จะศึกษา (Effect size) เท่ากับ 0.80 ในการกำหนดขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่จะศึกษา ได้จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ใกล้เคียงที่สุดคืองานวิจัยของบุษบง โกฏิวิเชียร[11] คำนวณ ค่า Effect size ได้ 1.28 ซึ่งเป็นการกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่มาก (Large Effect size) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดค่า เท่ากับ 0.80 เมื่อเปิดตารางการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25 คนต่อกลุ่ม ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี ดังนี้

1.ลักษระทางประชากรแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ (1) ข้อมูลเกี่ยวกับมารดาเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ อายุ การศึกษาอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว รายได้ของครอบครัวเพียงพอ/ไม่เพียงพอจำนวนบุตร จำนวนบุตรอายุน้อยกว่า 5 ปี จำนนสมาชิกในครอบครัว ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคปอดบวม และความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของมารดา (2) ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประกอบด้วย อายุ ลำดับที่ของบุตร น้ำหนักแรกคลอด น้ำหนักปัจจุบัน ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรค และประวัติการเจ็บป่วย ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

2. การรับรู้อาการของมารคาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการของเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำของผู้ดูแลของศิราณี อิ่มน้ำขาว[12] ซึ่งทดสอบค่าความน่าเชื่อถือได้เท่ากับ 0.78 เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ

3. พฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นการรับรู้พฤติกรรมการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยและการรับรู้พฤติกรรมการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้วยโรคปอดบวม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของศิราณี อิ่มน้ำขาว[12] ประกอบด้วย การดูแลเมื่อบุตรมีไข้ คัดจมูก น้ำมูกไหล ไอ หายใจมีเสียงดัง หายใจลำบาก มีหน้าอกบุ๋มหรือหอบ เจ็บคอดูดน้ำ/นม หรือรับประทานอาหารไม่ได้ จำนวน 15 ข้อ และการรับรู้พฤติกรรมการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้วยโรคปอดบวมประกอบด้วยการรับรู้พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และการเพิ่มภูมิต้านทานโรคแก่ร่างกายเด็ก จำนวน 15 ข้อ รวมจำนวน 30 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย ผ่านตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ช่วยตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงความถูกต้องของภาษา ความครบถ้วนของเนื้อหาตามความเห็นและคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับมารดาเด็กโรคปอดบวมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ที่หอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลโพนทอง เพื่อทดสอบความเข้าใจในคำถามของแบบสอบถามและระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามแต่ละชุด

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนตามลำดับดังนี้

ขั้นเตรียมการ โดย 1) ผู้วิจัยได้จัดทำบันทึกข้อความผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ชัย เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการเก็บข้อมูล 2) เมื่อผู้วิจัยได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ชัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็กเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล 3) พบพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยเด็ก 1 เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการวิจัย และ 4) เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยดูแลเด็กในขณะที่มารดาเข้าร่วมการทดลองกรณีเด็กไม่มีผู้ดูแลคนอื่น

ขั้นดำเนินการก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งให้เซ็นชื่อในใบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย และเก็บข้อมูลปัจจัยที่ควบคุม (Prognostic factors) หลังจากนั้นจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง โดย 10 รายแรก ใช้วิธีการจับฉลาก ต่อมาจะใช้โปรแกรมมินิไมเซชัน (Minimization) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มควบคุม โดย 1) วันแรกของการเข้ารับการรักษาผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากรของมารดาและเด็ก แบบสอบถามความรู้โรคปอดอักเสบในเด็ก แบบสอบถามการรับรู้อาการของมารดาเด็กโรคอักเสบที่ป่วยซ้ำ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคอักเสบที่ป่วยซ้ำ 2) มารดาได้รับความรู้ตามปกติจากบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล เป็นการให้ความรู้ของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยหรือแพทย์ผู้รักษา เป็นความรู้ทั่วไปๆ เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบซึ่งส่วนใหญ่ให้ความรู้รายกลุ่ม เป็นการให้ความรู้ทางเดียว ไม่มีเวลาให้มารดาซักถามไม่มีการประเมินมารดาก่อนและหลังให้ความรู้ 3) ผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดอักเสบที่ป่วยซ้ำภายหลังการเข้ารับการรักษาวันที่ 3 และ 4) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พร้อมทั้งแจกของที่ระลึกและแสดงความขอบคุณและแจ้งมารดาให้ทราบถึงการสิ้นสุดการเป็นตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มทดลอง โดย 1) วันแรกของการเข้ารับการรักษาผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและเด็ก แบบสอบถามความรู้โรคปอดอักเสบในเด็ก แบบสอบถามการรับรู้อาการของมารดาเด็กโรคปอดอักเสบที่ป่วยซ้ำ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการให้ความรู้ โดยในวันแรกผู้วิจัยได้ทำการประเมินการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการดูแลบุตรด้วยการซักถามมารดาและประเมินการรับรู้ตามเนื้อหาของโรคปอดบวมจากแบบสอบถามความรู้โรคปอดบวมในเด็ก และดำเนินการให้ความรู้โรคปอดบวมตามแผนการสอนโดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับมารดาแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความหมาย อุบัติการณ์การเกิดโรค สาเหตุการติดต่อปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดงตามแผนการสอนและภาพพลิกที่เตรียมไว้ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามของมารดา เพื่อให้มารดาเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที 2) วันที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการให้ความรู้ในวันที่ 2 ทำการทบทวนความรู้ที่ได้ให้ไปในวันแรก และเปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยและตอบคำถาม

ของมารดาให้ความรู้เพิ่มในส่วนของการประเมินอาการ การรับรู้อาการ ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบการดูแลรักษา การป้องกันและควบคุมโรค และการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ ตามแผนการสอนและภาพพลิกที่เตรียมไว้ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามของมารดา เพื่อให้มารดาเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องถึงความรุนแรงรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและรับรู้ทางเลือกในการแก้ไขอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที 3) วันที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการให้ความรู้ ในวันที่ 3 ทำการทบทวนความรู้ที่ได้ให้ไปในวันแรกและวันที่ 2 เปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามของมารดา และให้มารดาดูวิดีทัศน์เรื่อง เมื่อลูกเป็นหวัดพ่อแม่ควรทำอย่างไร เพื่อเป็นการเน้นย้ำการดูแลบุตรเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที พร้อมทั้งแจกคู่มือความรู้โรคปอดอักเสบในเด็ก 4) ผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดอักเสบที่ป่วยซ้ำ ภายหลังการเข้ารับการรักษาวันที่ 3 และ 5) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พร้อมทั้งแจกของที่ระลึกและแสดงความขอบคุณ และแจ้งมารดาให้ทราบถึงการสิ้นสุดการเป็นตัวอย่างในการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรอง และอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อพิจารณาอนุมัติก่อนดำเนินการวิจัย รหัสหนังสือรับรอง COE 0892565 ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยตระหนักและให้ความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และชี้แจงด้วยวาจาและเป็นลักษณ์อักษรเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ ขั้นตอน รูปแบบในการวิจัย วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งความปลอดภัยของการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากมีข้อสงสัยติดขัดหรือเกิดความไม่ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้ (1) ข้อมูลลักษณะทางประชากรของมารดาและเด็กในระดับนามมาตราและเรียงอันดับ วิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ และ (2) ทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของการรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล หลังการทดลอง โดยการใช้สถิติทีอิสระแบบทดสอบทางเดียวกรณีที่ 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (1-tailed, Independent test)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างในทดลองทั้งหมด 25 คน พบว่า อายุเฉลี่ย 31 ปี (SD.=4.31) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับการศึกษามัธยมศึกษา(52.0%) อาชีพรับจ้าง (48.0%) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 33,480 บาท/เดือน (SD.= 14,894) รายได้ของครอบครัวเพียงพอ (68.0%) จำนวนบุตรเฉลี่ย 2.0 คน (SD.=0.81) จำนวนบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี (รวมทั้งผู้ป่วย) เฉลี่ย 2 คน (SD.=0.62) จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5 คน (SD.=1.22) เคยประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคปอดบวม (64.0%) และความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของมารดาไม่รุนแรง (44.0%) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า อายุเฉลี่ย 32 ปี (SD.=7.28) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับการศึกษามัธยมศึกษา (72.0%) อาชีพแม่บ้าน (44.0%) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 18,080บาท/เดือน (SD.=9,621.67) รายได้ของครอบครัวเพียงพอ (68.0%) จำนวนบุตรเฉลี่ย 2.0 คน (SD.= 0.79) จำนวนบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี (รวมทั้งผู้ป่วย) เฉลี่ย 1 คน (SD.=0.41) จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5 คน (SD.=1.32) เคยประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคปอดบวม (64.0%) และความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของมารดารุนแรงมาก (48.0%)

กลุ่มทดลองเด็กอายุ อายุเฉลี่ย 31.72 เดือน (SD.=17.19) เป็นบุตรลำดับที่ 2 (48.0%) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 2,956.40 กรัม (SD.=313.86) น้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ย 14.08 กิโลกรัม (SD.=5.42) ประวัติการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ (88.0%) ประวัติการเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนผ่านมาบุตรไม่เคยมีอาการตัวร้อน หรือไอ หรือมีน้ำมูก (68.0%)

กลุ่มควบคุมพบว่า อายุเฉลี่ย 31.67 เดือน (SD.=7.28) เป็นบุตรลำดับที่ 2 (60.0%) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 2,905 กรัม (SD.= 321.85) น้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ย 11.78 กิโลกรัม (SD.= 4.20) ประวัติการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ (64.0%) ประวัติการเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนผ่านมาบุตรเคยมีอาการตัวร้อน หรือไอ หรือมีน้ำมูก (64.0%) ดังแสดงในตารางที่ 2

2. ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ หลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองพบว่ามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถมากกว่า 2.02 คะแนน (95%CI: 1.75, 2.29) ส่วนพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี หลังการทดลองพบว่ามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลขณะเจ็บป่วยโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลขณะเจ็บป่วยโดยรวมมากกว่า 1.50 คะแนน (95%CI: 1.14, 1.87) และคะแนนเฉลี่ยการดูแลเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำโดยรวม 2.29 คะแนน (95%CI: 2.08, 2.49) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบของมารดาโดยรวม และเป็นรายด้านหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE.)	95%CI	p
การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็ก					
กลุ่มทดลอง	25	3.95(0.53)	2.02(0.13)	1.75, 2.29	<.001
กลุ่มควบคุม	25	1.93(0.42)			
พฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี					
การดูแลขณะเจ็บป่วย					
กลุ่มทดลอง	25	3.42(0.59)	1.50(0.18)	1.14, 1.87	<.001
กลุ่มควบคุม	25	1.91(0.69)			
การดูแลเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ					
กลุ่มทดลอง	25	4.17(0.28)	2.29(0.10)	2.08, 2.49	<.001
กลุ่มควบคุม	25	1.88(0.41)			

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการทดลองมารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถมากกว่ากลุ่มทดลอง 2.02 คะแนน ส่วนพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี หลังการทดลองพบว่ามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลขณะเจ็บป่วยโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลขณะเจ็บป่วยมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.50 คะแนนและมีคะแนนเฉลี่ยการดูแล

เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.29 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือนถึง 3 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดบวม ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าหลังให้โปรแกรมพบผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความสามารถด้านการป้องกันการสำลัก การดูแลเมื่อเด็กมีน้ำมูก ไอ ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการดูแลในภาพรวมเพิ่มมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และมีความสามารถในการดูแลเด็กโรคปอดบวมมากกว่ากลุ่มควบคุม[13] สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มี 4 องค์ประกอบ 1) แผนการดูแลโดยทีมสาขาวิชาชีพ 2) การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 3) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว และ 4) การวางแผนการจำหน่าย 5 ขั้นตอน คือประเมินปัญหาและความต้องการวินิจฉัยปัญหา กำหนดแผนการจำหน่าย โดยใช้ METHOD ปฏิบัติตามแผน และประเมินผล โดยนำรูปแบบไปใช้พบผู้ป่วยมีวันนอนลดลง 1.1 วัน ค่ารักษาพยาบาลลดลง 2,466.20 บาท ไม่พบการเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว ย้ายไปหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผนหรือกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังได้รับการสอนผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด พยาบาลมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นพยาบาลและทีมสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด[9,7,14] และสอดคล้องกับภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำและความคาดหวังในผลของการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำดีกว่าก่อนการทดลอง และมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มทดลองดีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ขณะที่ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายทั้งสองกลุ่ม[15]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) เป็นการตัดสินความสามารถตนเองว่าสามารถทำงานในระดับใด หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การจูงใจและพฤติกรรม ซึ่งบุคคลที่มีกรรับรู้ความสามารถตนสูง จะช่วยให้ประสบความสำเร็จ และมีความเป็นอยู่ที่ดี เมื่อเผชิญปัญหาหรืองานที่ยากจะเป็นสิ่งที่ท้าทายให้เขาแก้ไขโดยใช้ความพยายาม ถึงแม้จะล้มเหลวเขาก็จะมองความผิดพลาดไปที่พยายามไม่เพียงพอ หรือขาดความรู้หรือทักษะ ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ จะมองงานที่ยากว่าเป็นภาวะคุกคาม จะหลีกหนีและล้มเลิกการกระทานั้นๆ เมื่อมีความผิดพลาดจะมองว่าตนเองด้อยขาดความสามารถ ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เสนอว่าการใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมีความสามารถ ที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการงกกล่าวนั้น ค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันหัวไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง[16] ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจงร่วมกันก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน ดังนั้นการใช้โปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบตามการรับรู้ของมารดาครั้งนี้จึงส่งผลให้มารดามีการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ ควรมีการจัดโปรแกรมฯ ในระบบบริการที่หอผู้ป่วยที่จุดจำหน่ายก่อนกลับบ้านและจัดระบบการติดตาม โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ควรพิจารณาในประเด็น เช่น ความจำเป็นตามลำดับความสำคัญ

เนื่องจากโปแกรมนี้ใช้แนวทางการเข้าถึงเป็นรายบุคคล ซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาที่อาจทำให้ไม่ครอบคุลมได้ทุกราย หรืออาจใช้ช่องทางการสื่อสารอื่นๆ เช่น ผ่านไลน์ แอปพลิเคชันเป็นทางเลือกเพื่อสร้างการเรียนรู้ทักษะการดูแล โดยใช้ข้อความเนื้อหาที่เน้นการพัฒนาความมั่นใจในการปฏิบัติและผลดีของการปฏิบัติ และคลิปวิดีโอการสอนทักษะการดูแล เช่น การเช็ดตัว การดูดเสมหะ เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการนำโปแกรมฯ นี้ไปทำการศึกษาซ้ำในกลุ่มมารดาที่มีคุณลักษณะเหมือน และแตกต่างจากการศึกษานี้ เพื่อศึกษาว่ายังมีประสิทธิผลหรือไม่ อย่างไร

2.2 ควรศึกษาผลเฉพาะของการส่งมอบกิจกรรมสุขศึกษาผ่านสื่อหลายช่องทาง เช่น ไลน์แอปพลิเคชัน สื่อคลิปวิดีโอ (Tik-Tok) เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ เฉพาะเรื่อง เช่น การให้ยา การเช็ดตัวลดไข้ การสังเกตการหายใจและการดูดเสมหะ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Strategy and Planning Division. Standard coding guidelines. Saeng Chan Press Limited Partnership; 2560.
2. Department of Disease Control. Annual epidemiological surveillance report 2012; 2012.
3. กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. โรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัส RSV. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. กรมควบคุมโรค. DDC WATCH จับตาโรคและภัยสุขภาพ. 2564;9(1):1-20.
5. โรงพยาบาลโพธิ์ชัย. สรุปผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข ปี พ.ศ.2564. งานยุทธศาสตร์; 2564.
6. ปราการ ตอวิเชียร. โรคปอดอักเสบติดเชื้อในเด็ก. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
7. สุจิน เพชรมาก. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มารดาต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง; 2564.
8. Kristensson-Hallstrom I. Parental participation in pediatric surgical care. Association of perioperative Registered Nurse [AORN] Journal. 2000;71(5):1021-33.
9. วนิดา แสนพุก, สุดใจ ศรีสงค์, เพ็ญจุรี แสนสุริวงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ. วารสารกองการพยาบาล. 2563;47(1):153-71.
10. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Thorofare, NJ: Erlbaum; 1988.
11. บุษบง โกฏิวิเชียร. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กชุมชนเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533.
12. ศิราณี อิ่มน้ำขาว. การรับรู้อาการและแบบแผนการดูแลเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำของผู้ดูแล [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
13. ศิราณี อิ่มน้ำขาว, วิภาดา ดวงพิทักษ์, ไรจูณ กุลจิติพงศ์, อลิสา ผาบพุทธา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมต่อความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคปอดบวม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565;19(3):165-76.
14. อัลจนา ไชยวงศ์, มาลีวรรณ เกษตรทัต, อุษณีย์ นากุ, สุรสิทธิ์ จีสันติ. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2557;10(3):183-93.
15. ภาวิณี ช่วยแท่น, ภรณี วัฒนสมบูรณ์, สุปรียา ตันสกุล. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในมารดาเด็กโรคปอดอักเสบ. วารสารสุขศึกษา. 2563;43(1):12-24.

16. Evans R I. Albert Bandura: The Man and His Ideas. New York: Praeger Press; 1989.

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย

The Effects of Pre-operative Preparing Surgery Program on Anxiety and Practices of one day Surgery : ODS in Kasetwisai Hospital

มยุรา ศรีศิลป์*
Mayura srisil
Corresponding author: E-mail: Myurasrisilp@gmail.com.
(Received: December 7, 2023; Revised: December 15, 2023; Accepted: January 14, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์-กรกฎาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence interval

ผลการวิจัย : หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลโดยรวม น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่า 1.07 คะแนน (95%CI: 0.92, 1.21) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.22 คะแนน (95%CI: 1.90, 2.53)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดดีขึ้น ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวนำนวัตกรรมทางสุขภาพนี้ไปใช้

คำสำคัญ : การเตรียมความพร้อม; ความวิตกกังวล; ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ; การปฏิบัติตัว

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

ABSTRACT

Purposes : To compare mean scores of anxiety and behavior patients before on anxiety and practices of one day surgery : ODS.

Study design : Quasi-experimental research; two-group pretest-posttest design

Materials and Methods : A total of 60 subjects were patients undergoing same-day surgery, divided into an experimental group and a control group, 30 of subjects per group. We were conducted from March-July 2023. Data were collected using a questionnaire. And data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Independent t-test, and statistical significance was set at 95% Confidence interval.

Main findings : After the experiment, it was found that patients who had one day surgery in the experimental group had an average overall anxiety score, less than the control group ($p<.001$), with an mean score anxiety less than 1.07(95%CI:0.92, 1.21) and an overall mean scores performance for patients undergoing one day surgery than the control group ($p<.001$), with an mean score of 2.22 higher (95%CI: 1.90, 2.53).

Conclusion and recommendations : The results of this research indicated that patients' anxiety decreased and their postoperative behavior improved. Therefore, relevant agencies should be encouraged to use this health innovation.

Keywords : Pre-operative Preparing; Anxiety; One day surgery; Practices

*Registered Nurse Professional Level, Kasetwisai Hospital

บทนำ

การผ่าตัดเป็นวิกฤติการณ์ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งนี้แม้การผ่าตัดเล็ก ๆ ก็อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และการผ่าตัดใหญ่บางประเภทมีโอกาสเกิดผลกระทบต่อชีวิต นอกจากนั้นไม่ว่าการผ่าตัดใดๆ ย่อมมีผลกระทบต่อแบบแผนของชีวิตเสมอ ได้แก่ การพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และการออกกำลังกาย การใช้ชีวิตในสังคม เป็นต้น[1] ทั้งนี้การผ่าตัดจะต้องเป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด โดยมีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญประสานงานกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย/ทีมวิสัญญีพยาบาล/ศัลยแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการผ่าตัดเยี่ยมผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด และการบันทึกรายงานและส่งต่อข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญ/ภาวะเสี่ยงที่พบกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด[2] ดังนั้น การผ่าตัดจึงมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นการให้บริการสุขภาพ แก่ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้รับการผ่าตัดนั้นหายจากโรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการผ่าตัด ตลอดจนฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็วสามารถกลับไปดำรงบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัวและสังคมได้ตามศักยภาพสูงสุดของแต่ละบุคคล เช่นเดียวกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงานที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่มีเป้าหมายให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์อย่างทั่วถึงรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ลดความเหลื่อมล้ำของผู้รับบริการ รวมทั้งมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ โดยกรมอนามัยได้นำแนวคิดของการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS)[3] เป็นการผ่าตัดแบบไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่ต้องนอนพักค้างคืน ปัจจุบันการรักษาโรคที่ต้องใช้การผ่าตัดมีแนวโน้มมากขึ้น ซึ่งเดิมยังพบปัญหาอุปสรรคในด้านการบริการทางการแพทย์ ได้แก่ ระยะเวลารอการผ่าตัดนาน เช่น การนัดหมายคิว การรอวันมานอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวผ่าตัด การนอนพักฟื้นสังเกตอาการ รวมถึงการจัดการความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเนื่องมาจากการรับการรักษาเป็นระยะเวลานาน และทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยเข้าถึงการบริการที่จำเป็นได้น้อยลง ระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กได้รับความนิยมมากขึ้นเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติและประเทศไทยได้ผลักดันทำให้เกิดระบบการเบิกจ่ายที่เหมาะสม ประโยชน์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยในรูปแบบนี้ คือ ลดระยะเวลารอการผ่าตัด ประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการลดความแออัดในโรงพยาบาล เพิ่มการเข้าถึงการบริการของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษาสูง

จากรายงานของกรมอนามัยในปีงบประมาณ พ.ศ.2561-2565 พบว่า มีการทำหัตถการ ODS จำนวน 90,418 รายนั้น สามารถลดค่าใช้จ่ายภาคประชาชน ได้จำนวน 144,668,800 บาท ประมาณการค่าใช้จ่ายต่อวันของผู้ป่วย: ค่าอาหาร 200 บาท ค่าเดินทาง 200 บาท/ค่าเสียเวลา 400 บาท (รวม 800 บาท/คน/วัน) ลดวันนอนโรงพยาบาลได้ 180,836 วัน (90,418 ราย x 2วัน) จึงเห็นได้ว่าการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายรวมทั้งการสูญเสียรายได้ของประชาชน ประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการอย่างเป็นรูปธรรมทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานและปลอดภัย ลดระยะเวลารอคอยการรักษา ลดความแออัดในโรงพยาบาล ทำให้มีเตียงรองรับผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินหรือโรคที่ยุ่งยากขับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี[4]

ในทำนองเดียวกันโรงพยาบาลเกษตรวิสัยเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 ขนาด 60 เตียง ทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย คือโรงพยาบาลปทุมรัตต์โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน และโรงพยาบาลเมืองสรวง ทำให้มีแนวโน้ม

จำนวนผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากข้อมูลผู้รับบริการผ่าตัดทุกประเภท ตั้งแต่ พ.ศ. 2561-2565 จำนวน 2,999; 2,615; 2,298; 2,395 และ 2,632 ราย ตามลำดับ และผู้รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563-2565 จำนวน 53,71,88 รายตามลำดับ อัตราครองเตียงผู้ป่วยเฉลี่ยร้อยละ 71.63; 81.97; 63.77; 97.5 และ 128.55 ตามลำดับ[5] พ.ศ.2563 หลังได้รับการประเมินจากกรมการแพทย์ โรงพยาบาลเกษตรวิสัยได้ดำเนินกิจกรรมหลัก คือ การให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างมีมาตรฐาน ตามที่ทางกรมการแพทย์ได้มีการกำหนดขั้นตอนหลักของการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดหรือทำหัตถการ การมารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการในโรงพยาบาล การพักฟื้นหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ และการติดตามผลการรักษา[6] อย่างไรก็ตามยังไม่มีการระบุรายละเอียดการดูแลในแต่ละขั้นตอนหรือแนวทางการดูแลที่ชัดเจนเพื่อการปฏิบัติงานที่สะดวกและปลอดภัย ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล แต่ก็ยังพบว่า มีอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดปี พ.ศ.2561-2565 จำนวน 6,9,5,6 และ 5 ราย ตามลำดับ จากการศึกษาสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม พบว่าส่วนใหญ่มีสาเหตุจากความไม่พร้อมของร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ผลทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ และความไม่พร้อมทางด้านจิตใจ นอกจากอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด ยังมีอุบัติการณ์ความไม่พร้อมของแพทย์และทีมผ่าตัด เช่น แพทย์ติดภารกิจอื่นหรือเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่จำเป็นในการผ่าตัดไม่พร้อม เป็นต้น จากเหตุการณ์ดังกล่าว ทำให้การผ่าตัดไม่เป็นไปตามแผนทำให้การดำเนินการผ่าตัดล่าช้า หรือมีการเลื่อนการผ่าตัดดังได้ กล่าวไปแล้ว การเลื่อนผ่าตัดจะทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยและโรงพยาบาล เพิ่มภาระงานให้เจ้าหน้าที่โดยไม่จำเป็น งานห้องผ่าตัดมีการจัดให้พยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด แต่ยังไม่มีการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ชัดเจน ผู้จัดทำจึงเห็นความสำคัญในการจัดทำการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเกษตรวิสัย เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติการตามการพัฒนาโปรแกรมการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง และครบถ้วน ลดอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด จากความไม่พร้อมของผู้ป่วยและมีการพัฒนาโปรแกรมการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลห้องผ่าตัดที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด อันจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดถือเป็นขั้นตอนแรกของการให้บริการทางพยาบาลก่อนได้รับการผ่าตัด ซึ่งการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเป็นการเริ่มต้นของความสัมพันธ์ และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้เยี่ยมกับผู้ป่วยเป็นการประเมินสภาวะทางด้านจิตใจ และสังคมของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ขั้นตอนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเป็นการให้คำแนะนำหรือตอบข้อซักถามของผู้ป่วยขณะนั้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และเป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค วิธีการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก สภาพในห้องผ่าตัดเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องประสบภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกเชื่อถือจากการได้รับข้อมูลจากผู้ที่รู้เห็นเหตุการณ์จริงในห้องผ่าตัดการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดจากพยาบาลห้องผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจที่จะได้พบกับผู้ที่คุ้นเคยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด และรู้สึกมั่นใจในการช่วยเหลือจากพยาบาลในระยะที่อยู่ในห้องผ่าตัดรวมทั้งช่วยลดความวิตกกังวล เช่นเดียวกับการศึกษาของยุวดี วัดแก้ว และอาภา เติมเกาะ[7] เกี่ยวกับผลการเยี่ยมของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดพบว่า การเยี่ยมแบบมีแบบแผนประกอบด้วย คู่มือการเยี่ยม อุปกรณ์การเยี่ยม เช่น รูปภาพเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมต่างๆ ภายในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องพบ

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีพบว่า บุคคลจะสามารถมีการพัฒนาการปรับตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยครอบคลุม 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การให้ความรู้เป็นการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมหลายชนิด ข้อมูลแต่ละชนิดมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (2) ให้การพยาบาล

ตามแบบแผน เช่น การให้ยา การทำแผล การสาธิต และสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด เป็นต้น และ (3) การให้การช่วยเหลือ จะมุ่งเน้นการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ และการดูแลเอาใจใส่เช่น การอยู่เป็นเพื่อน และรับฟังปัญหาของผู้ป่วย เป็นต้น[8] จากความเชื่อของทฤษฎีดังกล่าวผู้วิจัยเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพผิดปกติที่จะเข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก ผู้วิจัยจึงวางแผนจะใช้โปรแกรมเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเป็นรายบุคคลในวันที่ผู้ป่วยเข้ามารับการตรวจตามนัดกับแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงเวลาก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 สัปดาห์ โดยช่วงเวลาดังกล่าวเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำกลับไปทบทวนและฝึกทักษะที่จำเป็น ช่วยให้ผู้ป่วยมีแบบแผนต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่ต้องประสบในอนาคต เมื่อผู้ป่วยได้เผชิญกับเหตุการณ์จริง คือการผ่าตัดแบบวันเดียวกับจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดให้ความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือและคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้อย่างสอดคล้องกับข้อมูลการเตรียมความพร้อมที่ได้รับตามกรอบแนวคิดการปรับตนเองของลีเวนทาลและจอห์นสัน[8] โดยมีการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนหรือรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามลำดับเวลา ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในเหตุการณ์ ข้อมูลคำแนะนำ สิ่งที่ควรปฏิบัติหลังการผ่าตัด และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดในระหว่างการให้ความรู้ ผ่านการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยยังสอดแทรกให้การพยาบาลตามแบบแผน และการให้การช่วยเหลือร่วมด้วย ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง และมีแนวทางการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมเพื่อส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังการผ่าตัดที่เร็วขึ้น

อย่างไรก็ตามโปรแกรมเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเชิงรุกของพยาบาลห้องผ่าตัดที่หอผู้ป่วยเป็นการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยการให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการผ่าตัด รวมทั้งเพื่อประเมินปัญหาที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบจากสภาพร่างกายที่ไม่พร้อมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตลอดจนประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และเกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในให้การดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดได้ดีขึ้น ดังเช่น การศึกษาในหอผู้ป่วยตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลเกษตรวิสัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด[9]

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนวันผ่าตัดต่อความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในโรงพยาบาลเกษตรวิสัยขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหา ความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และลดความเครียดและความวิตกกังวล ความกลัวต่อการผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดพยาบาลผ่าตัดให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มโดยวัดก่อน และหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค และ

เข้ารับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่รับบริการจุดเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการระงับความรู้สึกและดูแลหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการผ่าตัดตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-กรกฎาคม 2566 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ (1) ผู้ป่วยที่เข้าโครงการต้องมีญาติมาด้วยและมีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสื่อสารได้ชัดเจน (2) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดีพูดคุยสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ (3) เข้ารับบริการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก และ (4) ยินดี และสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ (1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 (2) ขอย้ายไปรับการรักษาที่แผนกอื่นหรือย้ายไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น และ (3) มีภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องได้

การกำหนดขนาดและเลือกกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดและเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมG*power version 3.1[10] เลือก Mean: Difference between two independent means (two group) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ Alpha=.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of analysis) เท่ากับ 0.85 ค่า Effect size=0.80 และเพื่อป้องกันการสูญหายเก็บเพิ่มอีก 20% รวมทั้งสิ้น จำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการลุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับสลากกลุ่มละ จำนวน 30 คน

การป้องกันการปนเปื้อน (Contaminated) การป้องกันการปนเปื้อน (Contaminated) ของกลุ่มตัวอย่างและควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งจะเริ่มดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนปื้อนระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อาจส่งผลกระทบต่อผลงานวิจัยได้ และสามารถทำการทดลองได้อย่างไม่เกิดความลำเอียง โดยทำการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจนครบ 30 ราย จากนั้นจึงดำเนินการในกลุ่มทดลองจนครบ 30 ราย และการจับคู่ (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ โดยการจัดกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่อง ความวิตกกังวลแฝงก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับเดียวกัน อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศเดียวกัน เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวเป็นตัวแปรที่มีสัมพันธ์กับการปรับตนเองทางด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด[11]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งมีเครื่องมือที่ใช้อยู่ 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ วันที่เข้านอนโรงพยาบาล วันที่ทำการผ่าตัด อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัด และรายได้

1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่พัฒนาโดยสปีลเบอร์เกอร์และไซด์แมน[12] ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับความชัดเจนของภาษา และความหมายทางจิตวิทยาโดยธาตรี นนทศักดิ์ และสมภาชน์ เอี่ยมสุภาษิต มีทั้งหมด 20 ข้อ

1.3 แบบประเมินการปฏิบัติหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาการปฏิบัติภายหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับประกอบด้วยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นสภาพหลังการผ่าตัด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 9 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนวันผ่าตัดต่อความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้

โดยการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม 4 ประเภท ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือรายละเอียดลำดับ ขั้นตอนในการเข้ารับการผ่าตัด ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่ต้องพบในการเข้ารับการผ่าตัด ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติทั้งก่อน ขณะ และหลังเข้ารับการผ่าตัด และข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความเครียดในการเข้ารับการผ่าตัด (2) การให้การพยาบาลตามแบบแผนโดยให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของผู้ป่วยทั้งก่อน และหลังการผ่าตัด รวมทั้งการสาธิต และสาธิตย้อนกลับและการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ และ (3) การให้การช่วยเหลือโดยให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบหรือผู้ป่วยต้องการ

2.2 แผนการสอนให้ความรู้เพื่อส่งสริมการปรับตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยเนื้อหาดังนี้ ความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่ห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีเผชิญความเครียดในการเข้ารับการผ่าตัด

2.3 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้ศึกษารายละเอียดของการส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีสาระประกอบด้วย วิธีการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นสภาพหลังการผ่าตัด

2.4 แบบบันทึกปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการจดบันทึกปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยใช้เป็นข้อมูลในการให้ความช่วยเหลือและร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1.1 โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนวันผ่าตัด แบบบันทึกข้อมูลลักษณะทางประชากร คู่มือการปฏิบัติตัว แผนการสอน แบบประเมินความวิตกกังวลแบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและแบบบันทึกปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและศัลยกรรมและศัลยแพทย์ โดยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ผู้วิจัยทดลองใช้แผนการสอนและคู่มือการปฏิบัติตัวหลังจากที่ได้ปรับแก้ไขเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำแผนการสอน และคู่มือการปฏิบัติตัวไปใช้ในผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเหมาะสมความเข้าใจในเนื้อหาของคู่มือ รวมทั้งภาษาที่ใช้ ระยะเวลา การจัดลำดับเนื้อหา ความชัดเจนของรูปภาพ และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมในแผนการสอน จากนั้นจึงนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และได้นำมาปรับแก้ไขคู่มือการปฏิบัติตัวให้มีขนาดตัวอักษรใหญ่ขึ้น ปรับแก้ข้อความให้ง่ายต่อความเข้าใจของผู้ป่วย และเพิ่มสัญลักษณ์ลูกศรชี้ระบุทิศทางการเคลื่อนไหวการออกกำลังกายของรูปภาพในคู่มือการปฏิบัติตัว

1.2 แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป[13] ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหามีดังนี้ แบบประเมินความวิตกกังวลเท่ากับ 0.89 และแบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเท่ากับ 0.79

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยผู้วิจัยนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำค่าคะแนนมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbacha's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคที่ยอมรับได้ต้องมีค่า 0.80 ขึ้นไป[14]

ซึ่งหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคมีดังนี้ แบบประเมินความวิตกกังวล เท่ากับ 0.92 และแบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด เท่ากับ 0.88

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดเตรียมให้มีผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทางศัลยกรรมมา 2 ปี ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย ดังนี้ (1) ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบของการทำวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนขั้นตอนในการทำวิจัยครั้งนี้เพื่อให้เข้าใจตรงกัน และ (2) ตรวจสอบความเท่าเทียมกันของการวัด (Interrater reliability)

การเก็บรวบรวมข้อมูล (1) เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (2) เมื่อได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล (3) เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลเกษตรวิสัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขอความร่วมมือในการวิจัย (4) ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกวิสัญญีในการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่จะได้รับการเตรียมตัวเพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (5) แจ้งแพทย์ผ่าตัดเจ้าของไข้ของผู้ป่วยทุกคนก่อนเริ่มทำการวิจัย (6) เข้าพบผู้ป่วยที่เตรียมตัวก่อนการผ่าตัด แนะนำตัว และขออนุญาตแจกเอกสารชี้แจงข้อมูลและคำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับชื่อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นสอบถามความสมัครใจในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงลงชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (7) ประเมินความวิตกกังวลแฝงทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 รายประมาณ 1 สัปดาห์ ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนนความวิตกกังวลแฝงมากกว่า 70 ขึ้นไป จะต้องแจ้งให้แพทย์ผ่าตัดเจ้าของไข้ทราบทันที เนื่องจากแสดงว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลรุนแรงอาจจะต้องทำการรักษาด้วยยา หรือปรึกษาจิตแพทย์ในการดูแสรักษาต่อไป (8) ผู้ช่วยวิจัยประเมินความวิตกขณะเผชิญ ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย ประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าหรือเท่ากับ 4.21 จะต้องแจ้งให้แพทย์ผ่าตัดเจ้าของไข้ทราบทันที เนื่องจากแสดงว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลรุนแรง อาจจะต้องทำการรักษาด้วยยาหรือปรึกษาจิตแพทย์ในการดูแลรักษาต่อไป และ (9) ผู้ช่วยวิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 30 ราย จากนั้นเริ่มต้นทำการทดลองกับกลุ่มทดลองจนครบ 30 ราย โดยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง (ใช้เวลา 45 - 60 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วย เข้าพบผู้ป่วยที่เตรียมตัวก่อนการผ่าตัด แนะนำตัว และขออนุญาตแจกเอกสารชี้แจงข้อมูลและคำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับชื่อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นสอบถามความสมัครใจในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงลงชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ประเมินความวิตกกังวลแฝง ในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนนความวิตกกังวลแฝงมากกว่า 70 ขึ้นไป จะต้องแจ้งให้แพทย์ผ่าตัดเจ้าของไข้ทราบทันที เนื่องจากแสดงว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลรุนแรงอาจจะต้องทำการรักษาด้วยยาหรือปรึกษาจิตแพทย์ในการดูแสรักษาต่อไป

3. ผู้ช่วยวิจัยประเมินความวิตกขณะเผชิญ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าหรือเท่ากับ 4.21 จะต้องแจ้งให้แพทย์ผ่าตัดเจ้าของไข้ทราบทันที เนื่องจากแสดงว่าผู้ป่วย

มีความวิตกกังวลรุนแรง อาจจะต้องทำการรักษาด้วยยาหรือปรึกษาจิตแพทย์ในการดูแลรักษาต่อไป

4. เริ่มให้โปรแกรมการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลลำดับขั้นตอนการผ่าตัด ได้แก่ ขณะอยู่บ้านก่อนมาโรงพยาบาล ขณะอยู่โรงพยาบาลก่อนการผ่าตัดขณะอยู่ห้องผ่าตัด หลังการผ่าตัด และเมื่อกลับบ้านข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ได้แก่ ความรู้สึกเกี่ยวกับการงดหรือเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การฝึกบริหารกล้ามเนื้อขา การฝึกการหายใจและการไอ การเจาะเลือดการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การถูกชักประวัติ การรับประทานอาหารของโรงพยาบาล การใช้น้ำยาอาบน้ำ การงดน้ำงดอาหาร สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด สภาพร่างกายหลังผ่าตัด และขณะพลิกตะแคงหลังผ่าตัด ข้อมูลสิ่งที่ควรปฏิบัติ ได้แก่ งดหรือเลิกสูบบุหรี่ ควบคุมน้ำหนัก งดรับประทานยาตรวจโรคในช่องปาก การฝึกการหายใจและการไอ การงดน้ำงดอาหาร การพลิกตะแคงตัวหลังผ่าตัด การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ และการสังเกตความผิดปกติ และข้อมูลวิธีการเผชิญความวิตกกังวล ได้แก่ การใช้เทคนิคเบี่ยง ความสนใจ การทำสมาธิ การเพ่งมองที่วัตถุ และพูดคุยระบายความคับข้องใจกับบุคคลที่ไว้ใจได้

5. การพยาบาลตามแบบแผน ประกอบด้วยการให้การพยาบาลตามแผนการรักษา การสาธิต และสาธิตย้อนกลับ การฟื้นสภาพได้แก่ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การหายใจ และการไออย่างมีประสิทธิภาพและการพลิกตะแคงหลังผ่าตัด

6. ประเมินความวิตกกังวลแฝง และการปฏิบัติตัวหลังผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดทางโทรศัพท์ และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการโครงการวิจัยฯ

กลุ่มควบคุม (ใช้เวลา 45 - 60 นาที)

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วย เข้าพบผู้ป่วยที่เตรียมตัวก่อนการผ่าตัด แนะนำตัว และขออนุญาตแจกเอกสารชี้แจงข้อมูลและคำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับชื่อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นสอบถามความสมัครใจในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงลงชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ประเมินความวิตกกังวลแฝง ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนนความวิตกกังวลแฝงมากกว่า 70 ขึ้นไป จะต้องแจ้งให้แพทย์ผ่าตัดเจ้าของไข้ทราบทันที เนื่องจากแสดงว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลรุนแรงอาจจะต้องทำการรักษาด้วยยาหรือปรึกษาจิตแพทย์ในการดูแสรักษาต่อไป

3. ผู้ช่วยวิจัยประเมินความวิตกขณะเผชิญ ทั้งกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าหรือเท่ากับ 4.21 จะต้องแจ้งให้แพทย์ผ่าตัดเจ้าของไข้ทราบทันที เนื่องจากแสดงว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลรุนแรงอาจจะต้องทำการรักษาด้วยยาหรือปรึกษาจิตแพทย์ในการดูแลรักษาต่อไป

4. การให้การพยาบาลปกติตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน โดยการแนะนำขั้นตอน ให้ความรู้เรื่องการเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเป็นข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ และข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ

5. แจกแผ่นพับให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

6. การประเมินความวิตกกังวลแฝง และการปฏิบัติตัวหลังผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดทางโทรศัพท์และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการโครงการวิจัยฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดย 1) ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับวิเคราะห์ด้วยการคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ Independent t - test และ 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับหลัง 48 ชั่วโมง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t - test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรอง และอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1052565

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างทั้ง 60 คน กลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (66.7%) อายุเฉลี่ย 58 ปี (SD.=17.86) สถานภาพสมรสคู่ (76.7%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (50.0%) สถานภาพในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว (53.3%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (56.7%) รายได้มัธยฐาน 7,000 บาท/เดือน สิทธิในการรักษาเป็นบัตรทอง 30 บาท (100.0%) ไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัด (100%) และไม่เคยข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด (100.0%) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (66.7%) อายุเฉลี่ย 53 ปี (SD.=16.30) สถานภาพสมรสคู่ (90.0%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (63.3%) สถานภาพในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว (60.0%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (63.3%) รายได้มัธยฐาน 5,000 บาท/เดือนสิทธิในการรักษาเป็นบัตรทอง 30 บาท (100%) ไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด (100%) ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด (73.3%)

2. หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลโดยรวม น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่า 1.07 คะแนน (95%CI:0.92, 1.21) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.22 คะแนน (95%CI: 1.90, 2.53) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยรวม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE.)	95%CI	p
ความวิตกกังวล					
กลุ่มทดลอง	30	2.12(0.21)	1.07(0.07)	0.92, 1.21	<.001
กลุ่มควบคุม	30	3.19(0.34)			
การปฏิบัติตัว					
กลุ่มทดลอง	30	3.87(0.79)	2.22(0.15)	1.90, 2.53	<.001
กลุ่มควบคุม	30	1.65(0.31)			

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลโดยรวม น้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่า 1.07 คะแนน การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลเกษตรวิสัยจากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 60 ราย ส่วนใหญ่มารับการรักษา โดยการผ่าตัดแก้ไขภาวะไส้เลื่อนโดยใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรู (Hernioplasty with mesh graft) ร้อยละ 48.57 การผ่าตัดก้อนที่เต้านมออก (Excision breast mass) ร้อยละ 14.28 การผ่าตัดเพื่อเอาหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายออก (Circumcision) ร้อยละ 8.75 การขูดมดลูก ร้อยละ 7.14 การผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น (Frenulotomy) ร้อยละ 5.71 การผ่าตัดฝีคัณฑสูตร (Fistulectomy) ร้อยละ 5.71 และมีการผ่าตัดอีกหลายหัตถการ ร้อยละ 10.02 ตามลำดับ หลังจากได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลที่สร้างขึ้นพบว่า ไม่มีภาวะวิตกกังวล,

มีความพึงพอใจต่อการบริการและการผ่าตัดในระดับดี ไม่มีการติดเชื้อหลังผ่าตัด และไม่จำเป็นต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (ร้อยละ 100) ไม่พบภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวด บวม หรือเลือดออกส่วนการฟื้นสภาพพบว่า หลังผ่าตัด 2 ชม. สามารถใช้ชีวิตได้ปกติ แต่อาจจะมีอาการตึงแผลเล็กน้อย แต่ยังไม่สามารถยกของหนักได้ภายใน 2 เดือน เพื่อป้องกันภาวะแรงดันในช่องท้องสูง[15] และภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

2. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.22 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดราชบุรี โดยทดลองใช้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับด้วยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 122 คนพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปวดแผลผ่าตัดหรือปวดในส่วนที่ทำหัตถการมากกว่า 3 คะแนน ภายใน 24 ชั่วโมงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปวดแผลผ่าตัดหรือปวดในส่วนที่ทำหัตถการมากกว่า 3 คะแนน ภายใน 1 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม[16] เช่นเดียวกับการศึกษาในโรงพยาบาลบึงกาฬ พบว่า ความพึงพอใจในการเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยภาพรวมอยู่ในระดับคะแนนมากที่สุด และความพึงพอใจอยู่ในระดับคะแนนมากที่สุดคือ การอธิบาย ขั้นตอนการผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึก ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการจากการผ่าตัด แต่ความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดมีระดับคะแนนความพึงพอใจที่ได้น้อยที่สุด[17]; ผลการศึกษาระบบการผ่าตัดและแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ดประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้างนโยบาย ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์การ ผลการวิจัยพบว่าระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ทีมผู้ให้บริการมีศักยภาพในการผ่าตัดและดูแลผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน วันนอนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบปกติ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกันแบบวันเดียวกลับและรูปแบบปกติมีค่าแตกต่างกัน ผู้รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด และผลลัพธ์การดำเนินการตามตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมายร้อยละ 93.33 และผู้รับการบริการทั้งหมด 70 ราย ส่วนใหญ่มารับการผ่าตัดแก้ไขภาวะไส้เลื่อน 48.57% และการผ่าตัดก้อนที่เต้านมออก (Excision breast mass) ร้อยละ 14.28 การผ่าตัดเพื่อเอาหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายออก (Circumcision) ร้อยละ 8.75 การขูดมดลูก ร้อยละ 7.14 การผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น (Frenulotomy) ร้อยละ 5.71 การผ่าตัดฝีคัณฑสูตร (Fistulectomy) ร้อยละ 5.71 และมีการผ่าตัดอีกหลายหัตถการ ร้อยละ 10.02 ตามลำดับ หลังจากได้รับการดูแลตามระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นพบว่า ไม่พบการติดเชื้อหลังผ่าตัด อัตรากลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (0.096) และไม่พบภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวด บวมหรือเลือดออกส่วนการฟื้นสภาพพบว่า หลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงสามารถใช้ชีวิตได้ปกติ แต่มีอาการตึงแผลเล็กน้อยและยังไม่สามารถยกของหนักได้ภายใน 2 เดือน เพื่อป้องกันภาวะแรงดันในช่องท้องสูง[18]

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวันผ่าตัดเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัดควรนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดเป็นแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม

2) ด้านการบริหารพยาบาล ผู้บริหารด้านการพยาบาลควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนวันผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพื่อให้การพยาบาลนั้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล เกิดความร่วมมือในการผ่าตัดและผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด

รวมทั้งยังเป็นการเพิ่มคุณภาพในการให้การพยาบาล

3) ด้านการวิจัยทางการพยาบาลควรมีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลเครือข่ายโดยมีการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนา เช่น การใช้ระบบ Telemedicine การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด การให้คำแนะนำแบบออนไลน์ หรือการใช้สื่อออนไลน์ในการประเมินความพร้อม และการให้คำแนะนำ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. จารุณี ตั้งใจรักการดี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหัวหิน. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2561;3(1):1-6.
2. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์; 2551.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ปี พ.ศ.2565. กรุงเทพฯ: บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด; 2564.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และการผ่าตัดแผลเล็ก (ODS&MIS) ปี 2566. กรุงเทพฯ: บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด; 2565.
5. โรงพยาบาลเกษตรวิสัย. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์. ร้อยเอ็ด; 2565.
6. Division of Medical Technical and Academics Affairs, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Suggestion in the development of one day surgery 2019. Nontaburi: The Printing Business Office of The War Veterans Organization of Thailand; 2019.
7. ยุวดี วัดแก้ว, อาภา เติมเกาะ. การเยี่ยมของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. เพชรบุรี: โรงพยาบาลเพชรบุรี; 2551.
8. Leventhal H, Johnson J E. 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. ศุภธิดา จันทร์บุรี, อินทิรา ปากันทะ, ชมนาด วรรณพรศิริ, สิริลักษณ์ ทูลยอดพันธ์. ผลของโปรแกรมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล ความปวดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดถูกทางหน้าท้อง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2562;13(2):40-54.
10. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods. 2009;41(4):1149-60.
11. สุวดี มีสมบูรณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวขณะผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
12. Spielberger C D. Manual for the state-trait Anxiety inventory (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
13. Polit D F, Beck C T. Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization (6^{th} ed.).Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
14. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย จำกัด; 2553.
15. อวยพร จงสกุล, นารีรัตน์ อยู่สมบูรณ์, ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา.วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563;39(1):109-25.

16. สกาวเดือน ขำเจริญ, เบญจวรรณ มนูญญา. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลเครือข่าย จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต. 2566;3(2):25-36.
17. นัยนา ผาณิบุศย์, วัลลภา ช่างเจรจา, สุนันท์ นกทอง. ผลการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา.2562; 50(2):50-6.
18. วิริญญา โชติพันธ์ชินคำ. การพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566;4(2):137-49.

การวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมง หลังคลอด ในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

Research and Development of Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevent of 2-24 hours Postpartum Hemorrhage, PhonThong Hospital, Roi-Et

จันทร์เพ็ญ ชินคำ* บุญรัตน์ เกตุวร ราตรี พลเยี่ยม*****

Chanpen shinkam, Boonyarat Katevorn, Ratree Phonyiam

Corresponding author: E-mail: chanpen1964@gmail.com

(Received: December 4, 2023; Revised: December 12, 2023; Accepted: January 15, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมง หลังคลอด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด และพยาบาลวิชาชีพ 11 คน และกลุ่มมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดทั้งกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยง และไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด 210 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินและแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : (1) ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยง และไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด (2) พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดได้ทุกข้อ (100.00%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลส่งผลให้การดูแลมารดาหลังคลอดได้ตามมาตรฐาน

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล; การตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมง; หลังคลอด

*, **, *** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องคลอด โรงพยาบาลโพนทอง

ABSTRACT

Purposes : To develop and evaluation of clinical nursing practice guideline for prevent of postpartum hemorrhage in 2-24 hours after giving birth.

Study design : Research and Development Approach.

Material and Methods : The sample were 11 of professional nurses who applied guideline and postpartum period in 2 – 24 hours after giving birth consisted of 210 mothers with and without risk factors in Obstetrics Ward. Data were collected using assessments and recording forms. Data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation.

Main finding : 1) There was a nursing practice guideline to prevent postpartum hemorrhage after giving birth with risk factors and without risk factors. And 2) Professionals nurse can use the clinical nursing practice guideline for prevent of postpartum hemorrhage in 2-24 hours after giving birth 100 %.

Conclusion and recommendation : From the study, it can be seen that nursing practices result in standardized postpartum care for mothers.

Keywords : Clinical Nursing Practice Guidelines; Prevent of 2-24 hours; Postpartum Hemorrhage

*, **, *** Registered Nurse Professional Level, PhonThong Hospital.

บทนำ

การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในปัจจุบันมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ซึ่งผู้ใช้บริการมีปัญหาเจ็บป่วยแบบฉุกเฉินและซับซ้อน พยาบาลวิชาชีพต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล ส่งเสริมให้มีการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ภายในหน่วยงานอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้มีการทำงานเป็นทีมระหว่างสหวิชาชีพเพื่อประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่นเดียวกับ ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทางสูติกรรมและเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 5 อันดับแรกของมารดาหลังคลอดทั่วโลก[1] การรายงานสถิติของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบว่า มารดาหลังคลอดเสียชีวิตจากการตกเลือด คิดเป็นร้อยละ 19.71 ในส่วนของประเทศไทย จากสถิติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2565)[2] พบว่าในปี พ.ศ. 2560 - 2565 มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด ทั่วประเทศ คิดเป็น 21.80, 19.90, 20.30, 23.10, 47.7, และ 25.9 ต่อแสนของการเกิดมีชีพ ตามลำดับ ส่วนรายงานการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดจากสาเหตุการตกเลือดในเขตสุขภาพที่ 7 ในระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2565 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 11.25, 16.5, 26.3, 19.2, 34.3 และ 19.8 ต่อแสนของการเกิดมีชีพ สำหรับสถิติของโรงพยาบาลโพนทองในช่วงระยะเวลาเดียวกัน ปี พ.ศ. 2560 - 2565 พบว่ามีอัตราการตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ 0.99, 1.52, 1.76, 2.87, 2.43 และ 2.46 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ 0.22, 1.96, 5.77, 5.56, 4.23 และ 2.55 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สาเหตุการตกเลือดหลังคลอด พบว่า ร้อยละ 80 เกิดจากการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี (Uterine Atony) และร้อยละ 20 เกิดจากภาวะรกค้าง (Retained Placenta) หากมารดาหลังคลอดไม่ได้รับการป้องกันและการรักษาอย่างถูกต้อง และทันท่วงที อาจทำให้การตกเลือดรุนแรงขึ้น ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยงานห้องหลังคลอดที่มีหน้าที่ดูแลมารดาหลังคลอดในระยะนี้จึงมีความสำคัญ และจำเป็นต้องมีความสามารถ และมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน[3]

จากรายงานสถิติของโรงพยาบาลโพนทองในปี พ.ศ. 2563 - พ.ศ. 2565 พบจำนวนการคลอดจำนวน 1,166 ราย, 1,166 ราย และ 1,018 ราย ตามลำดับอัตราการตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ 2.87, 2.43 และ 2.46 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามในช่วงปี พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2563 ห้องคลอดได้พัฒนา และปรับปรุงวิธีการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมาอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดทำแผนการดำเนินการต่อเนื่อง ได้แก่ การจัดการเร่งด่วนเมื่อมารดาเข้าสู่ระยะที่ 3 ของการคลอด โดยการบูรณาการแนวทางปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ในการดูแลมารดาระยะคลอด การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการทำคลอดรกแบบ Controlled Cord Traction เพื่อลดระยะเวลาในการสูญเสียเลือดจากการคลอดในระยะที่ 3 และการจัดทำนวัตกรรมถุงตวงเลือดเพื่อใช้ประเมินปริมาณการเสียเลือดได้แม่นยำขึ้น เพื่อนำมาใช้ในการวินิจฉัยระดับความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอด ตลอดจนการปรับปรุงคุณภาพงานในรูปแบบการพัฒนาที่มุ่งเน้นการทำงานแบบทีมครอบสายงาน (Patient Care Team) แต่ยังมีมารดาที่คลอดทางช่องคลอดเกิดภาวะตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งจากการทบทวนเชิงระบบและรายกรณี พบว่า แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะที่ 4 (หลังคลอด 2 ชั่วโมง) เดิมมีขั้นตอนการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในเชิงรุกยังไม่เพียงพอทำให้ไม่สามารถประเมิน และวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้เร็ว นอกจากนี้ยังขาดการนำเครื่องมือและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของมารดาภายหลังทารกคลอด รวมทั้งไม่ได้ประเมินปริมาณเลือดที่คั่งค้างในโพรงมดลูกโดยการกดไล่ก้อนเลือดภายหลังคลอด 2 ชั่วโมง เพื่อนำมาคำนวณปริมาณเลือดที่ออกสะสม ทำให้การประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่ถูกต้อง และไม่สามารถป้องกัน และแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างทันเวลา ส่งผลกระทบให้การตกเลือดหลังคลอดทวีความรุนแรงมากขึ้น จากการทบทวนความรู้จากตำราสูติศาสตร์ พบว่า หากมารดาไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที อาจทำให้มารดาบางรายไม่ตอบสนองต่อการรักษา

แพทย์จำเป็นต้องช่วยชีวิตด้วยการตัดมดลูก และบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด เช่น ภาวะไตวาย ภาวะ Sheehan's Syndrome ได้[4]

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนเชิงระบบและวิเคราะห์การใช้แนวทางปฏิบัติเดิม สำหรับป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า มีปัญหา 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การวางแผนการพยาบาลในการดูแลมารดาในห้องคลอดยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยง และปัญหาของมารดาในระยะตั้งครรภ์ 2) ขาดความชัดเจนในการนำเครื่องมือ MEOWS มาใช้ในการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะตกเลือดหลังคลอด เมื่อมารดาอยู่ในระยะคลอดและระยะหลังคลอด และ 3) ขาดการประเมินปริมาณเลือดที่คั่งค้างในโพรงมดลูกที่ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งจากการทบทวน พบว่า การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPG) เพื่อเป็นเครื่องมือให้พยาบาลวิชาชีพใช้ในการดูแลผู้ป่วย จะลดปัญหาจากการปฏิบัติที่หลากหลาย และทำให้เห็นผลลัพธ์ของการพยาบาลที่ดี และมีความชัดเจนขึ้น[5] ทั้งนี้เนื่องจาก แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยทางการพยาบาล และประสบการณ์ความชำนาญทางคลินิก ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานเกิดความคุ้มค่าและนำไปสู่ความเป็นเลิศในการปฏิบัติการพยาบาล[6] และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลายโรงพยาบาลมีการปรับปรุงระบบการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

เช่นเดียวกับงานวิจัยของนววรรณ มณีจันทร์[7] ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกของโรงพยาบาลราชบุรี และการศึกษาของปทุมมา กังวานตระกูล และอ้อยอิ่น อินยาศรี[4] วิจัยเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลอุดรธานี รวมทั้งการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่อง การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด จัดทำโดยคณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ.2562- 2564 แม้ว่าจะมีการพัฒนา และนำเสนอแนวทางปฏิบัติในการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของสถานพยาบาลต่างๆ แต่เนื่องจากแนวปฏิบัติของแต่ละแห่ง ได้พัฒนาขึ้นตามบริบทการทำงานเฉพาะที่ซึ่งจะเห็นว่า มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการทำงานของแต่ละแห่ง ดังนั้น เมื่อพิจารณาแนวปฏิบัติดังกล่าวแล้วพบว่า ยังมีข้อจำกัดและความแตกต่างในเรื่องบริบทการทำงานในหลายด้าน ทำให้ไม่สามารถนำแนวปฏิบัติที่มีการนำเสนออยู่แล้วมาใช้ได้อย่างเต็มรูปแบบส่งผลให้ไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการลดปัญหาตกเลือดหลังคลอดได้

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมง หลังคลอดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาลโพนทอง โดยยึดแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศของสำนักการพยาบาล[8] มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด และเพื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากการทำวิจัยในครั้งนี้ มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการการคลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 - 24 ชั่วโมงหลังคลอดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลโพนทอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัย และพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดและศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด โดยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model[9]

ร่วมกับการบูรณาการแนวปฏิบัติการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด และปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4Ts ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2562-2564) และการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม รวมทั้งใช้ผลการศึกษาจากงานวิจัย (Research Utilization) ซึ่งถือว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด (Evidence-Based Practice: EBP)

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ (1) กลุ่มผู้ใช้แนวทางปฏิบัติฯคัดเลือกแบบเจาะจงจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลโพนทอง 1 ปีขึ้นไป จำนวน 11 คน (2) กลุ่มมารดาหลังคลอดคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลโพนทอง และรับย้ายมาดูแลต่อเนื่องในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลโพนทอง ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2566 ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและมีอายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ โดยแบ่งมารดาเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตามเกณฑ์ประเมินปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4Ts และกลุ่มมารดาที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตามเกณฑ์ประเมินปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4Ts ทุกคนสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและยินดีเข้าร่วม งานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ทั้ง 2 แบบ คือ แบบมีปัจจัยเสี่ยงและแบบไม่มีปัจจัยเสี่ยงตามเกณฑ์ประเมินปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4 Ts ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย สูติแพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลหัวหน้าห้องคลอด เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน และความเหมาะสมของเนื้อหา การใช้ภาษาพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่าเท่ากับ 0.90 และ 0.92 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือผ่านเกณฑ์ความตรงตามเนื้อหา และนำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขความชัดเจน และความเหมาะสมของสำนวนภาษาที่มีความซ้ำซ้อนให้มีความชัดเจน และอ่านให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น

2. นำแบบสอบถามความคิดเห็นในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ทั้ง 2 แบบ คือ แบบมีปัจจัยสี่ยง และแบบไม่มีปัจจัยเสี่ยงตามเกณฑ์ประเมินปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4Ts ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน และความเหมาะสมของเนื้อหา การใช้ภาษาพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index) เท่ากับ 0.94 และ 0.91 ทดสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85 และ 0.86 ตามลำดับ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุที่พบในหน่วยงาน และกำหนดประเด็นปัญหาที่ได้จากสถิติเวชระเบียนหอผู้ป่วยหลังคลอดเกี่ยวกับมารดาตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด

2. การสืบค้นงานวิจัย และวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลออนไลน์ ได้แก่ PubMed, Google Scholar, Cochrane Reviews, Thaijo และ Thails ซึ่งตีพิมพ์ทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ เป็นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ไม่เกิน 10 ปี ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2013 - 2022 โดยกำหนดคำในการสืบค้นคือ "การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด" "การตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก" และ "Early Postpartum Hemorrhage" หลังจากนั้นนำข้อมูลจากงานวิจัยเหล่านี้ไปใช้ในการสังเคราะห์ และร่วมประชุมกลุ่มย่อยเพื่อระดมความคิดเห็นร่วมกันร่างเป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก

3. ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นมีความแตกต่างจากแนวปฏิบัติเดิมจากนั้นจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล

ในกลุ่มตัวอย่าง ในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลโพนทอง

4. นำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปตรวจความตรงที่ปรากฏภายนอก (Face Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินเพียงความเข้าใจความสามารถในการอ่านความชัดเจนของข้อคำถาม ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ

5. เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึง เดือนมีนาคม 2566 โดยใช้แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยง และไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ทั้งหมด 210 คน โดยมีการดำเนินการดังนี้

5.1 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดไปให้พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติพร้อมทั้งอธิบายชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจและเพื่อให้ทราบวัตถุประสงค์ตรงกัน

5.2 สุ่มตัวอย่างโดยการหยิบฉลากวันคู่เป็นกลุ่มมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และวันคี่เป็นกลุ่มมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเวรเช้า บ่าย ดึก ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่รับย้ายจากห้องคลอดตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเก็บข้อมูลอย่างเจาะจงทุกรายโดยให้มีการสลับใช้และส่งต่อเวรกันทุกเวรทั้งเช้า บ่าย และดึกจนครบ 24 ชั่วโมงพร้อมทั้งประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด เก็บข้อมูลจนครบ 210 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด วิเคราะห์หาค่าความถี่ และร้อยละ

3. การใช้แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมง หลังคลอดโดยพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์หาค่าความถี่ และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างงานวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และได้รับหมายเลขใบรับรอง COE 1302565 วันที่ให้การรับรอง 29 ธันวาคม 2565 วันหมดอายุใบรับรอง 28 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 - 24 ชั่วโมงหลังคลอด ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ประกอบด้วย 16 ขั้น คือ (1) จัดให้มารดาหลังคลอดอยู่ที่เตียงใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาล (2) ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพแรกรับ 2 ชั่วโมงหลังคลอด) และทุก 30 นาที x 4 ครั้ง และ 1 ชั่วโมง x 1 ครั้ง ต่อจากนั้น ประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง (3) ประเมินลักษณะของเต้านม หัวนม และการไหลของน้ำนมเพื่อประเมินความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และนำทารกเข้าเต้าเพื่อดูดนมมารดา โดยเร็วและดูดบ่อยๆ ทุก 2-3 ชั่วโมง (4) ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก คลึงมดลูกทุก 30 นาที นาน 1 นาที x 4 ครั้งและ ทุก 1 ชั่วโมงนาน 1 นาที x 2 ครั้งต่อจากนั้นประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง กรณีมดลูกหดรัดตัวไม่ดีให้คลึงมดลูก ไล่ Blood Clot พร้อมวาง Cold Pack บริเวณยอดมดลูก และคลึงมดลูก

ต่อเนื่องจนกว่ามดลูกจะหดรัดตัวดี (5) ดูแลให้สารน้ำ 5%DN/2 1000 cc.+ Syntocin 20 Unit IV ในอัตราหยด 120 - 140 มิลลิลิตร/ชม. เพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง จนครบ 12-18 ชม. หลังคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์ (6) ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดโดยดูจากปริมาณเลือดที่ผ้าอนามัย และประเมินลักษณะแผลฝีเย็บโดย ทุก 1 ชั่วโมง x 2 ครั้ง และทุก 2 ชั่วโมง x 4 ครั้ง ต่อจากนั้นประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง ถ้ามีเลือดออกมากให้ตรวจภายในเพื่อประเมินซ้ำภายใน 6 - 12 ชั่วโมง/ประเมินระดับการปวดแผลฝีเย็บ (Pain Score) ทุก 4 - 6 ชั่วโมง (7) ประเมินกระเพาะปัสสาวะ/ภาวะ Bladder Full ทุก 2 ชั่วโมง x 2 ครั้ง ต่อจากนั้นประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง และกระตุ้นให้ปัสสาวะภายใน 6 - 8 ชั่วโมงหากปัสสาวะไม่ออกหรือมี bladder Full พิจารณาสวนปัสสาวะทิ้ง (8) รายงานแพทย์ทราบเมื่อพบปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด เจาะเลือด Hct เพื่อตรวจความเข้มข้นของเลือด (9) ประเมินการรับประทานอาหาร น้ำ / น้ำขิง และยาได้เหมาะสมครบตาม เวลา ดูแลให้พักผ่อนเพียงพอ (10) สอนคลึงมดลูก ทุก 1 ชั่วโมง คลึงนาน 1 นาที หรือจนกว่ามดลูกจะแข็งตัวดี (11) สังเกตเลือดออกชุ่มผ้าอนามัยมากหรือเปลี่ยนผ้าอนามัยมากกว่า1 ผืนใน เวลา 1 ชั่วโมง (12) แนะนำญาติเฝ้าและดูแลใกล้ชิดเพื่อสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งทันที ได้แก่ วิงเวียนศีรษะ รู้สึกว่ามีเลือดไหลออกทางช่องคลอดตลอดเวลา (13) สังเกตอาการปวดแผลฝีเย็บมากจนปัสสาวะไม่ออก (14) แนะนำไม่ให้ลุกจากเตียงจนกว่าจะครบ 6 ชม.หลังคลอดหรือจนกว่าเมื่อลุกนั่งบนเตียงไม่มีอาการหน้ามืด/วิงเวียน (15) แนะนำปัสสาวะบนเตียงโดยใช้หมอนนอน เวลาไปเข้าห้องน้ำในครั้งแรก ต้องมีญาติไปด้วยทุกครั้ง ถ้าไม่มีญาติต้องแจ้งเจ้าหน้าที่และ (16) แนะนำญาติช่วยมารดาดูแลนำทารกเข้าเต้าเพื่อกระตุ้น Breast feeding

2. ลักษณะทางประชากร

2.1 ผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 210 ราย พบว่า ส่วนใหญ่อายุตั้งแต่ 21-34 ปี จำนวน 164 ราย (78.10%) อายุครรภ์ 37- 40 สัปดาห์ จำนวน 210 ราย (100%) จำนวนครั้งตั้งครรภ์ที่ 1 - 3 ครั้ง จำนวน 187 ราย (89.05%) ประวัติการแท้งไม่เคยแท้ง จำนวน 186 ราย (88.57%) ไม่มีภาวะ PIH จำนวน 210 ราย (100%) คลอดครั้งที่ 2 จำนวน 109 ราย (51.90%) คลอดปกติ จำนวน 190 ราย (90.48%) และน้ำหนักทารก 2,500-3,500 กรัม จำนวน 204 ราย (97.14%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร (n=210)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
อายุ(ปี)	<20	15(7.14)
	21-34	164(78.10)
	> 35	31(14.76)
อายุครรภ์	37- 40 สัปดาห์	210(100.00)
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์	ตั้งครรภ์ที่ 1- 3 ครั้ง	187(89.05)
	ตั้งครรภ์ > 4 ครั้ง	23(10.95)
จำนวนครั้งการคลอด	คลอดครั้งที่ 1	77(36.67)
	คลอดครั้งที่ 2	109(51.90)
	คลอดครั้งที่ 3 ครั้ง	5(1.43)
	คลอด > 4	19(9.05)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
ประวัติการแท้ง	ไม่เคยแท้ง	186(88.57)
	เคยแท้ง	24(11.4)
ภาวะ PIH	ไม่มีภาวะ PIH	210(100.00)
ทำหัตถการช่วยคลอด	F/E, V/E	20(9.52)
	คลอดปกติ	190(90.48)
น้ำหนักทารก(กรัม)	2,500-3,500	204(97.14)
	3,501-3,999	6(2.86)

2.2 ผู้ใช้แนวปฏิบัติ การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหลังคลอด มีอายุเฉลี่ย (Mean)=48.14 ปี (SD.=7.36) อายุการปฏิบัติงานเฉลี่ย (Mean)=24. 14 ปี (SD.=7.82) ประสบการณ์ปฏิบัติงานเฉลี่ย (Mean)=12.86 ปี (SD.=5.58) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากรผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหลังคลอด (N=11)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
อายุ (ปี)	ไม่เกิน 45 ปี	8(72.72)
	46-55 ปี	3(27.28)
	(Mean=48.14 ปี) (SD.=7.36)	
อายุการปฏิบัติงาน (ปี)	ไม่เกิน 15 ปี	7(63.64)
	16-20 ปี	2(18.18)
	21-25 ปี	1(9.09)
	26 ปีขึ้นไป	1(9.09)
	(Mean=24.14 ปี) (SD.=7.82)	
ประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย (ปี)		
	ไม่เกิน 5 ปี	2(18.18)
	6-10 ปี	3(27.27)
	11-15 ปี	2(18.18)
	15 ปีขึ้นไป	4(36.37)
	(Mean=12.86 ปี) (SD.=5.58)	

3. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด การศึกษาครั้งนี้ จำแนกมารดาหลังคลอดเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงในการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 70 ราย และกลุ่มมารดาที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงในการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 140 ราย กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลโพนทองทั้ง 11 คน ได้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงในการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 70 คน พบว่าพยาบาลวิชาชีพทั้ง 11 คน สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 16 ข้อ ได้ทุกข้อ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด

แนวปฏิบัติการพยาบาล	จำนวน(%)
1. จัดให้มารดาหลังคลอดอยู่ที่เตียงใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาล	11(100.00)
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพแรกรับ 2 ชั่วโมงหลังคลอด) และทุก 30 นาที x 4 ครั้งและ 1 ชั่วโมง x 1ครั้ง ต่อจากนั้นประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง	11(100.00)
3 .ประเมินลักษณะของเต้านม หัวนม และการไหลของน้ำนมเพื่อประเมิน ความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และนำทารกเข้าเต้าเพื่อดูดนมมารดา โดยเร็วและดูดบ่อยๆ ทุก 2-3 ชั่วโมง	11(100.00)
4. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก คลึงมดลูกทุก 30 นาทีนาน 1 นาที x 4 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงนาน 1 นาที x 2 ครั้งต่อจากนั้นประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง กรณีมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ให้คลึงมดลูก ไล่ Blood Clot พร้อมวาง Cold Pack บริเวณยอดมดลูกและคลึงมดลูกต่อเนื่องจนกว่ามดลูกจะหดรัดตัวดี	11(100.00)
5. ดูแลให้สารน้ำ 5%DN/2 1000 cc.+ Syntocin on 20 unit iv ในอัตราหยด 120 -140 มิลลิลิตร/ชม. เพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องจนครบ 12-18 ชม. หลังคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์	11(100.00)
6. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดโดยดูจากปริมาณเลือดที่ผ้าอนามัย และประเมินลักษณะแผลฝีเย็บโดย ทุก 1 ชั่วโมง x 2 ครั้ง และทุก 2 ชั่วโมง x 4 ครั้ง ต่อจากนั้นประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง ถ้ามีเลือดออกมากให้ตรวจภายในเพื่อประเมินภายใน 6-12 ชั่วโมง/ประเมิน ระดับการปวดแผลฝีเย็บ (Pain Score) ซ้ำทุก 4-6 ชั่วโมง	11(100.00)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	จำนวน(%)
7. ประเมินกระเพาะปัสสาวะ/ภาวะ bladder full ทุก 2 ชั่วโมง x 2 ครั้งต่อจากนั้น ประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง และกระตุ้นให้ปัสสาวะภายใน 6–8 ชั่วโมง หาก ปัสสาวะไม่ออกหรือมี bladder Full พิจารณาสวนปัสสาวะทิ้ง	11(100.00)
8. รายงานแพทย์ทราบเมื่อพบปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดเจาะ เลือด Hct เพื่อตรวจความเข้มข้นของเลือด	11(100.00)
9. ประเมินการรับประทานอาหาร น้ำ/น้ำขิง และยา ได้เหมาะสมครบตามเวลาดูแล ให้พักผ่อนเพียงพอ	11(100.00)
10. สอนคลึงมดลูก ทุก 1 ชั่วโมง คลึงนาน 1 นาที หรือจนกว่ามดลูกจะแข็งตัวดี	11(100.00)
11. สังเกตเลือดออกชุ่มผ้าอนามัยมากหรือเปลี่ยนผ้าอนามัยมากกว่า 1 ผืน ในเวลา 1 ชั่วโมง	11(100.00)
12. แนะนำญาติเฝ้าและดูแลใกล้ชิดเพื่อสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งทันที ได้แก่ วิงเวียนศีรษะ รู้สึกว่ามีเลือดไหลออกทางช่องคลอดตลอดเวลา	11(100.00)
13. สังเกตอาการปวดแผลฝีเย็บมากจนปัสสาวะไม่ออก	11(100.00)
14. แนะนำไม่ให้ลุกจากเตียงจนกว่าจะครบ 6 ชม. หลังคลอดหรือจนกว่าเมื่อลุกนั่ง บนเตียงไม่มีอาการหน้ามืด/วิงเวียนศีรษะ	11(100.00)
15. แนะนำปัสสาวะบนเตียงโดยใช้หม้อนอน เวลาไปเข้าห้องน้ำในครั้งแรก ต้องมี ญาติไปด้วยทุกครั้ง ถ้าไม่มีญาติต้องแจ้งเจ้าหน้าที่	11(100.00)
16. แนะนำญาติช่วยมารดาดูแลนำทารกเข้าเต้าเพื่อกระตุ้น Breast feeding	11(100.00)

ผลการวิจัยการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดโดยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model[9] ร่วมกับการบูรณาการแนวปฏิบัติการป้องกัน และรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดและปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4Ts ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ.2562-2564 และการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยหลังคลอด รวมทั้งใช้ผลการศึกษาจากงานวิจัย (Research Utilization) ซึ่งถือว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด (Evidence-Based Practice: EBP) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 3 ระยะดังนี้ 1) ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด 2) ระยะการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดไปปฏิบัติจริง และ 3) ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 11 คน มารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาลโพนทองที่อยู่ในระยะ 2–24 ชั่วโมง เป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 70 คน และมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาลโพนทองที่อยู่ในระยะ 2–24 ชั่วโมง เป็นกลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 120 คน ผลการวิจัยพบว่าได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด

โรงพยาบาลโพนทอง ที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยง พยาบาลวิชาชีพทั้ง 11 คน นำไปใช้ในการดูแลกลุ่มตัวอย่างที่คลอดทางช่องคลอดโรงพยาบาลโพนทองที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยงได้ ร้อยละ 100.00

วิจารณ์

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model ร่วมกับการบูรณาการแนวปฏิบัติการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดและปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4Ts ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ.2562-2564 และการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติในหอผู้ป่วยหลังคลอด รวมทั้งใช้ผลการศึกษาจากงานวิจัย (Research Utilization) ซึ่งถือว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด (Evidence-Based Practice: EBP) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านความครอบคลุมของเนื้อหา มีการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อมารดาหลังคลอดและมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด สำหรับมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยงให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของ และมีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของปทุมมา กังวานตระกูล และคณะ[4] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนพิจารณาแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ปรับแก้ให้มีแนวทางปฏิบัติที่ดีขึ้นเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่เกิดขึ้นซึ่งดีต่อการปฏิบัติงานทำให้มีความร่วมมือและเต็มใจในการนำไปใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ ทุ่นศิริ[10] ที่ได้ศึกษาผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในเครือข่าย อนามัยแม่และเด็ก พบว่าการมีส่วนร่วมทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มขึ้นส่งผลให้มีการปฏิบัติเพิ่มขึ้น

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ประกอบด้วย 16 ขั้น พยาบาลนำไปใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอด 2-24 ชั่วโมงทั้งที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของณฐนนท์ ศิริมาศและคณะ[5] ที่ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พบว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลมีความพึงพอใจและนำแนวปฏิบัติมาใช้มากขึ้น ส่งผลดีต่อมารดาหลังคลอด

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้ ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมง ไปใช้อย่างต่อเนื่อง มีการติดตามและประเมินผลการใช้ มีการเผยแพร่และนำไปใช้ในโรงพยาบาลเครือข่ายต่อไป และควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 24 ชั่วโมงแรกเนื่องจากมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นและมีอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดในกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 2560;6(2):146-54.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถิติการตาย และสาเหตุการตายของมารดาทั่วประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2566] เข้าถึงได้จาก: http://dashboard.anamai.moph.go.th
3. โรงพยาบาลโพนทอง. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขประจำปี พ.ศ.2565. งานยุทธศาสตร์; 2565.

4. ปทุมมา กังวานตระกูล, อ้อยอิ่น อินยาศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 2560;33(3):127-41.
5. ณฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพางค์พรรณ พาดกลาง, จีรพร จักษุจินดา. การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ. 2557;32(2):37-46.
6. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, สุชาดา วิภวกานต์, อารี กิ่งเล็ก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือด และหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลการสาธารณสุขภาคใต้. 2559;3(3):127-41.
7. นววรรณ มณีจันทร์, อุบล แจ่มนาม. ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทาง คลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารการแพทย์เขต 11. 2560; 31(1):143-55.
8. กระทรวงสาธารณสุข สำนักการพยาบาล. เกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล; 2553.
9. Titler M G, Kleiber F C, Steelman V J, Rakel B A, Budreau G, Everett L Q, et al. The Iowa model of evidence–based practice to promote quality care. Critical Care Nursing Clinics of North America. 2001;13:497–509.
10. กรรณิการ์ ทุ่นศิริ. ผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายงานอนามัยแม่ และเด็กจังหวัดศรีษะเกษ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2556;31(4):115-20.

การปฏิบัติการพยาบาลและอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Nursing practice and barriers to preventing pneumonia from ventilator use in Roi Et Hospital

เบ็ญจวรรณ คำแหงพล*

Benjawan Comhangpol

Corresponding author: E-mail: Comhangpolbenjawan@gmail.com

(Received: December 5, 2023; Revised: December 12, 2023; Accepted: January 16, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลและอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียว ช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566 ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคลากรพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 180 คน

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 180 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามรายข้อและรายด้าน ซึ่งเป็นการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

ผลการศึกษา : พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจาการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยรวมอยู่ในระดับดี (79.44%) เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรม พบว่าการให้อาหารทางสายยาง (95.55%) มีปฏิบัติได้มากที่สุด รองลงมาคือการทำความสะอาดมือ (87.77%) การดูแลความสะอาดปากและฟัน (84.44%) การดูแลอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจขณะใช้กับผู้ป่วย (74.38%) การดูดเสมหะ (73.33%) แต่เป็นที่น่าสนใจว่าการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (60.44%) มีการปฏิบัติน้อยที่สุด และอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (43.89%) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านการบริหารจัดการ (78.33%) มีอุปสรรคมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านบุคลากร (39.70%) และด้านสิ่งสนับสนุน (16.67%) ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้ว่าพยาบาลควรได้รับการพัฒนาทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติการดูแลกับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้นและต่อเนื่อง

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล; ปอดอักเสบ; การใช้เครื่องช่วยหายใจ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : To study nursing practices and barrier to prevention pneumonia from using ventilator for nursing in Roi Et Hospital.

Study design : This research is a descriptive with data collected in the sample only once December 2023. The population used in research these are nursing personnel with experience care ventilator for 180 cases.

Materials and Methods : The collection research results study involved data the questionnaires obtained from the practice nurse 180 case, using care ventilators of 3 parts: practices nursing to prevention pneumonia from using ventilator and barriers to preventing pneumonia from using a ventilator**.**

Main findings : It was found that the sample group were nurses using ventilators of 180 case. It found to have age 26-30 years (41.11%), work experience 1-3 years (47.78%), training experience (71.11%) One trained time (86.72%) The most practical was found to be for NG feeding (95.55%), hands hygiene (87.77%), mouth care (84.44%), Ventilator (74.38%), suction (73.33%), and weaning (60.44%). The most common obstacles in practice aspect, management aspect (78.46%) and it found that the least aspect, Personnel aspect (39.70%) and Support aspect (49.92%).

Conclusion and recommendations : The results study that nurses should develop skills and experience caring patients using prevent ventilators and continuous infections among patients using ventilators.

Keywords : Nursing practice guidelines; Pneumonia; Mechanical ventilation

* Registered Nurse Professional Level, Roi-Et Hospital.

บทนำ

การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นการติดเชื้อซ้ำเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[1,3] ปัญหาสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยเฉพาะการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจจากการศึกษาในหอผู้ป่วยจำนวน 56 แห่งใน 11 ประเทศ พบร้อยละ 15.6 โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกา และยุโรป แถบละตินอเมริกา แถบเอเชียแปซิฟิกพบร้อยละ 13.5, 19.4, 13.8 และ 16.0 ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตามลำดับ[2] ในประเทศไทยจากรายงานของโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Project: THIP) การติดเชื้อปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia :VAP) เป็นการติดเชื้อจุลชีพปอดจนเกิดพยาธิ สภาพภายหลังการใส่เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง โดยเริ่มใส่เครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยมาอยู่ในระยะพักฟื้น[3-4] การนำหลัก VAP Bundle “WHAPO” มาปรับใช้ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ทางหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่ได้พัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องพบว่า อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง จาก 6.63 ครั้งต่อ 1000 วันที่ใช้เครื่องหายใจในปี พ.ศ. 2556 เหลือเพียง 4.8, 4.6 และ 1.8 ครั้งต่อ 1000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ[5] ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นการติดเชื้อที่รุนแรงและมีแนวโน้มสูงขึ้นในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากข้อมูลการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับประเทศไทยการสำรวจอัตราชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างร่วมกับการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดอัตราการตายสูง เพิ่มค่าใช้จ่ายและระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล สาเหตุสำคัญของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่เกิดจากการสำลัก[2,6] การใส่ท่อช่วยหายใจทำให้กลไกการป้องกันตามธรรมชาติของร่างกาย และสาเหตุอื่นได้แก่ ตัวผู้ป่วย เชื้อก่อโรคและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุเสี่ยงมากที่สุด เชื้อก่อโรคส่วนใหญ่เป็นแบคทีเรียแกรมลบและบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนในการแพร่กระจายเชื้อผ่านมือที่ปนเปื้อนขณะให้การรักษาพยาบาล การลดการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลควรมีการดำเนินการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยวิธีการส่งเสริมสนับสนุน ป้องกันและเฝ้าระวังในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ[1,7]

การส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจครอบคลุมใน 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การดูแลจัดท่านอน การดูแลความสะอาดช่องปาก การดูดเสมหะ การดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยางและการดูแลท่อทางเดินหายใจและส่วนประกอบของเครื่องช่วยหายใจ แม้จะมีแนวปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวพบว่ายังมีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ อาจเนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพขาดความรู้ มีความไม่ทันสมัย ขาดการนิเทศงาน ความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้การปฏิบัติในกิจกรรมการพยาบาลไม่ถูกต้อง[1,4,8] เนื่องจากมีการพัฒนาขึ้นให้มีความเหมาสมกับบริบทของโรงพยาบาลของประเทศไทยโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมให้ปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากองค์ความรู้ที่ได้จากบทสรุปการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่าต้องใช้หลายวิธีประกอบกัน วิจัยนี้ใช้วิธีการอบรม การให้ข้อมูลย้อนกลับและการสนับสนุนอุปกรณ์ โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่[8-9] และการสนับสนุนอุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจช่วยการกระตุ้นเตือนให้บุคลากรปฏิบัติตามมาตรการป้องกันมากขึ้น การส่งเสริมการปฏิบัติจะช่วยกระตุ้นให้บุคลากรทางสุขภาพมีการปฏิบัติการควบคุมการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจถูกต้องมากขึ้น และส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง[2-4]

วัตถุประสงค์กาวิจัย

เพื่อศึกษาการปฏิบัติและอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียว เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลและอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 325 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยการคำนวณจากสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากสูตร $N = \frac{N}{1 + Ne^2}$

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

$= \frac{325}{1 + 325(0.05)^2}$

$= 179.31$ คน

≈ 180 คน

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนในการศึกษาได้จำนวน 180 คน จากจำนวนพยาบาลที่เข้าเกณฑ์ 325 คน ดังนั้นขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 180 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพ สังกัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 2) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และอายุการปฏิบัติงานไม่ถึง 1 ปี หรือ ผู้ยินยอมตนที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย แต่ต่อมาได้ปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการประยุกต์ ผลการศึกษาการ กำหนดสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ตัวแปรอายุ เพศ การศึกษา ประสบการณ์การทำงานทั้งหมด ประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและประวัติการได้รับการ ฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

ส่วนที่ 2 การพยาบาลป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด แบบข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ การให้คะแนนการปฏิบัติ ปฏิบัติทุกครั้งและปฏิบัติบางครั้งให้ 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ ไม่ปฏิบัติ ไม่ให้คะแนน แบ่งระดับการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติในระดับดี ประกอบด้วยข้อมูลด้านการปฏิบัติการพยาบาล 6 กิจกรรรม คือ การทำความสะอาดมือ 5 ข้อ การดูแลช่องปาก และฟัน 8 ข้อ การดูดเสมหะ 12 ข้อ การให้อาหารทางสายให้อาหาร 9 ข้อ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ 5 ข้อ การดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ 17 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย การให้คะแนนเห็นด้วย 3 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน แบ่งระดับอุปสรรคเป็น 3 ระดับ คือระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร 11 ข้อ 2) ด้านสิ่งสนับสนุน 7 ข้อ และ 3) ด้านการบริหาร

จัดการ 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามของพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งได้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าดัชนีความชื่อมั่นตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคนโดยผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 040/2567 และมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาซึ่งข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความร่วมมือถึงหอผู้ป่วยที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยในการแจก และอธิบายแบบสอบถามพร้อมเอกสารชี้แจงให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขอรับแบบสอบถามคืนด้วยวิธีการเก็บใส่ซองสีน้ำตาลทึบ พร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล จำนวน 180 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูลและการประมวลผลข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพรายข้อ และรายด้าน วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ อุปสรรคในการดูแลเครื่องช่วยหายใจ และสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด วิเคราะห์ด้วยสถิติหาความสัมพันธ์ของข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำมาลงรหัสข้อมูล บันทึกข้อมูลลงตามรหัสข้อมูลในโปรแกรม Excel แล้วตรวจสอบ และแก้ไขให้ถูกต้อง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 16.0 หากพบว่ามีข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตรงกันจะต้องนำข้อมูลไปตรวจสอบกับต้นฉบับและแก้ไขให้ถูกต้องต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (97.23%) ช่วงอายุ 26-30 ปี (41.11%) ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดอยู่ช่วง 1-3 ปี (47.78%) จบการศึกษาปริญญาตรีและเทียบเท่า (100.00%) ประสบการณ์ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (100.00%) และผ่านการอบรม 1 ครั้ง (75.56%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (n=180)

ข้อมูล	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	5(2.77)
หญิง	175(97.23)
อายุ	
22-25 ปี	43(23.89)
26-30 ปี	74(41.11)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน(ร้อยละ)
31-35 ปี	31(17.22)
36-40 ปี	18(10.0)
41-45 ปี	7(3.89)
46-50 ปี	5(2.78)
≥ 51 ปี	2(1.11)
การปฏิบัติงาน	
1-3 ปี	86(47.78)
4-6 ปี	25(18.89)
7-9 ปี	24(13.33)
≥ 10 ปี	45(25.00)
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรีและเทียบเท่า	180(100.00)
ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	
เคย	180(100.00)
จำนวนการอบรม	
1 ครั้ง	136(75.56)
≥ 2 ครั้ง	44(24.44)

2. การปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

การปฏิบัติและระดับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ภาพรวมการปฏิบัติโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี (79.44%) ส่วนการปฏิบัติที่ได้สูงสุด ได้แก่ การให้อาหารทางสายยาง (95.55%) การทำความสะอาดมือ (87.77%) การดูแลความสะอาดปากและฟัน (83.89%) อยู่ใยระดับดีมาก การดูดเสมหะ (73.33%) แต่ยังพบว่าการปฏิบัติที่ยังได้น้อย ได้แก่ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ (60.44%) อยู่ในระดับพอใช้ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (n=180)

ด้าน	การปฏิบัติ(%)	ระดับการปฏิบัติ
การดูแลอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจขณะใช้กับผู้ป่วย	134(74.38)	ดี
การดูแลความสะอาดปากและฟัน	152(84.44)	ดีมาก
การดูดเสมหะ	132(73.33)	ดี

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ด้าน	การปฏิบัติ(%)	ระดับการปฏิบัติ
การทำความสะอาดมือ	158(87.77)	ดีมาก
การให้อาหารทางสายยาง	172(95.56)	ดีมาก
การหย่าเครื่องช่วยหายใจ	108(60.44)	พอใช้
รวม	143(79.44)	ดี

3. ข้อมูลอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล

จากข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติพบว่าอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (43.89%) โดยการจำแนกรายด้านพบว่าด้านที่พบมากที่สุด ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ (78.33%) รองลงมาคือด้านบุคลากร (39.70%) อยู่ในระดับพอใช้และอุปสรรคด้านที่พบน้อยที่สุดได้แก่ ด้านสิ่งสนับสนุน (16.67%) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจแยกตามด้าน (n=180)

อุปสรรค	ความคิดเห็น n(%)	ระดับอุปสรรค
	เห็นด้วย	
ด้านการบริหารจัดการ	141(78.46)	มาก
ด้านสิ่งสนับสนุน	30(16.67)	น้อย
ด้านบุคลากร	66(36.67)	ปานกลาง
รวม	79(43.89)	ปานกลาง

จากข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติพบว่าอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจด้านการบริหารจัดการ พบอุปสรรคภาพรวมอยู่ในระดับมาก (78.46%) ส่วนรายข้อพบอุปสรรคจากมากไปหาน้อย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลป้องกัน VAP มีความเหมาะสมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้จริง และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลป้องกัน VAP ดีแล้วไม่ต้องปรับปรุงเพิ่ม (83.33%) ผลลัพธ์ของการนำรูปแบบไปใช้ตรงตามความต้องการของท่าน (82.78%) รูปแบบการพยาบาลป้องกัน VAP ทำให้ท่านได้รับข้อมูล และใช้งานได้ถูกต้องตรงตามที่ต้องการ (80.00%) ระยะเวลานานในการนำรูปแบบไปใช้ปฏิบัติจึงจะมีประสิทธิภาพเหมาะสม (77.22%) คู่มือหรือขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีความเหมาะสม (76.67%) เนื้อหาการปฏิบัติการครบถ้วนครอบคลุมเหมาะสม (75.56%) อัตรากำลังไม่เหมาะสมกับภาระงานปัจจุบัน (73.89%) และรูปแบบมีความทันสมัยใช้งานง่าย และสะดวกในการใช้ (73.33%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ด้านบริหารจัดการ) (n=180)

อุปสรรคด้านการบริหารจัดการ	ความคิดเห็น n(%)
	เห็นด้วย
1. รูปแบบมีความทันสมัยใช้งานง่ายและสะดวกในการใช้	132(73.33)
2. อัตรากำลังไม่เหมาะสมกับภาระงานปัจจุบัน	133(73.89)
3. ระยะเวลานานในการนำรูปแบบไปใช้ปฏิบัติจึงจะมีประสิทธิภาพเหมาะสม	138(76.67)
4. คู่มือปฏิบัติมีขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีความเหมาะสม	136(75.56)
5. เนื้อหาการปฏิบัติการครบถ้วนครอบคลุมเหมาะสม	137(76.11)
6. รูปแบบการพยาบาลป้องกัน VAP ทำให้ท่านได้รับข้อมูลและใช้งานได้ถูกต้องตรงตามที่ต้องการ	144(80.00)
7. รูปแบบการพยาบาลป้องกัน VAP มีความเหมาะสมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้จริง	150(83.33)
8. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลป้องกัน VAP ดีแล้วไม่ต้องปรับปรุงเพิ่ม	150(83.33)
9. ผลลัพธ์ของการนำรูปแบบไปใช้ตรงตามความต้องการของท่าน	149(82.78)
รวม	141(78.33)

จากข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติพบว่าอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจด้านสิ่งสนับสนุน อุปสรรคภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (16.67%) ส่วนรายข้อพบอุปสรรคจากมาไปหาน้อย ได้แก่ อุปกรณ์ป้องกันตนเองมีความยุ่งยากไม่สามารถสวมใส่ดูแลผู้ป่วยได้ทุกราย (29.44%) และผู้ป่วยวิกฤตนอนที่หอผู้ป่วยสามัญไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน IC เทียบเท่า ICU (21.67%) ส่วนอุปสรรคที่พบน้อย ได้แก่ ห้องแยกผู้ป่วยมีจำนวนน้อย ไม่เพียงต่อความต้องการสำหรับผู้ป่วย (10.56%) จำนวนผู้ป่วยมีมาก แออัด เตียงผู้ป่วยไม่สามารถย้ายได้ตามมาตรฐาน IC (11.67%) โครงสร้างหน่วยงานไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามมาตรฐานงาน IC ได้ (13.33%) ผู้ป่วยวิกฤตใส่ท่อช่วยหายใจใช้เครื่องช่วยหายใจไม่สามารถย้ายเข้า ICU ได้ทุกราย (15.56%) และเครื่องช่วยหายใจมีไม่เพียงพอต่อการใช้งานร้อยละ (16.67%) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ด้านสิ่งสนับสนุน) (n=180)

อุปสรรคด้านสิ่งสนับสนุน	ความคิดเห็น n(%)
	เห็นด้วย
1. โครงสร้างหน่วยงานไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามมาตรฐานงาน IC ได้	24(13.33)
2. จำนวนผู้ป่วยมีมาก แออัด เตียงผู้ป่วยไม่สามารถย้ายได้ตามมาตรฐาน IC	21(11.67)
3. ผู้ป่วยวิกฤตนอนที่หอผู้ป่วยสามัญไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน IC เทียบเท่า ICU	39(21.67)

ตารางที่ 5 (ต่อ)

อุปสรรคด้านสิ่งสนับสนุน	ความคิดเห็น n(%)
	เห็นด้วย
4. อุปกรณ์ป้องกันตนเองมีความยุ่งยากสามารถสวมใส่ดูแลผู้ป่วยได้ทุกราย	53(29.44)
5. ห้องแยกผู้ป่วยมีจำนวนน้อย ไม่เพียงต่อความต้องการสำหรับผู้ป่วย	19(10.56)
6. ผู้ป่วยวิกฤตใส่ท่อช่วยหายใจใช้เครื่องช่วยหายใจไม่สามารถย้ายเข้า ICU ได้ทุกราย	28(15.56)
7. เครื่องช่วยหายใจมีไม่เพียงพอต่อการใช้งาน	30(16.67)
รวม	30(16.67)

จากข้อมูลความคิดเห็นและอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจด้านบุคลากร พบอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง (36.67%) ส่วนรายข้อพบอุปสรรคจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การดูแลตามหลักมาตรฐานทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดVAP (61.67%) ช่วงเวลา และระยะเวลาในการใช้รูปแบบการพยาบาลมีความเหมาะสม (53.89%) เมื่อเกิดการติดเชื้อ VAP ควรแจ้ง ICWN ในหอผู้ป่วยเท่านั้น (37.78%) การป้องกัน VAP เป็นงานที่ทำยากเนื่องจากต้องประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ (37.22%) การทำให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการป้องกัน VAP เป็นเรื่องที่ทำได้ง่าย (36.11%) ผู้ป่วยติดเชื้อ VAP เกิดจากอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ ไม่ใช่จากการปฏิบัติไม่ถูกต้อง (35.56%) การติดเชื้อ VAP เป็นปัญหาที่ที่สามมารถรอการแก้ไขได้ (34.44%) ผู้ป่วยติดเชื้อ VAP เกิดจากการปฏิบัติไม่ถูกต้องของผู้ดูแล (32.33%) แนวทางป้องกัน VAP ทำให้งานของท่านยุ่งยากมากยิ่งขึ้น (26.11%) ท่านคิดว่าการป้องกัน VAP เป็นงานในความรับผิดชอบของทุกคน (25.0%) การบันทึกการเฝ้าระวังการป้องกันการป้องกัน VAP เป็นเรื่องยุ่งยากเสียเวลา (23.89%) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ด้านบุคลากร) (n=180)

อุปสรรคด้านบุคลากร	ความคิดเห็น n(%)
	เห็นด้วย
1. แนวทางป้องกัน VAP ทำให้งานของท่านยุ่งยากมากยิ่งขึ้น	47(26.11)
2. เมื่อเกิดการติดเชื้อ VAP ควรแจ้ง ICWN ในหอผู้ป่วยเท่านั้น	68(37.78)
3. การติดเชื้อ VAP เป็นปัญหาที่ที่สามารถรอการแก้ไขได้	62(34.44)
4. ท่านคิดว่าการป้องกัน VAP เป็นงานในความรับผิดชอบของทุกคน	45(25.00)
5. การป้องกัน VAP เป็นงานที่ทำยากเนื่องจากต้องประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ	67(37.22)
6. การทำให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการป้องกัน VAP เป็นเรื่องที่ทำได้ง่าย	65(36.11)
7. การบันทึกการเฝ้าระวังการป้องกันการป้องกัน VAPเป็นเรื่องยุ่งยากเสียเวลา	43(23.89)
8. ช่วงเวลาและระยะเวลาในการใช้รูปแบบการพยาบาลมีความเหมาะสม	97(53.89)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

อุปสรรคด้านบุคลากร	ความคิดเห็น n(%)
	เห็นด้วย
9. ผู้ป่วยติดเชื้อ VAP เกิดจากการปฏิบัติไม่ถูกต้องของผู้ดูแล	58(32.33)
10. ผู้ป่วยติดเชื้อ VAP เกิดจากอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอไม่ใช่จากการปฏิบัติไม่ถูกต้อง	64(35.56)
11. ท่านคิดว่าการดูแลตามหลักมาตรฐานทำให้ผู้ป่วยไม่เกิด VAP	111(61.67)

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุส่วนใหญ่ 26-30 ปี ร้อยละ 41.11 ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดอยู่ช่วง 1-3 ปี (47.78%) ประสบการณ์ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ (71.11%) จำนวนครั้งผ่านการอบรม 1 ครั้ง (86.72%) การปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจทั้ง 6 กิจกรรม ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจครั้งเดียว (86.72%) สามารถลดอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้[2,6] การที่ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (60.44%) หากพบว่าผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจปฏิบัติได้ช้าอาจทำให้เกิดความเสี่ยงได้ การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยได้เร็วช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และหากพบน้ำค้างในสาย Ventilator circuits อาจส่งผลให้เกิดปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งเนื่องจากความร้อนและความชื้นทำให้เกิดหยดน้ำสาย Ventilator circuits ในอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ หากเกิดน้ำที่ค้างไหลย้อนกลับขณะทำการปฏิบัติกิจกรรมเช่น การดูดเสมหะ การจัดท่านอน ส่งผลทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อเข้าสู่ผู้ป่วย[2-3] การดูดเสมหะด้วยระบบปิดทำการปฏิบัติกิจกรรมไม่จำเป็นต้องปฏิบัติร่วมกับบุคลากรอีก 1 คน เนื่องจากปฏิบัติคนเดียว ซึ่งแนวทางเดิมจะปฏิบัติโดยพยาบาล และมีผู้ช่วยอีก 1 คน ทำให้การประเมินการดูดเสมหะปฏิบัติได้ (73.33%) แต่วิธีการดูดเสมหะด้วยระบบปิดจะช่วยลดการฟุ้งกระจายฝอยละอองจากเสมหะได้ การดูแลท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ (74.38%) เป็นกิจกรรมที่ต้องได้รับความร่วมมือหลายหน่วยในการยึดหลักปราศจากเชื้อ การปฏิบัติที่ได้มากนั้นอาจมาจากการได้รับการอบรม และการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้พยาบาลมีความตระหนักถึงความสำคัญ การทำความสะอาดปากและฟัน (84.44%) จากการศึกษาที่พบว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับการทำความสะอาดช่องปากและฟันเป็นกิจกรรมลำดับสุดท้าย กิจกรรมการพยาบาลเนื่องจากภายในช่องปากมีเชื้อโรคอยู่เป็นจำนวนมาก[8-9] หากทำความสะอาดภายในช่องปากและแปรงฟันจะช่วยลดเชื้อและทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น พยาบาลควรเน้นให้กิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลช่องปากและฟันเป็นสิ่งสำคัญร่วมด้วยกิจกรรมการทำความสะอาดมือ (87.77%) ซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลรวมทั้งการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การทำความสะอาดมือเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส ซึ่งเป็นวิธีที่ยอมกันทั่วไปว่าสามารถลดการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ[7] การให้อาหารทางสายยางเป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติได้ดี แต่การเช็ดบริเวณปลายสายให้อาหารด้วย 70% alcohol การไม่เช็ดทำความสะอาดปลายสายให้อาหารจะเป็นจุดทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลหรือผ่านทางมือจากบุคลากรทำให้ผู้ป่วยรับเชื้อจุลชีพจากปลายสายให้อาหารเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารได้ (95.56%)

อุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจพบว่าด้านการบริหารจัดการพบอุปสรรค

มากที่สุด (78.46%) การที่มีอัตรากำลังไม่เพียงพอแต่ก็อาจแปลได้ว่าบุคลากรขึ้นปฏิบัติงานควบเวรวันละ 16 ชั่วโมง ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติเหนื่อยล้าไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ สาเหตุที่บุคลากรไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันเนื่องจากความเร่งรีบ และมีภาระงานมาก[1,4-5] โดยเฉพาะการให้บันทึกการเฝ้าระวังการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลเป็นเรื่องยุ่งยากในการทำงานประจำ[5,7] อุปสรรคด้านบุคลากรพบน้อย (39.70%) แต่การที่พยาบาลปฏิบัติงานประจำด้วยความเร่งรีบอาจทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้เนื่องจากภาระงานที่มากส่งผลต่อการเฝ้าระวังและการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล การที่พยาบาลผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่มีอายุน้อยทำให้ขาดทักษะและประสบการณ์ในการดูแลกับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีผลต่อความมั่นใจ ดังข้อมูลการศึกษาวิจัยพบว่าการช่วยเหลือในการบริหาจัดการของผู้บริหารจะช่วยให้งานลุล่วงไปได้ด้วยดี ส่วนการให้เพิ่มพูนความรู้ และทักษะปฏิบัติแก่บุคคลากรที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจพบว่าสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ และสร้างความมั่นใจให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติมากขึ้น

การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ด้านการบริหาร ผลการวิจัยพบว่าระดับการบริหารจัดการมีอุปสรรคมากจะได้นำเสนอผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาล ผู้เกี่ยวข้องทุกสังกัดในโรงพยาบาลเพื่อทราบปัญหาและช่วยแก้ไขเพื่อลดปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น พิจารณาการจัดหาเครื่องมือให้เพียงพอต่อการหมุนเวียน การฝึกอบรมจากสถาบันภายนอกและการจัดอบรมภายในโรงพยาบาล การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมสามารถปฏิบัติได้ ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยที่ได้จะนำไปใช้ในการให้ความรู้และเพิ่มทักษะในการปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจแก่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องหายใจและดูแลเครื่องช่วยหายใจได้ถูกต้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลจากตัวแทนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยตนเองอาจมีผลต่อข้อมูลที่ได้รับไม่ใช้ข้อมูลทั้งหมดของพยาบาลผู้ปฏิบัติ ผู้จัดทำวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์รวมทั้งสิ่งที่จะได้รับ และผลประโยชน์ที่หน่วยงานจะได้รับจากการวิจัย จึงขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและการปฏิบัติงานจริง

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การวิจัยนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลจากตัวแทนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยตนเองอาจมีผลต่อข้อมูลที่ได้รับไม่ใช้ข้อมูลทั้งหมดของพยาบาลผู้ปฏิบัติ ผู้จัดทำวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์รวมทั้งสิ่งที่จะได้รับและผลประโยชน์ที่หน่วยงานจะได้รับจากการวิจัย จึงขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง และการปฏิบัติงานจริง

ข้อเสนอแนะ

1. การปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ควรได้รับการแก้ไข ซึ่งยังพบว่าการปฏิบัติได้น้อยคือการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ควรมีการแก้ไขในเชิงกำหนดนโยบายและทีมสหวิชาชีพร่วมกันในการประเมินสภาพผู้ป่วยช่วยให้ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น

2. อุปสรรคการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขเร่งด่วนได้แก่ด้านการ

บริหารจัดการ โดยเน้นการเสนอนโนบายแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันจากท่านผู้บริหารกำหนดนิเทศ ติดตามและประเมินทุกเดือน สรุปเป็นรายไตรมาศ

3. อุปสรรคการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ควรได้รับการแก้ไข ได้แก่ ด้านบุคลากรให้เพิ่มพูนความรู้ และทักษะปฏิบัติแก่บุคคลากรโดยเน้นการลงเชิงรุกให้บุคลากรพยาบาลทุกคนทุกระดับให้ได้รับความรู้ที่ต้องฟื้นฟูงานด้านป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทุกคน และเน้นการทำฐานกิจกรรมที่ทุกคนต้องผ่านการประเมินฐานด้านการป้องกัน VAP

4. อุปสรรคการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ควรได้รับการแก้ไข ได้แก่ ด้านสิ่งสนับสนุนโดยเน้นการกำหนดอุปกรณ์เครื่องมือที่เป็นเฉพาะ เช่น การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต้องจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ตามลำดับความสำคัญ เช่น เครื่องช่วยหายใจต้องกำหนดให้มีการสำรองเกินจำนวนที่มีผู้ป่วยใช้มากที่สุดในวันโดยกำหนด 3 เวรและเพิ่มจำนวนขึ้นอีก 15% เพื่อสำรอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่อนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูล ขอบคุณงานสำนักงานวิจัย กลุ่มงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เป็นส่วนสำคัญที่จะข้อมูลสนับสนุนและตัวแทนบุคลากรพยาบาลทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับการจัดทำงานวิจัยครั้งนี้จนเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบคุณบิดาแลครอบครัวที่คอยสนับสนุนให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
2. Burja S, Belec T, Bizjak N, Mori J, Markota A, Sinkovič A. Efficacy of a bundle approach in preventing the incidence of ventilator associated pneumonia(VAP). Bosn J Basic Med Sci 2018(1):105-9. doi: 10.17305/bjbms.2017.2278. PubMed PMID: 28976870.
3. CDC, N. Surveillance Definitions for Specific Types of Infections; 2023.
4. Borah K, Ramamoorthy L, Senthilnathan M, Murugesan R, Lalthanthuami H T, Subramaniyan R. Effect of fourth hourly oropharyngeal suctioning on ventilator-associated events in patients requiring mechanical ventilation in intensive care units of a tertiary care center in South India: a randomized controlled trial. Acute Crit Care 2023;38(4):460-8. doi:10.4266/acc.2022.01501. PubMed PMID: 38052511.
5. เมตตา เขียวแสวง, อรสุดา โสภาพรมม, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, ยุดา สุธีรศานต์. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี. วารสาร Mahidol R2R e-Journal. 2563;7(1):98-109.
6. Kollef M H, Hamilton C W, Ernst F R. Economic impact of ventilator-associated pneumonia in a large matched cohort. Infect Control Hosp Epidemiol 2012;33(3):250-6. doi: 10.1086/664049. PubMed PMID: 22314062.
7. Martinez-Reviejo R, Tejada S, Jansson M, Ruiz-Spinelli A, Ramirez-Estrada S, Ege D, et al. Prevention of ventilator-associated pneumonia through care bundles: A systematic review and meta-analysis. J Intensive Med 2023;3(4):352-64. doi: 10.1016/ j.jointm.2023.04.004. PubMed PMID: 38028633.
8. Shen Y, Dai L, Zhu Y, Lang Y. The Impact of Improved Oral Care Methods on the Oral Health of Patients Undergoing Transoral

Mechanical Ventilation. Comput Math Methods Med 2022. doi: 10.1155/2022/7596654. PubMed PMID: PMC9507657.

9. Takahama Jr A, Sousa V L D, Tanaka E E, Ono E, Nakanishi Ito F A, Costa P P, et al. Analysis of oral risk factors for ventilator-associated pneumonia in critically ill patients. Clin Oral Investig 2021;25(3):1217-22. doi: 10.1007/s00784-020-03426-x. PubMed PMID: 32594308.

รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน
A Model for Managing the Problems Caused by Non-safety Use of Medication in the Community

กัลยาณี อาชาสันติสุข*
Kanlayanee Archasantisuk
Corresponding author: E-mail: j.ja.jing.999@gmail.com
(Received: December 6, 2023; Revised: December 13, 2023; Accepted: January 16, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบการจัดการ และศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ อสม. ผู้นำท้องถิ่น และตัวแทนครัวเรือน การดำเนินการวิจัยเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน การนำรูปแบบฯ เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล และการประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันรูปแบบฯ ดำเนินการพัฒนาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 - เดือนพฤศจิกายน 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกข้อมูลความรอบรู้ และแบบติดตามการจำหน่ายยา Google form วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ % differences

ผลการวิจัย : (1) พบปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะ ยาอันตราย และสเตียรอยด์ในครัวเรือน วัด โรงเรียน และมีการจำหน่ายยาชุด ยาอันตราย และยาที่ห้ามจำหน่ายอื่นๆ ในร้านค้าฯ (2) รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน มีการดำเนินการเป็น “บันได 3 ขั้น”ขับเคลื่อนโดยพัฒนาเป็น นวัตกรรมสื่อและกระบวนการ “MELT model โดยกลไก พชอ. สู่ บวร.ร. และ (3) ผลลัพธ์การพัฒนาพบว่า ยาชุดที่มีสเตียรอยด์ ยาอันตราย และยาที่ห้ามจำหน่ายอื่นๆ มีแนวโน้มลดลง คิดเป็น 185.97%, 187.09% และ 150.28% ตามลำดับ; Antibiotics, NSAIDs และ Steroids ในครัวเรือน วัด และโรงเรียนที่ซื้อจากร้านค้าฯ มีแนวโน้มลดลงทุกปี คิดเป็น 136.79%, 89.30%, 56.03%, 38.11% และ 24.31% ตามลำดับ; อาการไม่พึงประสงค์ที่พบจากการซื้อยาชุด ยาอันตรายจากร้านค้า มินิมาร์ท และตลาด มีแนวโน้มลดลงทุกปี คิดเป็น 66.63%, 53.35%, 40.47%, 32.40% และ 27.83% ตามลำดับ; คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชนของกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า ครัวเรือน พระภิกษุ และนักเรียนเพิ่มขึ้น 33.11%

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการแก้ปัญหาที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชนลดลง ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบดังกล่าวไปพิจารณาปรับใช้ในพื้นที่

คำสำคัญ : การจัดการ; การใช้ยาไม่ปลอดภัย

*เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : To study the problem situation and develop a needed management model and study the results of problems caused by non-safety use of medication in the community.

Study design : Research and development.

Materials and Methods : The operators of shops, minimarts, markets, animal feed stores, local leaders, village health volunteers and households representatives were sample groups. We conducted research beginning with studying the problem situation and needs, developing a model for managing the problems caused by non-safety use of medication in the community. We also used the model to check its effectiveness and evaluate to improve and confirm the model. Development has been underway since October, 2018 - November 2020. Data were collected using field notes, knowledge data recording form and Google form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and % differences.

Main findings : (1) Problems found were use of antibiotics, dangerous drugs and steroids in households, temples, schools and sale of steroids, dangerous drugs and other prohibited drugs in stores. (2) The model for managing the problems caused by non-safety use of medication in community was implemented as a "3-step ladder" driven by District Health Board (DHB) to a network of home, temple, school and hospital with development media and process innovation "MELT model" and (3) Development results found that the medicines which containing steroids, dangerous drugs and other prohibited drugs were in a decreasing trend, accounting for 185.97%, 187.09% and 150.28%, respectively; Antibiotics, NSAIDs and steroids in households, temples and schools purchased from stores. There is a trend of decreasing every year, accounting for 136.79%, 89.30%, 56.03%, 38.11% and 24.31%, respectively; adverse drug reactions found from purchasing steroids and dangerous drugs from stores, minimarts and markets tend to decrease every year, accounting for 66.63%, 53.35%, 40.47%, 32.40% and 27.83%, respectively; the mean score of knowledge about non-safety drug use in community of shop operators, households, monks and students increased by 33.11%.

Conclusion and recommendations : The results of this research indicate that the problem solving framework developed by the researcher had resulted in a reduction in the problem of non-safety drug use in the community. Therefore, relevant agencies should apply the model in their area.

Keywords : Managing; Non-safety use of medication.

* Pharmacist Professional Level, Roi Et Hospital

บทนำ

การใช้ยาไม่สมเหตุผลนับเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกมายาวนาน องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานใน 60th World Health Assembly เมื่อเดือนพฤษภาคม 2550 ว่าการใช้ยาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 เป็นการใช้ยาไม่สมเหตุผล เกินความจำเป็น ทำให้เกิดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นวงกว้างทั่วโลก ส่งผลต่อการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ เกิดความสูญเสียในแต่ละปี 4,000-5,000 ล้านดอลลาร์ใน US และ 9,000 ล้านยูโรในยุโรป สำหรับประเทศไทย การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลพบมากกว่าร้อยละ 50 นับเป็นปัญหาระดับชาติมานาน เช่นกัน นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2557 พบประชากรไทยบริโภคยาสูงถึง 1.6 แสนล้านบาท โดยใช้ยาเกินความจำเป็น 2 พันล้านบาท และเป็นการใช้ยาที่ยังมีข้อสงสัยต่อประสิทธิภาพ 4 พันล้านบาท ทำให้พบปัญหาเชื้อดื้อยาจำนวน 38,000 คน คิดเป็นการสูญเสียโดยรวม 4.2 หมื่นล้านบาท[1] หนึ่งในสาเหตุสำคัญของเชื้อดื้อยา คือการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ซึ่งการบริโภคยาปฏิชีวนะเป็นจำนวนมากจะก่อให้เกิดการดื้อยามากขึ้น ตัวอย่างเช่น การใช้ยาปฏิชีวนะซึ่งใช้รักษาโรคติดเชื้อจากแบคทีเรีย แต่กลับนำไปใช้รักษาโรคหวัด ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสอย่างแพร่หลาย นอกจากนี้ พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ซื้อจากร้านค้า ร้อยละ 8-24[2] การให้ความรู้แก่ประชาชน จึงเป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล[3] ดังนั้นการใช้ยาไม่สมเหตุผลจึงเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขโดยเร่งด่วน เนื่องจากส่งผลเสียมหาศาลต่อผู้ป่วย และสังคม ทั้งในด้านอันตรายจากการใช้ยาที่เพิ่มสูงขึ้น ประสิทธิผลในการรักษาที่ต่ำลง สร้างภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นมากโดยไม่เกิดความคุ้มค่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน การใช้ยาอย่างสมเหตุผลถูกกำหนดเป็นโครงการภายใต้ยุทธศาสตร์บริการสุขภาพที่เป็นเลิศของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข หรือที่เรียกว่าแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลภายใต้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพมีขอบเขตการพัฒนาในโรงพยาบาลทุกระดับจนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ และปัจจุบันได้พัฒนาให้ครอบคลุมไปยังชุมชน[2]

จากการลงพื้นที่เพื่อศึกษาสถานการณ์ และสาเหตุการใช้ยาไม่สมเหตุผลของอำเภอเมืองร้อยเอ็ด เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 พบการจำหน่ายยาชุด ยาอันตราย และยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านค้าร้อยละ 94 โดยพบจากหลายแหล่ง ได้แก่ ร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด และร้านขายอาหารสัตว์ ซึ่งมีสาเหตุจากการขาดความรู้ของผู้ประกอบการ และผู้บริโภคไม่ทราบเรื่องการใช้ยาสมเหตุผล จึงยังพบปัญหาการเข้าถึงยาง่ายของคนในชุมชนมาหลายสิบปี นอกจากนี้ พบว่าคนในชุมชนเข้าใจความหมายในเรื่องการใช้ยาสมเหตุผลเพียงร้อยละ 18.62 และพบยาชุด ยาอันตรายในครัวเรือนจากการซื้อรับประทานเองจากร้านค้าร้อยละ 25.96 จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมิให้สถานประกอบการที่มิใช่ร้านขายยา จำหน่ายยาชุด ยาอันตราย และยาที่ห้ามจำหน่ายอื่นๆ รวมทั้งคนในชุมชนต้องมีความรอบรู้ในเรื่องการใช้ยาสมเหตุผล และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

แนวทางการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน[4] จากกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดหลักการทั่วไปที่ควรปฏิบัติ อย่างไรก็ตามเครื่องมือและวิธีการเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาเพื่อให้เกิดความรวดเร็วและเกิดประสิทธิผลมากขึ้นจากเดิม ในการแก้ปัญหา ซึ่งจากการประมวลเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ชี้ให้เห็นว่าการแก้ปัญหาเรื่องการใช้ยาไม่สมเหตุผลในชุมชนให้สัมฤทธิ์ผลและยั่งยืน มีหลายมิติที่ต้องเชื่อมโยง และจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือสร้างความรอบรู้ที่ครอบคลุมเข้าใจง่าย รวมทั้งมีเครื่องมือติดตามที่แก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐบาล ภาคเอกชน และภาคประชาชน ผู้วิจัยจึงได้สร้างรูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชนขึ้น เพื่อมุ่งหวังให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผลอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ พัฒนารูปแบบการจัดการ และศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการ

จัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ (2) พัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน (3) การนำรูปแบบฯ เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล และ (4) ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ดจำแนกได้ ดังนี้ 1) สถานประกอบการที่ไม่ใช่ร้านขายยา ได้แก่ ร้านค้ามินิมาร์ท ตลาด และร้านขายอาหารสัตว์ 2) ผู้บริโภค ได้แก่ ครัวเรือน หมายถึง ผู้สูงวัยที่มีอายุ 60-65 ปี ซึ่งมีโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง รับยาประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พระภิกษุ 60-65 พรรษา มีโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง รับยาประจำที่ รพ.สต. และนักเรียนซึ่งเป็นผู้นำเยาวชนสาธารณสุขโรงเรียนร้อยเอ็ดวิทยาลัย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัคร ได้แก่ ตัวแทนประชาชน อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ซึ่งมีผู้ประกอบการร้านค้าประชาชน ผู้นำท้องถิ่น และ อสม. 60 คน (ตัวแทนกลุ่มละ 15 คน) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในเวทีประชาคมเกี่ยวกับการใช้ยา 60 คน และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง 30 คน สำหรับการสนทนากลุ่ม โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

ตัวแทนประชาชน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการใช้ยา 60 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ประกอบการร้านค้า ประชาชน ผู้นำท้องถิ่น และ อสม. (ตัวแทนกลุ่มละ 15 คน) ไม่จำกัดเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส โดยมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และ 2) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ผู้ประกอบการร้านค้าประชาชน ผู้นำท้องถิ่น และ อสม. ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบฯ ได้ครบตามที่กำหนด

บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน จากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาเกี่ยวกับการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 18 แห่ง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ที่มีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี 2) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 18 แห่ง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ที่มีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ น้อยกว่า 1 ปี 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบฯ ได้ครบตามที่กำหนด

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็น อาสาสมัคร ได้แก่ 1) กลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก 1 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนตลาดหนองแคน ตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ในการทดลองใช้ร่างรูปแบบฯ ประกอบด้วยผู้บริโภค 30 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุ พระภิกษุ นักเรียน (กลุ่มละ 10 คน) และผู้ประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ รวม 20 แห่ง และ 2) กลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ใน 7 ชุมชน ตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ได้แก่ ชุมชนมั่นคงพัฒนา ชุมชนหนองหญ้าม้า ชุมชนโรงพยาบาล ชุมชนโรงเรียนเมือง ชุมชนจันทร์เกษม ชุมชนหนองแคน และชุมชนวัดราษฎรอุทิศ ประกอบด้วย ผู้บริโภค 60 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุ พระภิกษุ นักเรียน (กลุ่มละ 20 คน) และร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ รวม 40 แห่ง โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

กลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก 1 ชุมชน ประชากร คือ สถานประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ในเขตเมืองร้อยเอ็ด ซึ่งมีทั้งจำหน่ายยาและไม่มีการจำหน่ายยา รวม 24 แห่ง และผู้บริโภคที่มีประวัติซื้อยารับประทานเองเป็นประจำ ทั้งจากร้านขายยาและที่มิใช่ร้านขายยา รวมทั้งสิ้น 40 ครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างเป็น

สถานประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ ที่พบการจำหน่ายยา 20 แห่ง และผู้บริโภคที่มีประวัติซื้อยารับประทานเองเป็นประจำ โดยซื้อยาจากร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ 30 ราย รายละเอียดดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) สถานประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ และผู้บริโภคที่อยู่ในพื้นที่ศึกษาในกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก 2) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) สถานประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ และผู้บริโภคที่ไม่อยู่ในพื้นที่ศึกษาในกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบฯ ได้ครบตามที่กำหนด

กลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ 7 ชุมชน ประชากรเป็นสถานประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ซึ่งมีทั้งจำหน่ายยา และไม่มีการจำหน่ายยา รวม 52 แห่ง และผู้บริโภคที่มีประวัติซื้อยารับประทานเองเป็นประจำ ทั้งจากร้านขายยาและที่มิใช่ร้านขายยา รวม 74 ครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างเป็นสถานประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ ที่พบการจำหน่ายยา 40 แห่ง และผู้บริโภคที่มีประวัติซื้อยารับประทานเองเป็นประจำ โดยซื้อยาจากร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ 60 ราย รายละเอียดดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) สถานประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ และผู้บริโภคที่อยู่ในพื้นที่ศึกษาในกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ 2) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) สถานประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ และผู้บริโภคที่ไม่อยู่ในพื้นที่ศึกษาในกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบฯ ได้ครบตามที่กำหนด

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล ประชากรเป็นสถานประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ซึ่งมีทั้งจำหน่ายยาและไม่มีการจำหน่ายยา รวมทั้งสิ้น 1,148 แห่ง และผู้บริโภคที่มีประวัติซื้อยารับประทานเองเป็นประจำ ทั้งจากร้านขายยาและที่มิใช่ร้านขายยา รวม 1,618 ครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างเป็นสถานประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ที่พบการจำหน่ายยา 1,035 แห่ง และผู้บริโภคที่มีประวัติซื้อยารับประทานเองเป็นประจำ โดยซื้อยาจากร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด และร้านขายอาหารสัตว์ 570 ราย รายละเอียดดังนี้

อาสาสมัคร ได้แก่ 1) ผู้ประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด และร้านขายอาหารสัตว์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้รูปแบบฯ 1,035 ร้าน และกลุ่มตัวอย่างเดียวกันหลังการใช้รูปแบบฯ (Prospective group) 2) ผู้บริโภค ได้แก่ ผู้สูงอายุ พระภิกษุ นักเรียน โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้รูปแบบฯ 570 คน (ผู้สูงอายุ 445 คน พระภิกษุ 65 รูป และนักเรียน 60 คน) และกลุ่มตัวอย่างเดียวกันหลังการใช้รูปแบบฯ (Prospective group) เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) สถานประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ และผู้บริโภคที่อยู่ในพื้นที่ศึกษาอำเภอเมืองร้อยเอ็ด 2) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) สถานประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ และผู้บริโภคที่ไม่อยู่ในพื้นที่ศึกษา 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบฯ ได้ครบตามที่กำหนด

ระยะที่ 4 ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ อาสาสมัคร ได้แก่ ผู้วิจัยได้ดำเนินการถอดบทเรียนจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 18 คน อสม. 18 คน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด 5 คน รวม 41 คน โดยใช้การสนทนากลุ่ม และสรุปผลการศึกษา หลังจากนั้นนำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์

ระยะเวลา ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 ม.ค. 2561-31 ม.ค. 2564 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ติดตามผลต่อเนื่องหลังการใช้รูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ (1 ก.พ. 2564 - 31 พ.ค. 2566) เพื่อดูความสำเร็จและยั่งยืน

การดำเนินการวิจัย การดำเนินการวิจัยจำแนกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา และความต้องการพัฒนา วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาสภาพ

ปัญหา ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนา ระยะเวลาดำเนินการศึกษาตั้งแต่ 1 - 31 มกราคม 2561 โดยมีรายละเอียดดังนี้

วิธีดำเนินการ โดย (1) การวิเคราะห์เอกสาร (Document analysis) ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน ที่ตีพิมพ์เผยแพร่แบบสื่อสิ่งพิมพ์ และสื่ออินเทอร์เน็ต (2) สืบค้นข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาชุดและยาอันตรายที่ซื้อจากร้านค้าฯ (ข้อมูลจากงานคลินิกใน รพ.ร้อยเอ็ด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2561) (3) วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจปัญหาด้านยา ในร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ และครัวเรือน ในปี พ.ศ. 2560 ของผู้วิจัย และเครือข่าย รพ.สต. (4) สำรวจความรอบรู้เรื่องการใช้ยาสมเหตุผล และ (5) การสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกในเวทีประชาคม (Focus group discussion) เกี่ยวกับปัญหาการนำยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านค้ามาจำหน่ายในชุมชน และการซื้อยามารับประทานเองในครัวเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบสำรวจการจำหน่ายยาในร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์สำหรับ อสม. แบบบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้บริโภคในผู้สูงอายุ วัด โรงเรียน สำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. แบบสอบถามความรอบรู้ การใช้ยาสมเหตุผลสำหรับผู้สูงอายุ พระภิกษุ และนักเรียน แบบสอบถามความรอบรู้ การจำหน่ายยาในร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ แนวทางการสนทนากลุ่ม ใช้รวบรวมข้อมูลในการสนทนากลุ่มจากตัวแทนร้านค้า ประชาชน ผู้นำท้องถิ่น อสม. เจ้าหน้าที่ สสอ.เมือง และ รพ.สต. ทุกแห่งใน อ.เมืองร้อยเอ็ด

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลจำนวนร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ที่พบการจำหน่ายยาชุด ยาอันตราย และยาที่ห้ามจำหน่าย และข้อมูลจำนวนครัวเรือน วัด โรงเรียน ที่พบยาปฏิชีวนะ ยาบรรเทาการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และยาสเตียรอยด์ ที่ซื้อรับประทานเองจากร้านค้า ตลาด มินิมาร์ท ร้านขายอาหารสัตว์ วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ 2) แบบสอบถามความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุผล และแบบสอบถามความรอบรู้เรื่องการจำหน่ายยาในร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด และร้านขายอาหารสัตว์ วิเคราะห์ด้วยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย 3) ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาชุด และยาอันตรายที่ซื้อจากร้านค้าฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ และ 4) ข้อมูลการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างรูปแบบ การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ และทดลองใช้รูปแบบ เป็นการนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาจัดทำร่างองค์ประกอบและรายละเอียดของรูปแบบ โดยกำหนดกระบวนการดังนี้

การสร้างรูปแบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน ระยะเวลาตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ 2561 - เดือนสิงหาคม 2561 โดย 1) สร้างรูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน (ร่างรูปแบบฯ ครั้งที่ 1) โดยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาจัดทำร่างองค์ประกอบ และรายละเอียดของรูปแบบและนำรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ครั้งที่ 1) ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบคุณภาพเกี่ยวกับความเหมาะสมและความสอดคล้องของโครงสร้างรูปแบบ 2) ทดลองใช้รูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ครั้งที่ 2) กับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก 1 ชุมชน ได้แก่ ผู้บริโภค 30 คน และผู้ประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 20 แห่ง เพื่อประเมินคุณภาพเบื้องต้นของรูปแบบฯ 3) ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ครั้งที่ 3) 4) ทดลองใช้รูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ครั้งที่ 3) กับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ 7 ชุมชน ได้แก่ ผู้บริโภค 60 คน และผู้ประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 40 แห่ง เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ไปใช้จริง และ 5) ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ครั้งที่ 3) จนได้ร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลจำนวนร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ ที่พบการจำหน่ายยาชุด ยาอันตราย และยาที่ห้ามจำหน่าย และข้อมูลจำนวน

ครัวเรือน วัด โรงเรียน ที่พบยาปฏิชีวนะ ยาบรรเทาการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และยาสเตียรอยด์ ที่ซื้อรับประทานเองจากร้านค้า ตลาด มินิมาร์ท ร้านขายอาหารสัตว์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ 2) แบบสอบถามความรอบรู้เรื่องการใช้ยาสมเหตุผลและแบบสอบถามความรอบรู้เรื่องการจำหน่ายยาในร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด และร้านขายอาหารสัตว์ วิเคราะห์ด้วยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย 3) ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาชุดและยาอันตรายที่ซื้อจากร้านค้าฯ วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ และ 4) ข้อมูลการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม และความสอดคล้องขององค์ประกอบของรูปแบบในร่างรูปแบบฯ ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนกันยายน 2561

วิธีดำเนินการ การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เป็นการเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีประสบการณ์ทางด้านการดูแล พรบ.ยา เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบฯ และเอกสารประกอบรูปแบบฯ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินโครงสร้างรูปแบบฯ เพื่อใช้ประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของโครงสร้างรูปแบบฯ และการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย และการวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วสรุปเขียนบรรยายเชิงพรรณนา

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้ เป็นการนำร่างรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในสถานการณ์จริง และกลุ่มเป้าหมายที่ใหญ่ขึ้น (Field testing) มีวัตถุประสงค์ เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบ ระยะเวลา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 - 30 เดือนพฤศจิกายน 2563 โดยใช้รูปแบบศึกษาเชิงเปรียบเทียบแบบ Prospective uncontrolled before and after intervention

กลุ่มตัวอย่าง เป็น (1) ผู้บริโภค โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลพื้นฐาน 1 เดือน (1 - 31 ต.ค. 2561) 570 คน และกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน หลังการใช้รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน (Prospective group) ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 25 เดือน (1 พ.ย. 2561 - 30 พ.ย. 2563) 570 คน เพื่อเปรียบเทียบร้อยละครัวเรือน วัดและโรงเรียนที่พบยาปฏิชีวนะ ยาบรรเทาการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และยาสเตียรอยด์ที่ซื้อรับประทานเองจากร้านค้า ตลาด มินิมาร์ท ร้านขายอาหารสัตว์ (2) ผู้ประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด และร้านขายอาหารสัตว์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูล 1 เดือน (1 - 31 ต.ค. 2561) จำนวน 1,035 ร้าน และกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน หลังการใช้รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน (Prospective group) ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 25 เดือน (1 พ.ย. 2561 - 30 พ.ย. 2563) จำนวน 1,035 ร้าน เพื่อเปรียบเทียบร้อยละสถานประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด และร้านขายอาหารสัตว์ ที่ไม่พบการจำหน่ายยาชุด ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ และยาที่ห้ามจำหน่ายอื่นๆ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละและการวิเคราะห์เนื้อหาแล้วสรุปเขียนบรรยายเชิงพรรณนา

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ (1 - 31 ธันวาคม 2563) ผู้วิจัยได้ดำเนินการถอดบทเรียนจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 18 คน อสม. 18 คน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด 5 คน รวม 41 คน โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และสรุปผลการศึกษาตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งตามระยะเวลาการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ

1. เครื่องมือการวิจัยสำหรับระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจำหน่ายยาชุด ยาอันตราย ยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านค้า และพฤติกรรมการซื้อยา

รับประทานเองในครัวเรือน รวมทั้งการทำประชาคมในชุมชน มีรายละเอียดดังนี้ ได้แก่ แบบบันทึกความรอบรู้การใช้ยาสมเหตุผลในครัวเรือน วัด โรงเรียน แบบบันทึกความรอบรู้การจำหน่ายยาในร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด และร้านขายอาหารสัตว์ แบบบันทึกการซื้อยารับประทานเองในครัวเรือน (ก่อนใช้รูปแบบฯ) แบบบันทึกการจำหน่ายยาในร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด และร้านขายอาหารสัตว์ (ก่อนใช้รูปแบบฯ) Google form สำหรับ อสม. ในการสำรวจติดตามการจำหน่ายยาในร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด และร้านขายอาหารสัตว์ (หลังใช้รูปแบบฯ) แนวทางการสนทนากลุ่ม ใช้รวบรวมข้อมูลในการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวแทนผู้ประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ อสม. ประชาชนทั่วไป ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาการบริโภคยาเกินความจำเป็นในชุมชน และความต้องการพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

2. เครื่องมือวิจัยสำหรับระยะพัฒนา และระยะประเมินผล เป็นเครื่องมือที่เก็บรวบรวม ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกข้อมูลความรอบรู้ Google form สำรวจการจำหน่ายยาในร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด และร้านขายอาหารสัตว์ แบบบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้สูงอายุ พระภิกษุ และนักเรียน ปฏิทินความรู้แขวนประจำปี คู่มือรายการยาสามัญประจำบ้าน และแบบสอบถามความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการพัฒนารูปแบบฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบบันทึกข้อมูลแบบประเมิน และแบบสอบถาม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI) ตั้งแต่ 0.50-1.00 และผู้วิจัยจะนำไปทดสอบความเที่ยงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และมีประสบการณ์ในการสำรวจร้านค้าและเยี่ยมครัวเรือน จำนวน 30 คน พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficience) ตั้งแต่ 0.37 - 0.85

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำเข้าสู่การพิจารณารับรอง และอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยการวิจัยและพัฒนานี้ เป็นการวิจัยในพื้นที่การปฏิบัติงานของผู้วิจัย ซึ่งได้มีการดำเนินการตามกระบวนการของการวิจัยและพัฒนา เพื่อลดความไม่เป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในกระบวนการขอความยินยอม โดยก่อนการวิจัยผู้วิจัยจะทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง และให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลต่อประโยชน์ส่วนบุคคลและการเลือกปฏิบัติ รวมทั้งมีการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อสกุล และผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เอกสารรับรอง เลขที่ RE 032/2566 ซึ่งพัฒนารูปแบบการวิจัยมาอย่างต่อเนื่อง จากการวิจัยก่อนหน้านี้ เรื่อง การศึกษาและแก้ไขปัญหาการจำหน่ายยาอันตรายในร้านค้า/ร้านชำ เขตอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด เอกสารรับรอง เลขที่ RE 013/2563 เพื่อให้ครอบคลุม และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ % differences โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน และหลังการใช้รูปแบบฯ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยผู้วิจัยใช้การบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะพรรณนาความ (Description) แล้วสร้างเป็นข้อสรุป

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นแรก สถานการณ์ปัญหาและความต้องการพัฒนา จากการสืบค้นข้อมูลงานคลินิก รพ.ร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2559 - 2561 พบอาการไม่พึงประสงค์จากการ

รับประทานยาชุด และยาอันตรายที่ซื้อจากร้านค้าฯ ร้อยละ 4.65, 5.24 และ 8.15 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ (คะแนนเต็ม 10) ในกลุ่มร้านค้าฯ ผู้สูงอายุ พระภิกษุ และนักเรียน ในปี พ.ศ. 2561 คือ ร้อยละ 4.53, 5.54, 6.09 และ 6.53 ตามลำดับ ส่วนข้อมูลจากการสำรวจ 221 ชุมชน พบปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านยามากที่สุด จากการสำรวจร้านค้าฯ 1,035 ร้าน และการใช้ยาในครัวเรือน วัด โรงเรียน 570 ราย พบยาปฏิชีวนะ ยาอันตราย สเตียรอยด์ในครัวเรือน วัด โรงเรียนที่ซื้อจากร้านค้าฯ 125 ราย (21.93%) (125/570) ร้านค้าฯ จำหน่ายยาผิดประเภท 818 แห่ง (79.03%) (818/1,035) เช่น การจำหน่ายยาชุด ยาอันตราย และยาที่ห้ามจำหน่ายอื่นๆในร้านค้าฯ หลังจากการทำประชาคมในชุมชน พบว่าชุมชนต้องการคู่มือรายการยาสามัญประจำบ้านที่ทันสมัย ต้องการสื่อให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย มีการติดตามการจำหน่ายยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆโดย อสม. ซึ่งมีเครื่องมือหรือช่องทางที่เข้าถึงและใช้งานได้ง่าย มีการสื่อสาร และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่อย่างรวดเร็ว และต้องการให้มีเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค ออกติดตาม และสร้างความรอบรู้สำหรับกลุ่มเป้าหมายต่างๆอย่างต่อเนื่อง

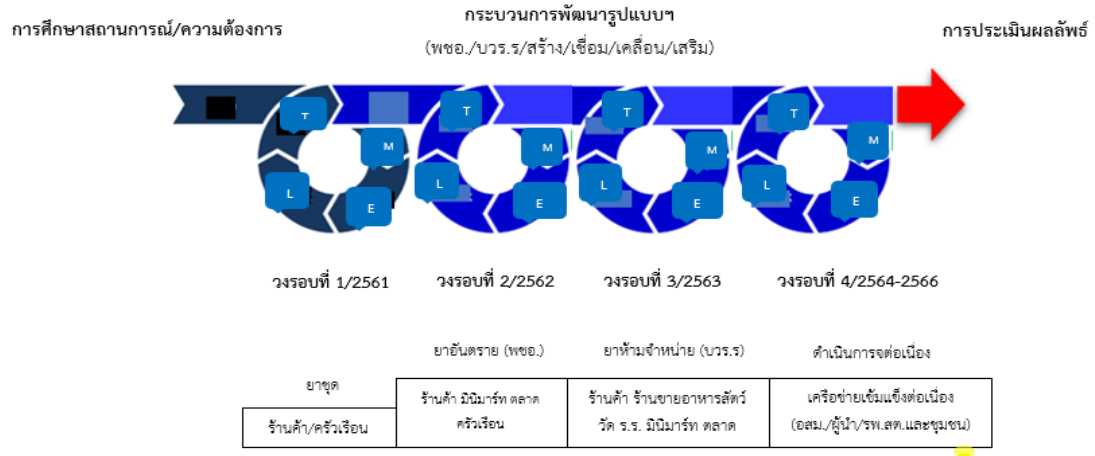
หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาที่พบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 3 แหล่งข้างต้น แล้วกำหนดกรอบแนวคิดในการแก้ปัญหาให้ชัดเจนในลักษณะขั้นบันได โดยใช้รูปแบบฯ ที่สร้างและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ปัญหาให้ได้ภายใน 3 ปี โดยรวมพลังเครือข่ายในการจัดการปัญหาอย่างมีส่วนร่วม เริ่มต้นจากการใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยนำข้อสรุปปัญหาที่พบในงานคลินิก รพ.ร้อยเอ็ด จากการสำรวจร้านค้า ครัวเรือน ในพื้นที่ชุมชนอำเภอเมืองร้อยเอ็ด และจากการทำประชาคม นำเสนอต่อ พชอ. เพื่อกำหนดปัญหาและเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่ง พชอ. เห็นควรในการจัดทำการลงนามบันทึกข้อตกลง (MOU) ความร่วมมือการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อจัดการปัญหาเรื่องยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยในชุมชน และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพร้อมบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ระดับอำเภอ ระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งได้ประชุมชี้แจง / รับฟัง / แลกเปลี่ยน เพื่อกำหนดทิศทางในการดำเนินงานร่วมกัน

ประเด็นที่สอง การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน โดย 1) สร้างรูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน ผลการพัฒนา 3 ครั้ง พบว่า เครือข่ายได้ร่วมกันกำหนดกรอบแนวคิดการดำเนินงานออกเป็น “บันได 3 ขั้น” คือ แก้ปัญหาภายใน 3 ปี (พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2563) ขั้นแรกในปี พ.ศ. 2561 เน้นประเด็นยาชุดจากแหล่งในร้านค้า และครัวเรือน ต่อมาขั้นที่สองปี พ.ศ. 2562 เน้นประเด็นยาอันตรายจากแหล่งร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด และครัวเรือน โดยกลไก พชอ. และขั้นที่สามปี พ.ศ. 2563 เน้นประเด็นยาห้ามจำหน่ายจากแหล่งร้านค้า ร้านขายอาหารสัตว์ มินิมาร์ท ตลาด ครัวเรือน วัด และโรงเรียน โดยกลไก บวร.ร. ซึ่งในระหว่างปี พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2563 ได้มีการพัฒนาและตกผลึกจนได้ “นวัตกรรมสื่อและกระบวนการ “MELT model” โดยที่ M = Media: จดจำและใช้งานง่าย ได้แก่ สื่อปฏิทินแขวนความรู้ประจำปี สำหรับร้านค้า & ประชาชน โดยสร้างความรอบรู้ แทรกซึมในชีวิตประจำวัน จดจำง่าย ใช้งบน้อย ผู้ใช้พึงพอใจ และแบบติดตามการจำหน่ายยาในร้านค้าด้วย Google form สำหรับ อสม. ซึ่งใช้งานง่าย ผู้ใช้งานพึงพอใจ รายงานมีความเคลื่อนไหวต่อเนื่อง; E = Empowerment: สร้างแรงบันดาลใจให้ชุมชน โดยการเยี่ยมเสริมพลังชุมชนอย่างเรียบง่าย และต่อเนื่อง; L = Language: ใช้ภาษาเดียวกันกับกลุ่มเป้าหมาย; T = Training: อบรมกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วน แม้ดำเนินการแก้ปัญหาเสร็จสิ้นภายใน 3 ปีแล้ว แต่ยังคงดำเนินการต่อเนื่องให้ครอบคลุมปัญหาทุกประเด็นจากที่กล่าวมา โดยความร่วมมือของชุมชนและเครือข่ายจนถึงปัจจุบัน โดยมีการดำเนินงานเป็นวงรอบต่อเนื่อง MELT Cycles วงรอบละ 1 ปี หลังจากสิ้นสุดแต่ละวงรอบ จะมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในเครือข่าย เพื่อสะท้อนการดำเนินงานที่ผ่านมา

ประเด็นที่สาม การนำรูปแบบไปใช้และประเมินผลลัพธ์ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ (1-31 ธันวาคม 2563) หลังจากนั้นได้ถอดบทเรียนจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 18 คน อสม. จำนวน 18 คน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 5 คน รวม 41 คน โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และสรุปผลการศึกษา ตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ โดยการดำเนินงานทั้งหมดประกอบด้วย 4 วงรอบต่อเนื่อง

การประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย

1. จากผลการสำรวจสถานประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด และร้านขายอาหารสัตว์ พบการจำหน่ายยาชุดที่มีสเตียรอยด์ ยาอันตราย และยาที่ห้ามจำหน่ายอื่นๆ ก่อนดำเนินการในปี พ.ศ. 2561 โดยพบ 7.34%, 70.25% และ 79.03% ตามลำดับ และสำรวจผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2566 พบ 0.18%, 1.58% และ 7.85% ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบหลังจากที่ดำเนินการต่อเนื่อง 6 ปี พบว่าการจำหน่ายยาทั้ง 3 ประเภทข้างต้นมีแนวโน้มลดลง คิดเป็น 185.97%, 187.09% และ 150.28% ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน

ตารางที่ 1 ร้อยละของการจำหน่ายยาชุด ยาอันตราย และยาที่ห้ามจำหน่ายอื่นๆ ในร้านค้าฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2566 และเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2566

ประเภทยา	ปี พ.ศ.						% differences
	2561	2562	2563	2564	2565	2566	
ยาชุดที่มีสเตียรอยด์	7.34	3.55	1.12	1.07	0.20	0.18	-185.97%
ยาอันตราย	70.25	12.12	5.49	4.25	1.67	1.58	-187.09%
ยาที่ห้ามจำหน่ายอื่นๆ	79.03	20.25	15.93	12.85	9.28	7.85	-150.28%

2. จากผลการสำรวจยา Antibiotics, NSAIDs และ Steroids ในครัวเรือน วัด และโรงเรียนที่ซื้อจากร้านค้าฯ เป็นรายปีและเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2566 พบส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลงทุกปี คิดเป็น 136.79%, 89.30%, 56.03%, 38.11% และ 24.31% ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของการพบยา Antibiotics, NSAIDs และ Steroids ในครัวเรือน วัด และโรงเรียนที่ซื้อจากร้านค้าฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2566

ปี พ.ศ.	ร้อยละ	ร้อยละความแตกต่าง (% differences)
2561	21.93	-136.79%
2562	14.09	-89.30%
2563	8.93	-56.03%
2564	7.03	-38.11%
2565	5.83	-24.31%
2566	4.12	

3. จากผลการสำรวจอาการไม่พึงประสงค์ที่พบจากการซื้อยาชุด ยาอันตรายจากร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด และร้านขายอาหารสัตว์ เป็นรายปีและเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2566 พบว่า ส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลงทุกปี คิดเป็น 66.63%, 53.35%, 40.47%, 32.40% และ 27.83% ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละอาการไม่พึงประสงค์ที่พบจากการซื้อยาชุด ยาอันตรายจากร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด และร้านขายอาหารสัตว์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2566

ปี พ.ศ.	ร้อยละ	ร้อยละความแตกต่าง (% differences)
2561	8.15	-66.63%
2562	5.54	-53.35%
2563	4.12	-40.47%
2564	3.48	-32.40%
2565	3.22	-27.83%
2566	2.04	

หมายเหตุ: อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ ได้แก่ ผื่นคัน บวม ภาวะเลือดออกทางผิวหนังและทางเดินอาหาร ไตวาย ฯลฯ จากการรับประทานยา Antibiotics, NSAIDs และ Steroids ที่ซื้อจากร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ (ขายยาคน)

4. จากผลการสำรวจความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน ในกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า ครัวเรือน พระภิกษุ นักเรียน โดยเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2566 หลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า ครัวเรือน พระภิกษุ และนักเรียน มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชนเพิ่มขึ้น 3.38 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 33.11 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน ในกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า ครัวเรือน พระภิกษุ นักเรียน โดยเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2566

ปี พ.ศ.	คะแนนเฉลี่ย	ร้อยละความแตกต่าง (% differences)
2561	5.67	+33.11%
2566	9.05	

5. การประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ จากการประเมินผลการนำรูปแบบฯ ไปใช้ พบว่าทุกองค์ประกอบของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสม และสอดคล้องกัน ผลจากการสนทนากลุ่มของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สะท้อนว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลมากขึ้น ช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ และผลจากการสัมมนาอิงผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่ามีเพียงการให้ปรับปรุงในเรื่องการใช้ภาษาเท่านั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์) ตามคำแนะนำจนได้รูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ และได้นำไปใช้ต่อเนื่อง (1 ม.ค. 2564 - 31 พ.ค. 2566) เพื่อติดตามความยั่งยืนในการแก้ปัญหา พบว่าชุมชนยังคงมีความตระหนักในการจำหน่ายยาและใช้ยาสมเหตุผล

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการสำรวจพื้นที่อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อปี พ.ศ. 2560 พบการใช้ยาชุดและยาอันตรายในชุมชน ซึ่งเกิดจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา โดยพบการจำหน่ายยาชุด ยาอันตรายในร้านชำและร้านขายสินค้าการเกษตร เมื่อให้ความรู้แก่แกนนำ อสม. และผู้ประกอบการร้านขายของชำ รวมทั้งบูรณาการการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และทีมสุขภาพในการเฝ้าระวังการจำหน่ายยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลทำให้เกิดนโยบายเกี่ยวกับมาตรการการจำหน่ายยาในร้านชำ ตลาด รถเร่[4] เช่นเดียวกับการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 70 ราย พบว่าการให้ความรู้ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องทำให้พบยาปฏิชีวนะเหลือใช้ 2 ครัวเรือน (2.90%) พบผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์ 2 ครัวเรือน (2.90%) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะถูกต้อง 30-50% รู้จักสเตียรอยด์ 19 คน (27.14%) รับรู้ข้อบ่งใช้ของสเตียรอยด์ 8 คน (42.11%) รับรู้ผลเสียของสเตียรอยด์ 10 คน (52.63%) รวมทั้งมีค่าคะแนนเฉลี่ยและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ 9.50±2.30 (คะแนนเต็ม 12 คะแนน) และ 10.86±1.31 (คะแนนเต็ม 12 คะแนน) ตามลำดับ พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน 11.37 ± 1.62 (คะแนนเต็ม 18 คะแนน) จากการสำรวจพบยาปฏิชีวนะเหลือใช้ และผลิตภัณฑ์สุขภาพผสมสเตียรอยด์ในผู้สูงอายุในปริมาณต่ำ[5]

รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชนครั้งนี้ สอดคล้องกับการจัดการปัญหาด้านยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยเครือข่าย บวร.ร. ในจังหวัดอุทัยธานี โดย 1) ให้ความรู้ด้วยสื่อที่สร้างขึ้นโดยชุมชน 2) ตรวจสอบเฝ้าระวังร้านชำ 3) เยี่ยมบ้านต้านสเตียรอยด์ โดย Mr. Anti - Steroid 4) ชุมชนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อันตรายไม่ให้เข้ามาในพื้นที่ 5) การคัดเลือกร้านชำต้นแบบ

6) การคัดเลือกบ้านนวัติวิถี 7) การจัดทำข้อตกลงร่วมกันของชุมชน 8) การจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียน 9) การบูรณาการแก้ไขปัญหากับงานบุญประเพณี 10) การที่พระเทศน์ให้ความรู้ 11) การสร้างหมอนวดน้อย และ 12) การดำเนินการตามแนวทางการจัดการปัญหาสเตียรอยด์ ผลการดำเนินงานเครือข่าย บวร.ร. พบว่าความรู้และพฤติกรรมการบริโภคยาอย่างปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น ทำให้ลดความชุกของครัวเรือนที่พบยาปฏิชีวนะเหลือใช้ และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจปนเปื้อนสเตียรอยด์ รวมทั้งลดความชุกของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะ ยาอันตราย ยาชุด และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจมีการปนเปื้อนสเตียรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการทำงาน คือ การส่งเสริมเครือข่ายของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ ทำให้ทุกภาคส่วนในชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหา และทำให้เกิดแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของพื้นที่[6] การดำเนินการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วน และอาศัยกลไกผ่านช่องทางเวทีผู้นำชุมชน รวมทั้งเวทีการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ และเครือข่ายสาธารณสุข เกิดกลไกในการเฝ้าระวังจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจน มีการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เกิดศูนย์เฝ้าระวังภายในชุมชนทั้งอำเภอ ประชาชนในชุมชนตื่นตัวใส่ใจในการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพมากขึ้น ก่อให้เกิดความปลอดภัยในการเลือกใช้ยาในชุมชน มีการจัดการยาไม่เหมาะสมในร้านชำ โดยประกาศเป็นนโยบายในระดับอำเภอ ทำบันทึกข้อตกลง MOU ระหว่างนายอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และผู้ประกอบการทั้งอำเภอ ชุมชนมีการจัดการปัญหารถเร่ขายยา ตั้งกฎกติกาของหมู่บ้าน ดำเนินการตามกฎดังกล่าว ส่งผลให้การจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำลดลงเหลือร้อยละ 10.89 และเกิดหมู่บ้านต้นแบบปลอดยาอันตราย[7]

ผลลัพธ์ของการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน 5 กิจกรรมเชื่อมโยงกันอย่างมีส่วนร่วมโดย (1) มีผลการดำเนินการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในหน่วยบริการสุขภาพแบบ Concurrent trigger tool จำนวน 62 รายงาน (2) มีผลการดำเนินการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชนของแกนนำสุขภาพด้านยา และระบบการเฝ้าระวัง จำนวน 50 รายงาน (3) มีผลการดำเนินงานการสร้างการมีส่วนร่วมจาก 5 ภาคส่วนในการรับรู้ แก้ไขปัญหา และกำกับติดตาม (4) มีผลการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลภาคเอกชนจากความร่วมมือของคลินิกเอกชน ร้านขายยาและร้านชำคุณภาพ ตัวแทน 1 หมู่บ้านต่อตำบล จำนวน 18 ร้าน ประชาชนมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมากขึ้น จากการศึกษา ควรสนับสนุนระบบบริหารจัดการในการเพิ่มความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างทั่วถึง รวมถึงการกำหนดนโยบายการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพและชุมชนในการใช้ยาเพื่อเพิ่มความปลอดภัย[8] ซึ่งสอดคล้องกับชุมชนบ้านหนองทุ่ม อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยพบว่าหลังการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม คะแนนความรู้โดยรวมของประชาชนเพิ่มขึ้น และเกิดแนวทางการจัดการปัญหาการโฆษณายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน[9] นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุทธินี เรืองสุพันธุ์ และคณะ[10] พบว่าการขับเคลื่อนด้วยกลไก พชอ. ร่วมกับใช้แนวทาง Medication safety goals ของ สรพ. ทำให้เพิ่มความปลอดภัยด้านยาและเพิ่มคุณภาพการรักษา ช่วยป้องกันความเสี่ยงด้านยา ก่อนที่จะมีผลกระทบถึงผู้ป่วยได้

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาครั้งนี้ มีการสำรวจสภาพปัญหา และความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ นำไปสู่การวิเคราะห์ตัวแปรต่างๆได้ชัดเจน (กรอบแนวคิดบันได 3 ขั้น) รวมทั้งมีนวัตกรรมสื่อและกระบวนการที่เข้าถึง และเข้าใจง่ายในการปฏิบัติ (MELT model) สามารถนำไปใช้ได้ทุกพื้นที่ แม้มีข้อจำกัดเรื่อง คน เงิน ของ การสร้างความรอบรู้ และการให้คนในชุมชนเกิดความตระหนักถึงอันตรายและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความร่วมมือจากทุกฝ่าย (พชอ. สู่ บวร.ร.) นำไปสู่มาตรการการใช้ยาสมเหตุผลของคนในชุมชน

นอกจากนี้ ยังมีการสร้างระบบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน อีกทั้งยังส่งเสริมโครงการจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) โดยบูรณาการงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การวางแผน “บันได 3 ขั้น” ที่ชัดเจน 2) สร้างนวัตกรรมสื่อและกระบวนการ “MELT model” และ 3) ขับเคลื่อนด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สู่เครือข่าย บ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล (บวร.ร.) ที่ยั่งยืน จากงานวิจัยและพัฒนานี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอรูปแบบฯ ในเวทีการนำเสนอผลงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน (บวร.ร.) ชนะเลิศระดับเขต และได้รับการคัดเลือกจากเขตสุขภาพที่ 7 เข้าร่วมประกวด Best of the Best ระดับประเทศ จัดโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เมื่อวันที่ 1-2 มิ.ย. 2566 ณ โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ สไตลิช คอนเวนชั่น นนทบุรี ได้รับรางวัลชนะเลิศระดับประเทศ และได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่นกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2566 สาขาอาหาร ยาและการคุ้มครองผู้บริโภค (Oral Presentation)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ การแก้ปัญหาด้านยาหรือด้านสุขภาพในชุมชน ไม่สามารถแก้ปัญหาโดยมองด้านสาธารณสุขเพียงด้านเดียว แต่มีหลายมิติที่เกี่ยวเนื่องกัน และกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการประกอบอาชีพเพื่อปากท้องของคนในชุมชน จึงเป็นโจทย์ที่ยากและท้าทายว่าทำอย่างไรชุมชนจะมีสุขภาพดีไปพร้อมกับการอยู่ดีกินดี โดยประกอบอาชีพด้วยความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ซึ่งจำเป็นต้องศึกษาศาสตร์อื่นๆ อาทิ สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ เกษตรศาสตร์ พุทธศาสตร์ เพื่อนำองค์ความรู้มาบูรณาการขับเคลื่อนสู่ชุมชนในการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิผลมากขึ้น

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรนำรูปแบบฯ จากการวิจัยนี้ ขยายผลในการศึกษาแก้ปัญหาอื่น เนื่องด้วยการเข้าถึงและปฏิบัติง่าย แม้มีข้อจำกัดเรื่อง คน เงิน ของ ซึ่งยังไม่เคยปรากฏรูปแบบฯ นี้มาก่อน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหน่วยงานทุกภาคส่วน ทั้งจากภาคีเครือข่ายทางสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอเมืองร้อยเอ็ด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายพันธมิตร อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ได้แก่ สำนักงานสรรพสามิต สำนักงานปศุสัตว์ สำนักงานประมง สำนักงานเกษตร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยร่วมขับเคลื่อนทำให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผลมากขึ้นในชุมชน ส่งผลต่อปัญหาด้านสุขภาพลดลง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยและพัฒนานี้ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ รวมทั้งวิธีคิดและกระบวนการในการศึกษาวิจัยและพัฒนาอย่างเป็นเหตุเป็นผล จนทำให้ประสบผลสำเร็จในครั้งนี้

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จักเป็นประโยชน์แก่ท่าน ผู้ศึกษาปัญหาด้านยาในชุมชนไม่มากก็น้อย โดยสามารถนำไปปรับใช้ ตามบริบทในพื้นที่ของท่านได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Drug and medical supply information center, ministry of public health. Thailand strategic plan for Antimicrobial Resistance Management 2017-2021 English [Internet]. 2016 [cited 2020 April 9]. Available from: http://dmsic.moph.go.th/index/detail/6849
2. นภาภรณ์ ภูริปัญญวานิช. จาก RDU Community สู่ RDU Country. ยาวิพากษ์ [Internet]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 เมษายน 2563]; 11:4-8. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaidrugwatch.org/download/series/series45.pdf

3. Thai Health Promotion Foundation. Thais have to understand not to use drugs unnecessary [Internet]. 2018 [cited 2020 April 9]. Available from: http://dmsic.moph.go.th/index/detail/6849
4. สุภาวดี เปล่งชัย. เสียงสะท้อนจากพื้นที่. ยาวิพากษ์ [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 9 เมษายน 2565]; 12:31-38. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaidrugwatch.org/download/series/series50.pdf
5. ชมพูนุท เสียงแจ้ว, คชาพล นิ่มเดช, นาฏยา สุวรรณ, พุทธชาติ มากชุมนุม, วิโรจน์ ทองฉิม, ณัฐนันท์ เพชรประดิษฐ์. การสำรวจการใช้ยาปฏิชีวนะ และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผสมสเตียรอยด์ในผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2562;33(1):231-42.
6. สิริลักษณ์ รื่นรวย. การจัดการปัญหายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยเครือข่าย บวร.ร. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2563;12(3):858-68.
7. จันทร์จรีย์ ดอกบัว, รัตนาภรณ์ ขันติมัง, หทัยรัชต์ พุกสะอาด, ณัฐพร สู่หนองบัว. การจัดการปัญหายาที่ไม่เหมาะสมในร้านชำโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online). 2564;1(1):27-36.
8. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563.
9. จินดาพร อุปถัมภ์. ผลการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในชุมชนบ้านหนองทุ่ม อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารคุ้มครองผู้บริโภค. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online). 2564;1(1):27-36.
10. สุทธินี เรื่องสุพันธุ์, วรวุฒิ สุพัชญ์, สมพร พานสุวรรณ. การจัดการเชิงระบบสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในเครือข่ายอำเภอโนนสูง. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2563;26:61-78.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Patient Stroke : 2 Case Study

จินตนา สุดสะอาด*
Jintana Sudsaart
Corresponding author: E-mail: Jintana171976@gmail.com
(Received: December 5, 2023; Revised: December 13, 2023; Accepted: January 17, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วัสดุและวิธีการศึกษา : ได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับกายวิภาค สรีรวิทยา ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับยาในการศึกษาใช้แนวคิดทฤษฎีกระบวนการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพ การพยาบาลเกี่ยวกับบุคคล FANCAS

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว มาโรงพยาบาลด้วยอาการซึมไม่พูด มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน และส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลพล ถ่ายภาพรังสีสมอง พบว่ามีภาวะขาดเลือดเฉียบพลันมีการอุดกั้นของหลอดเลือด Middle cerebral ได้ให้ยาละลายลิ่มเลือด (Rt-PA) พบปัญหาคือเกิดภาวะหายใจล้มเหลว หัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูงโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ให้การรักษาใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยได้รับรักษาและการส่งต่อเพื่อให้การรักษาที่มีศักยภาพสูงกว่า ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 51 ปี มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง มาโรงพยาบาลด้วยอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดเป็นคำๆ ถ่ายภาพรังสีสมองพบว่ามีภาวะขาดเลือดที่ตำแหน่ง Basal ganglia วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก พบปัญหาคือภาวะความดันโลหิตสูง โพแทสเซียมในเลือดต่ำ ติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ เครียดจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยได้รับการรักษา และส่งต่อเพื่อให้การรักษาที่มีศักยภาพสูงกว่า พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 ราย มีระดับความรุนแรงต่างกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาดังกล่าวส่งผลให้ร่างกายเกิดความผิดปกติด้านการรับรู้ สติปัญญา ด้านการพูดสื่อสาร ด้านการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และได้ มีผลต่อการเกิดโรคได้ ดังนั้น พยาบาลควรสร้างความตระหนักให้กับกลุ่มเสี่ยง หรือผู้ป่วยโรค NCD การมาตรวจตามนัด และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง; การพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล

ABSTRACT

Purposes : To study knowledge about nursing for stroke patients and study nursing care for stroke patients Compare 2 case studies**.**

Materials and Methods : Knowledge about anatomy, physiology, risk factors, signs and symptoms were reviewed. Disease diagnosis, treatment, and drug information in the study were based on nursing process theory concepts. Health assessment Nursing about Persons FANCAS.

Main findings : Cases study 1 Thai female patient, age 74 years, denies congenital disease. Came to the hospital feeling depressed and unable to speak. There is weakness in the right limb. Diagnosed with ischemic stroke. And sent for treatment at Phon Hospital Brain radiograph It was found that there was acute ischemia with obstruction of the middle cerebral artery, and blood clot-dissolving drugs (rt-PA) were given. The problem encountered was respiratory failure. Fast, irregular heartbeat high blood pressure low potassium in the blood Provide endotracheal intubation treatment Patients receive treatment and referrals for more potent treatments. Cases study 2 Thai female patient, age 51 years, has a chronic disease of high blood pressure. Came to the hospital with weakness in the left limb, unable to speak words. Brain radiographs showed that there was ischemia in the basal ganglia. Diagnosis was a hemorrhagic stroke. The problem found is high blood pressure, low potassium in the blood Infection in the urinary system Stress from illness Patients are treated and referred for more potent treatments. It was found that the two patients had cerebrovascular disease with different levels of severity.

Conclusions and recommendations : The results of this study as a result, the body has abnormalities in perception, intelligence, and speech communication. Movement or muscle weakness risk factors that can and cannot be changed It can also affect the occurrence of disease, Therefore, nurses should create awareness among people at risk, NCD patients and coming for regular checkups. and take medicine regularly.

Keywords : Stroke; Nursing

* Registered Nurse Professional Level, Phon Hospital

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่เนื้อสมองถูกทำลายโดยเฉียบพลันเนื่องจากเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อสมองบริเวณนั้นๆ ได้เนื่องจากมีการตีบตันหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้มีความผิดปกติของระบบประสาท แบบทันทีทันใดและอาการคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง สามารถนำไปสู่การเสียชีวิตหรือเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ทั่วโลก จากข้อมูลทางสถิติพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นทั่วโลกราว 10-15 ล้านคนในจำนวนนี้ 5 ล้านคนเสียชีวิตและอีก 5 ล้านคนเป็นอัมพาตถาวร

สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นจากอุบัติการณ์ในปี พ.ศ.2560 คือ 278.49 สูงขึ้นเป็น 330.72 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ.2565 และพบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด คือ 222.19 โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกคือ 88.38 ต่อแสนประชากรพบได้ในประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อัตราการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดคือ ร้อยละ 7.36 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 10.92[1] ถือได้ว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 3 นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ต้นทุนทางตรงสำหรับการบริการกรณีผู้ป่วยในเท่ากับ 1,489.78 บาทต่อวันนอน และสำหรับการบริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 1,010.22 บาทต่อครั้ง โดยรวมต้นทุนเฉลี่ยจากการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 162,664.97 บาทต่อปี จากข้อมูลจำนวนของผู้ป่วยในเขตจังหวัดขอนแก่น พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ.2562 ถึง 2564 มีจำนวน 5,507, 5,773 และ 5,760 รายตามลำดับ[2] ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกันกับโรงพยาบาลพล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ของจังหวัดขอนแก่น มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปี พ.ศ.2563 ถึง 2565 จำนวน 216, 246 และ 329 รายตามลำดับ และจากข้อมูลดังกล่าวนี้พบว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหลังความเจ็บป่วยแล้ว (Post stroke) ผู้ป่วยก็ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่และมีคุณภาพชีวิตลดลง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านความสัมพันธ์ เศรษฐกิจในครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติด้วย ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการ

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ราย ที่มารับบริการในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพล ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน 2566 จำนวน 2 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย[3] และ 2) แบบประเมินภาวะสุขภาพของ FANCAS ที่พัฒนาจากแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS[4]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย ที่มารับบริการในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพล รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียนใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ในการประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลพล ผู้จัดทำคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมการศึกษาโดยมีการขอความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษาก่อนการศึกษาได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา การร่วมโครงการศึกษาในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา มีการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มประวัติการรักษา

การบันทึกข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลของผู้ร่วมโครงการจะไม่มีการระบุชื่อ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษา 1

หญิงไทย อายุ 74 ปี มาโรงพยาบาล ด้วยอาการซึมไม่พูด มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาลหนองสองห้อง 30 นาที ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน วันที่ 1 สิงหาคม 2566 เวลา 21.18 น. ขณะนั่งเล่นที่เก้าอี้เอน มีอาการพูดไม่ชัด ผู้ป่วยเข้าใจและทำตามคำสั่งได้ มีอาการพูดไม่ชัด ประมาณ 4-5 นาที กลับมาพูดปกติ เวลา 21.30 น. ผู้ป่วยก้มลงหยิบจานที่วางอยู่ที่พื้นห้อง มีอาการตาลอย ซึมไม่พูด มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ลูกชายจึงนำส่งโรงพยาบาลหนองสองห้อง ถึงโรงพยาบาลหนองสองห้อง เวลา 21.48 น. แพทย์วินิจฉัย R/O Ischemic Stroke ให้การดูแลรักษาเบื้องต้น ก่อนส่งตัวต่อโรงพยาบาลพล เวลา 22.35 น. มาถึงผู้ป่วยโรงพยาบาลพล ปฏิเสธโรคประจำตัว, ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต แรกรับผู้ป่วย ซึม ไม่พูด ไม่ทำตามคำสั่ง การประเมินระดับความรู้สึกตัวของ (Glasgow Coma Scale: GCS) เท่ากับ 8 (E2V1M5) การประเมินระดับ การตอบสนองของรูม่านตาเท่ากับ 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง แขนข้างซ้าย ระดับ 5 ขาข้างซ้าย ระดับ 4 แขนขาข้างขวา ระดับ 0 T=36.5 องศาเซลเซียส, หายใจหอบ 32 ครั้งต่อนาที ชีพจรเต้นเร็วไม่สม่ำเสมอ 150-166 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 204/97 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 94% ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว 89 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ NIHSS แรกรับเท่ากับ 21, การตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษ CT พบ Lt. MCA infarction, Electrolyte มีภาวะโปแตสเซี่ยมต่ำ 3.3 mmol/l, EKG พบ AF rate 150-166/min, CXR : มีภาวะหัวใจโต (cardiomegaly) แพทย์ให้การรักษาโดยการให้ยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ยาลดความดันโลหิตเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด รวมทั้งให้โปแตสเซียมคลอไรด์ ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube) No.7 depth 22 ใส่สายสวนคาปัสสาวะ (Retain Foley's catheter) และใส่ท่อสายอาหารลงกระเพาะอาหาร (Retain NG tube) และประสานงาน refer โรงพยาบาลขอนแก่นที่มีศักยภาพสูงกว่า วันที่ 2 สิงหาคม เวลา 01.30 น. รวมวันที่รักษาที่อยู่ในความดูแล 3 ชั่วโมง 5 นาที

ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2

หญิงไทย อายุ 51 ปี มาโรงพยาบาล ด้วยอาการพูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 41 นาที ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน วันที่ 3 มิถุนายน 2566 เวลา 06.00 น ขณะทำงานตากผ้า มีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด พูดเป็นคำๆ ญาตินำส่งโรงพยาบาล ถึงโรงพยาบาล เวลา 08.41 น. เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รักษาต่อเนื่อง ขาดยา 3 เดือน แรกรับผู้ป่วยค่อนข้างซึม ลืมตาเอง ถามตอบช้าเป็นคำๆ พูดไม่ชัด ทำตามสั่งได้น้อย แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง การประเมินระดับความรู้สึกตัว เท่ากับ 13 (E4V3M6) การประเมินระดับ การตอบสนองของรูม่านตาเท่ากับ 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสอง แขนขาข้างซ้าย ระดับ 0 แขนขาข้างขวา ระดับ 4 T=36.7 องศาเซลเซียส, หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 90 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 100 % ความดันโลหิต 201/132 มิลลิเมตรปรอท NIHSS แรกรับเท่ากับ 10 คะแนน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษ CT พบ Right basal ganglia hemorrhage, Electrolyte มีภาวะโปแตสเซี่ยมต่ำ 3.1 mmol/l, UA พบWBC=10-20 cell, แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้รับการรักษาโดยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและโปแตสเซียมคลอไรด์ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาฆ่าเชื้อ ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนคาปัสสาวะ (Retain Foley's catheter) และใส่ท่อสายอาหารลงกระเพาะอาหาร (Retain NG tube) วันที่ 3 มิถุนายน 2566 และประสานงาน Refer โรงพยาบาลขอนแก่น ที่มีศักยภาพสูงกว่า วันที่ 3 มิถุนายน 2566 เวลา 11.30 น. รวมวันที่รักษาที่อยู่ในความดูแล 3 ชั่วโมง 49 นาที

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การวินิจฉัยแรกรับ	- Stroke fast track	- Stroke fast track
2. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	- ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้ คือ อายุ 74 ปี - อุปนิสัยชอบทานอาหารรสเค็ม	- HT loss F/U > 3 เดือน รักษาที่ รพ. หนองสองห้อง - อุปนิสัยชอบทานอาหารรสเค็ม หวาน และมัน
3. อาการและอาการแสดง	- ซึมไม่พูด มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง	-พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจร่างกาย	- ผลการตรวจ CxR พบภาวะหัวใจโต (cardiomegaly) ดูจากลักษณะเร็วใช้กล้ามเนื้อท้องช่วยในการหายใจ และอัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที เสียงหายใจครืดคราด Oxygen saturation =94 % - EKG พบ Atrial Fibrillation rate 150-166/min ประเมินอัตราการเต้น (Heart rate) =150 -166 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้น (Rhythm) ของหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะไม่สม่ำเสมอ - UA พบปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีตะกอน pH=7.5 , Leukocyte= Negative, WBC=0-1, RBC=0-1, Squamous epithelial cell =0, Bacteria= Negative - Biochemistry ปกติ BUN=15 mg/dL, Creatinine =0.92 mg/dL - Blood sugar =89 mg/dL - Electrolyte: Serum Na=140mmol//l , , K=3.3 mmol//l, CL=104 CO2=21 mmol/l, Ca =9.9 mg/dL , Mg=0.82 mg/dL - Arterial blood gas pH=7.39, PaO2=128 PaCO2=33.8, HCO3=20.1	-ผลการตรวจ CxR ปกติ ไม่มีหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที เสียงหายใจปกติ Oxygen saturation =98 % - EKG ผลปกติ -ประเมินอัตราการเต้น (Heart rate) = 90 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้น (Rhythm) ของหัวใจสม่ำเสมอ - UA พบ ปัสสาวะ สีเหลืองเข้ม มีตะกอน pH=5 ,Leukocyte= 2+,WBC10-20, RBC=0-1, Squamous epithelial 0-1, Bacterial Few - Biochemistry ปกติ BUN=12 mg/dL, Creatinine =0.65 mg/dL - Blood sugar =99 mg/dL Electrolyte: Serum Na=136 mmol//l , K=3.1 mmol//l, CL=99, CO2=25 mmol/l, Ca =9.7 mg/dL, Mg=0.7 mg/dL - Arterial blood gas ไม่ได้ตรวจ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
5. การรักษา	-แพทย์พิจารณา on ET tube No 7 ลึก 22 เซนติเมตร-ชีพจร=150-166 ครั้ง/นาที เต้นเบาเร็ว ตรวจ EKG พบ Atrial Fibrillation rate 150-166/min แพทย์เจ้าของไข้ Consult โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พิจารณาให้ Amiodarone 150 mg + 5% DW 100 ml iv drip in 30 นาที Monitor EKG เฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด- ความดันโลหิต BP=204/97 mmHg แพทย์พิจารณาให้ยา Nicardipine (1:5) iv drip 5 mg /hr. titrate ทีละ 2 mg /hr. q 15 นาที วัด V/S ทุก 5 นาที x6 ครั้ง ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง Keep BP=180/105-160/90 mmHg - CT brain พบ Acute Left MCA infarction NIHSS =21 คะแนน แพทย์พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด ดูแลทำหัตถการใส่สายยาง NG, ใส่สายสวนคาปัสสาวะก่อนให้ยา ดูแลให้ยา Rt-PA 0.9 mg/kg BW =63 kgs. Total dose=56.7 mg โดยแบ่งให้ยา Rt-PA 10% bolus in 1 min=5.67 mg ยา Rt-PA 90% drip in 60 min=51.03 mg วัด V/S ทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมง หลังเริ่มให้ยาทุก 30 นาที จนครบ 6 ชั่วโมงเฝ้าระวัง อาการผู้ป่วยหลังให้ยา Rt-PA รายงานแพทย์ทันทีเมื่อสงสัยว่ามีภาวะเลือดออกในสมอง ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมต่ำ (K=3.3) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 0.9% Nacl 1,000 ml ผสม Kcl 40 mEq iv drip 40 ml/hr.	-ทำ CT brain NC : acute intraparenchymal hemorrhage involving right basal ganglia แพทย์เจ้าของไข้ Consult แพทย์ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น สั่งการรักษาให้ Monitor V/S, EKG, observe neuro sign On 0.9% NSS 1,000 ml iv rate 80 ml/hr. ให้ได้รับยา Transamine 1 gm. iv stat เรื่องความดันโลหิตสูง 201/132 มิลลิเมตรปรอท พิจารณาให้ยา Nicardipine (1:5) iv 5 ml/hr. control BP keep < 140/90 mmHg - มีภาวะโพแทสเซียมเซียมต่ำ (K=3.1) ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml + KCl 40 mEq iv rate 80 ml/hr. ดูแลเฝ้าระวังอาการขณะให้ยา potassium ทางหลอดเลือดดำ - มีภาวะติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ และให้ ATB เป็น Cef-3 1 gm iv stat ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลขอนแก่นที่มีศักยภาพสูงกว่า เตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ทำหัตการใส่สายยาง NG ใส่สายสวนคาปัสสาวะ ประเมินระดับอาการผู้ป่วย ระดับความรู้สึกตัวก่อนส่งต่อ E4V4M6 วัดสัญญาณชีพ ก่อนนำส่ง Temp=36.7, HR=90/min, RR=20/min, BP=170/99 mmHg, O2sat=100% สังเกต ไม่ให้สารน้ำรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด เตรียมพยาบาล 1 คน ให้พร้อมในการเฝ้าระวังอาการและเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลง รีบรายงานแพทย์ทันที เตรียมรถพยาบาล

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
5. การรักษา (ต่อ)	ดูแลเฝ้าระวังอาการขณะให้ยา potassium ทางหลอดเลือดดำ ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อให้การรักษาที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยมีการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเมื่อมีอาการคงที่สามารถนำส่งผู้ป่วยได้ประเมินระดับความรู้สึกตัว ก่อนนำส่ง Temp=6.5, HR=90/min, RR = 20/min, BP=146/84 mmHg, O2sat=100% เตรียมพยาบาล 2 คน ให้พร้อม ในการเฝ้าระวังอาการและเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงรีบรายงานแพทย์ทันที เตรียมรถพยาบาลและอุปกรณ์การแพทย์สำหรับดูแลผู้ป่วยบนรถพยาบาล Refer วันที่ 2 สิงหาคม 2566 เวลา 01.30 น. ถึงโรงพยาบาลขอนแก่น 03.00 น.	และอุปกรณ์การแพทย์สำหรับดูแลผู้ป่วยบนรถพยาบาล Referวันที่ 3 มิถุนายน 2566 เวลา 11.30 น. ถึงโรงพยาบาลขอนแก่น 13.15น.
6.รวมวันที่รักษา/ที่อยู่ในความดูแล	-3 ชั่วโมง 5 นาที	-3 ชั่วโมง 49 นาที
7. สรุปการวินิจฉัย	- Acute ischemic stroke, Lt. MCA infarction	- Right Basal Ganglia Hemorrhage

จากข้อมูลข้างต้นสามารถนำมาประเมินตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ได้ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินด้วยแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
F: Fluid and electrolyte balance	- แรกรับผู้ป่วยแรกรับผู้ป่วยซึมไม่ตอบคำถาม ไม่ทำตามคำสั่ง การประเมินระดับความรู้สึกตัวของ (Glasgow Coma Scale: GCS) เท่ากับ 8 (E2V1M5) การประเมินระดับ การตอบสนองของรูม่านตาเท่ากับ 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง	- ผู้ป่วยมีอาการค่อนข้างซึมลืมตาได้เองถามตอบได้เป็นคำๆ พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง การประเมินระดับความรู้สึกตัวเท่ากับ 13 (E4V3M6) การประเมินการตอบสนองของรูม่านตาเท่ากับ 2 มิลลิเมตร	- กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาด้านสมดุลน้ำที่แตกต่างกันคือกรณีศึกษาที่ 1 พบปัญหาจากการประเมินได้แก่ 1) ระบบหัวใจ และหลอดเลือด (Cardiovascular) หัวใจเต้นเร็ว อ่อนเพลีย ชีพจรเต้น 150-166 ครั้งต่อนาที

ตารางที่ 2 (ต่อ)

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
	แขนข้างซ้ายระดับ 5 ขาข้างซ้าย ระดับ 4 แขนขาข้างซ้าย ระดับ 0 - ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีผิวแห้ง ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย อัตราการเต้นของหัวใจเต้นผิดจังหวะ 150-166 ครั้ง/นาที หายใจเร็ว 32 ครั้ง/นาที หายใจครืดคราด มีเสียง Stridor บริเวณลำคอ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นผิดปกติ มีภาวะ Atrial Fibrillation มีความดันโลหิตสูง 204/97 mmHg - ระบบไต มีประวัติการเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ปัสสาวะ สีเหลืองใส ไม่มีตะกอนผลการตรวจ Biochemistry, urine analysis ปกติ ตรวจ Electrolyte: Serum Na=140 mmol//l, K=3.3 mmol//l, CL=104 CO2=21 mmol/l, Ca =9.9 mg/dL, Mg=0.82 mg/dL ผู้ป่วยมีภาวะ Electrolyte imbalance มีค่า potassium ต่ำ	มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง แขนขาข้างซ้าย ระดับ 0 แขนขาข้างขวา ระดับ 4 - ระบบหัวใจและหลอดเลือด อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 90 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิตสูง 201/132 mmHg - ระบบไต ปัสสาวะออกกะปริบกะปรอย สีเหลืองเข้ม มีตะกอน ก่อนการเจ็บป่วยในครั้งผลการตรวจ urine analysis พบว่ามี Leukocyte=2+, WBC=10-20 cell ประวัติ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีการติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ ตรวจ Electrolyte: Serum Na=136 mmol//l, K=3.1mmol//l, CL=99, CO2=25 mmol/l, Ca =9.7 mg/dL, Mg=0.7 mg/dL ผู้ป่วยมีภาวะ Electrolyte imbalance มีค่า potassium ต่ำ	ตรวจ EKG : AF rate 150-166/min ระบบไต (Kidney System) ตรวจร่างกาย ผิวหนังแห้ง ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย กรณีศึกษาที่ 2 พบปัญหาจากการประเมิน ได้แก่ 1) ระบบไต (Kidney System) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล Urinalysis Leukocyte=2+, WBC= 10-20 cell พบการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนปัญหาที่พบในกรณีศึกษาที่เหมือนกันคือ 1)ภาวะความดันโลหิตสูง 2)ภาวะโพแทสเซี่ยมในเลือดต่ำ
A: Aeration	- แรกรับผู้ป่วยหายใจหอบ เสียงหายใจครืดคราดมีเสียง Stridor บริเวณลำคอ อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที Oxygen saturation =94 % room air จากลักษณะเร็วใช้กล้ามเนื้อท้องในการช่วยหายใจแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ET tube No.7 depth 22, ฟัง Chest sound ฟังเสียงหายใจทั้ง	- แรกรับผู้ป่วยหายใจ ไม่มีการดึงรั้ง การเคาะปอดมีเสียงโปร่ง เสียงหายใจปกติ,อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 98-100% room air - CXR : ผลปกติ - การตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าก๊าซในเลือดแดง (Arterial blood gas):	-กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 พบปัญหาด้านการหายใจคือ หายใจหอบหายใจครืดคราดมีเสียง Stridor บริเวณลำคอ, อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที Oxygen saturation=94% room air ใช้กล้ามเนื้อ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
			ท้องช่วยในการหายใจ ส่วนสูง 160 cm. BMI = 27.55 (โรคอ้วนระดับหนึ่ง) ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารใส่ NG tube ไว้ แพทย์พิจารณางดน้ำ และอาหาร ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารน้อยกว่าที่ร่างกายต้องกาย
C: Communication	- ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถพูดได้ แขนข้างซ้ายแสดงท่าทางได้บ้าง เช่น ยกขึ้นมาปัดบริเวณที่ใส่ท่อช่วยหายใจ	- ผู้ป่วยพูดได้เป็นคำๆ ไม่เป็นประโยค	- กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาด้านการสื่อสารเหมือนกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 พบผู้ป่วยมาด้วยอาการซึม ไม่พูด ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ กรณีศึกษาที่ 2 พบผู้ป่วยพูดได้เป็นคำๆ ไม่เป็นประโยค ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จึงมีปัญหาด้านการสื่อสาร
A: Activity	-ประเมินระดับการทำกิจกรรมในอดีต ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ -ประเมินระดับการทำกิจกรรมในปัจจุบัน ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ -ประเมิน motor power แขนขา : แขนข้างซ้าย ระดับ 5 ขาข้างซ้าย ระดับ 4 แขนขาข้างขวา ระดับ 0	- ประเมินระดับการทำกิจกรรมในอดีต ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ - ประเมินระดับการทำกิจกรรมในปัจจุบัน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้น้อย -ประเมินmotor power แขนข้างซ้าย ระดับ 0 ขาข้างซ้าย ระดับ 0 แขนขาข้าง ขวา ระดับ 4	- กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาด้านการการทำกิจกรรมเหมือนกัน คือ การทำกิจกรรม (Activity) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้น้อย เนื่องจากกรณีศึกษาที่ 1 ประเมิน motor power แขนขา : แขนข้างซ้าย ระดับ 5 ขาข้างซ้าย ระดับ 4 แขนขาข้างขวา ระดับ 0 กรณีศึกษาที่ 2 ประเมินmotor power แขนข้างซ้าย ระดับ 0 ขาข้างซ้าย ระดับ 0 แขนขาข้างขวา ระดับ 4

ตารางที่ 2 (ต่อ)

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
S: Stimulation	- ประเมินระดับความรู้สึกตัว มึนงง สับสน ลืมตาเมื่อเรียก ไม่พูด ไม่ตอบคำถาม ไม่ส่งเสียง ไม่ทำตามคำสั่ง - ประเมินการได้ยิน ได้กลิ่น การรับรสและการทรงตัว เมื่อตรวจทางระบบประสาท พบมีใบหน้าข้างขวาเบี้ยว มุมปากตก ทดสอบออกสาไม่พูด ซึ่งสอดคล้องกับความผิดปกติที่เกิดจากเส้นประสาทเส้นที่ 7 มีหน้าที่ในการควบคุมการทำงานกล้ามเนื้อแสดงสีหน้า ทำให้ผู้ป่วยมีอาการใบหน้าอ่อนแรง ตาปิดไม่สนิท เคืองตา หรือยักคิ้วไม่ขึ้น ใบหน้าเบี้ยว และพบว่าผู้ป่วยพูดไม่ได้ ไม่ส่งเสียง ซึ่งสอดคล้องกับความ ผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของสายเสียง	-ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วย รู้ตัวลืมตาเองมองขวา ถามตอบช้าเป็นคำๆ พูดไม่ชัด ทำตามสั่งได้น้อย -ประเมินการได้ยิน ได้กลิ่น การรับรสและการทรงตัวพบว่าผู้ป่วยพูดได้เป็นคำๆ ซึ่งมีความสอดคล้องกับความผิดปกติของเส้นประสาทคู่ที่ 10	- กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบมีปัญหาด้านการกระตุ้น (Stimulation) เหมือนกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 มีความผิดปกติ ผู้ป่วยมีอาการใบหน้าอ่อนแรง ตาปิดไม่สนิท เคืองตา หรือยักคิ้วไม่ขึ้น ใบหน้าเบี้ยว และพบว่าผู้ป่วยพูดไม่ได้ ไม่ส่งเสียงกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยรู้ตัวดีลืมตาเองมองขวา ถามตอบช้าเป็นคำๆ พูดไม่ชัด ทำตามสั่งได้น้อย

สามารถสรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1. สมดุลน้ำ	-การกำซาบของเนื้อสมองบกพร่องเนื่องจาก cerebral blood flow ลดลง - มีภาวะโพแทสเซี่ยมในเลือดต่ำ - เสี่ยงต่อการเกิดอัตราการไหลของเลือดออกจากหัวใจต่ำเนื่องจากหัวใจผิดผิดจังหวะ - เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	- การกำซาบของเนื้อสมองบกพร่องเนื่องจาก cerebral blood flow ลดลง - มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ - เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	- กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีมีข้อวินิจฉัยด้านการสมดุลน้ำ เหมือนกัน คือ 1) การกำซาบของเนื้อสมองบกพร่องเนื่องจาก cerebral blood flow ลดลง 2) มีภาวะโพแทสเซี่ยมในเลือดต่ำ 3) เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ข้อวินิจฉัยที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษาที่พบเสี่ยงต่อการเกิดอัตราการไหลของเลือดออกจากหัวใจต่ำเนื่องจากหัวใจผิดผิดจังหวะ แต่ไม่พบข้อวินิจฉัยนี้ในกรณีศึกษาที่ 2
2. การหายใจ	- มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	- เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	- กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีมีข้อวินิจฉัยด้านการหายใจแตกต่างกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 มีปัญหาภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีข้อวินิจฉัยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค
3. โภชนาการ	- เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง	- เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง	-กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาด้านโภชนาการ เหมือนกัน
4. การสื่อสาร	- ญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย	- ญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย	- กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีมีข้อวินิจฉัยด้านการสื่อสารที่เหมือนกัน

ตารางที่ 3 (ต่อ)

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
5. การทำกิจกรรม	-มีภาวะพร่องสุขวิทยาส่วนบุคคลเนื่องจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง	-มีภาวะพร่องสุขวิทยาส่วนบุคคลเนื่องจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง	- กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีมีข้อวินิจฉัยด้านการทำกิจกรรมที่เหมือนกัน
6. การกระตุ้น	-ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการสื่อสารเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง	-ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการสื่อสารเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง	-กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีมีข้อวินิจฉัยด้านการการกระตุ้นที่เหมือนกัน

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่คุกคามชีวิต เช่น การกำซาบของเนื้อสมองบกพร่องเนื่องจาก cerebral blood flow ลดลง และเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ในการนำเสนอครั้งนี้ จึงได้เลือกนำเสนอตัวอย่างกระบวนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยที่คุกคามชีวิตทั้ง 2 ข้อนี้ ซึ่งมีกิจกรรมที่จำเพาะเจาะจงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับข้อวินิจฉัยข้ออื่นๆ สามารถนำหลักการพยาบาลของการพยาบาลผู้ป่วยโรคอื่นมาประยุกต์ใช้ได้ ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความจำเพาะเจาะจงของโรค มีดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. การกำซาบของเนื้อสมองบกพร่องเนื่องจาก cerebral blood flow ลดลง

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1

S : ลูกชายผู้ป่วยให้ประวัติ สังเกตเห็นขณะผู้ป่วยกำลังนั่งเล่นที่เก้าอี้ พูดไม่ชัด ฟังยาก แต่พอรู้เรื่อง มารดาทำตามสิ่งที่บอกได้ เริ่มแรกเป็น 4-5 นาที จากนั้นกลับมาพูดชัด ต่อมามารดาก้มตัวลงเก็บจานที่พื้น มีอาการตาลอย ซึมไม่พูด มีแขนขาด้านขวา ลูกชายจึงรีบพาคนไข้ไปโรงพยาบาลหนองสองห้อง แล้วโรงพยาบาลหนองสองห้องแจ้งว่าสงสัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลพล

O : N/S : GCS= E21M5, motor power Rt. Upper gr. 0 Lower gr. 0, Lt. Upper gr. 5 Lower gr. 4, Rt. facial palsy, moderate-severe dysarthria, pupil 3 mm. RTLBE NIHSS=21 คะแนน HR=150-166/min, RR=20/min, BP=204/97 mmHg, O2 sat=94% CT brain NC : hypodensity lesion at Lt. MCA Infarctio

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 2

S : 2 ชั่วโมง 41 นาที ก่อนมา รพ. ขณะกำลังตากผ้าอ่อนแรงแขนขาซ้าย ไม่สามารถเดินได้ พูดเป็นคำๆ มีญาติจึงพามาโรงพยาบาล

O : E4V3M6, Pupil 2 mm RTLBE, motor power Lt. gr.0, Rt. gr 4 NIHSS=10 คะแนน HR=90/min, RR=20/min, BP=201/132 mmHg, O2 sat=100% CT brain NC : Right Basal Ganglia Hemorrhage

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล ได้แก่ 1) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ซึมลง คะแนนความรู้สึกตัว (GCS) เท่าเดิมหรือเท่ากับ 15 คะแนน 2) คะแนน NIHSS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน 3) V/S: BT 36.5-37.4 C, HR 60-100/min, RR 16-20/min, SBP≤ 220 mmHg, DBP≤120 mmHg 4) ไม่มีอาการอ่อนแรงของแขนขาเพิ่มขึ้นจากเดิม 5) ขนาดของ pupils ไม่เปลี่ยนแปลง และมีการตอบสนองต่อแสง และ 6) EKG : NSR rate 60-100/min /AF rate 60-100/min

กิจกรรมพยาบาล ได้แก่ 1) ดูแลคัดกรอง และประเมินอาการผู้ป่วยตาม BEFAST, และซักประวัติ onset, Last seen normal และ first seen abnormal เพื่อประเมินความรุนแรงและ activate stoke fast track ตาม protocol 2) ประเมินผู้ป่วยด้วยเครื่องมือประเมินทางระบบประสาท ได้แก่ National Institutes of Health

Stroke Scale (NIHSS) และ Glasgow coma score ประเมินทุก 15 นาที เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีคะแนน NIHSS เพิ่มขึ้น 1 คะแนน และ Glasgow coma score ลดลงมากกว่า 2 คะแนน notify แพทย์ 3) ประเมินระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอทุก 15 นาที ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิต Nicardipine (1:5) iv drip 5 mg/hr titrate ทีละ^{2} mg /hr ถ 15 นาที วัด V/S ทุก 5 นาที 6 ครั้ง ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ตามแผนการรักษา ดูแลระดับความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 180/105 mmHg 4) ดูแลนอนราบเพื่อเพิ่ม cerebral blood flow 5) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยา 0.9% Nacl 1,000 ml ผสม Kcl 40 mEq iv drip 40 ml/hr เพื่อให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุลของน้ำและเพิ่ม cerebral blood flow และ 6) ดูแล monitor EKG เพื่อ เฝ้าระวังการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ

การประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองดีขึ้น หลังใส่ท่อช่วยหายใจ GCS= E3VtM6, motor power upper Lt=5, Rt=0 Lower Lt=4, Rt=0, Rt. facial palsy, pupil 3 mm. RTLBE, NIHSS=21 คะแนน หลังให้การรักษา ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ BP=146/84 mmHg, P=90/min, RR=20/min, BT=37.4 O2sat 100% RA EKG show AF rate 90-100/min, pupils 3 mm RTL BE

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองดีขึ้น GCS= E4V3M6, Pupil 2 mm RTLBE, motor power Lt. gr.0, Rt. gr 4, pupil 2 mm. RTL BE, NIHSS=10 คะแนน หลังให้การรักษา ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ Vital sign: Temp=36.7, HR=82 /min, RR=20/min, BP=140/90 mmHg, O2sat=100% 37.4 O2sat 100 %RA EKG=normal sinus rhythm rate 82 /min

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1

O : - ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี Dx. Acute ischemic stroke, Lt. MCA infarction

- Neuro sign /S : GCS= E2V1M5, motor power Rt. Upper gr. 0 Lower gr. 0, Lt. Upper gr. 5 Lower gr.4, Rt. facial palsy, pupil 3 mm. RTLBE NIHSS=21 คะแนน HR=150-166 /min, RR=20/min, BP=204/97 mmHg, O2 sat=94 %

- ผล CT brain NC : hypodensity lesion at Lt. MCA Infarction

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 2

S: สามีบอกว่าผู้ป่วย U/D HT loss F/U >3 month บ่นปวดศีรษะ

O : - ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 51 ปี Dx. Rigth basal ganglia hemorrhage ,Neuro sign E4V3M6, Pupil 2 mm RTLBE, motor power Lt. gr.0, Rt. gr 4 NIHSS=10คะแนน HR=90/min, RR= 20/min, BP=201/132 mmHg, O2 sat=98- 100%

- ผล CT brain NC : Right Basal Ganglia Hemorrhage

วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 1) คะแนนความรู้สึกตัว (GCS) เท่าเดิม หรือเพิ่มขึ้น 2) ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง, ปวดศีรษะ หรืออาเจียนพุ่ง, pupil ต่างกัน 1 mm.หรือไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง, สับสน, อ่อนแรง และชัก เป็นต้น 3) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด BT=36.5-37.4 องศาเซลเซียส ,PR= 60-100 ครั้ง/นาที ,RR < 30 ครั้ง/นาที Keep SBP ≤140 mmHg. Oxygen saturation ≥ 95 % 4) BS อยู่ในช่วง 80 – 200 mg% 5) CT brain NC ICH ลดลง, no cerebral infarction และ 6) Serum sodium 136-145 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล มีดังนี้ 1) ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลศีรษะลำคอ สะโพกไม่หักพับงอ เพื่อให้การระบายเลือดดำออกจากสมองสะดวก 2) ดูแลผู้ป่วยได้รับยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษา keep BP≤140mmHg เพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกในสมองเพิ่ม 3) ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา

ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อย ดูแลใส่ท่อช่วยหายใจหายใจ ดูแลให้ผู้ป่วย On ventilator, TV 500, RR 16, PEEP 5, FiO2 0.6, monitor O2 saturation > 95% เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ ถ้าO2saturation ต่ำลงมากกว่า 2% ประเมินอาการ ผู้ป่วยและรายงานแพทย์ทันที 4) ดูแลเจาะ glucose premeal keep 80-200mg% เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและลดการเกิดสมองบวมและเลือดออกมากขึ้น 5) วัดสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาททุก 1 hr. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ระดับความรู้สติลดลง มากกว่า 2 คะแนน ปวดศีรษะมากขึ้น สับสน ง่วงซึม แขนขาอ่อนแรง ขนาด pupil เปลี่ยนแปลง 2 ข้าง ต่างกันเกิน 1 mm. keep อุณหภูมิกาย 36.6-37.8 องศาเซลเซียส และ 6) ประเมินความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออก ถ้าปัสสาวะออกมากกว่า 200 ml/hr. รายงานแพทย์

การประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1 วันที่ 2 สิงหาคม 2566 เวลา 01.15 น. ผู้ป่วยหลังใส่ท่อช่วยหายใจ GCS= E3VtM6 มีสัญญาณชีพ BP=146/84 mmHg, P=90/min, RR=20/min, BT=37.4 O2sat 100 %RA EKG AF rate 90-100/min, pupils 3 mm RTL BE ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง GCS ไม่ลดลงจากเดิม

กรณีศึกษาที่ 2 วันที่ 3 มิถุนายน 2566 เวลา 11.30 น. ผู้ป่วยลืมตาเอง ทำตามสั่งได้ช้าๆ ตอบไม่ตรงคำถามบ้าง พูดจาสับสน GCS= E4V4M6 pupil 2mm RTLBE, Vital sign BT=36.7, HR=82 /min, RR=20/min, BP=140/90 mmHg, O2sat=100% Glucose 101 mg%, ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

วิจารณ์

ผลการศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วยตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีปัญหาด้าน Fluid และ Aeration ที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต การประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Triage) จัดอยู่ในกลุ่มความรุนแรงระดับ 1 ด้าน Fluid ได้แก่ ผู้ป่วย ซึม ไม่ตอบคำถาม ไม่ทำตามคำสั่ง การประเมินระดับความรู้สึกตัวของ (Glasgow Coma Scale: GCS) เท่ากับ 8 คะแนน[5] (E2V1M5) การประเมินระดับ การตอบสนองของรูม่านตาเท่ากับ 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง แขนข้างซ้ายระดับ 5 ขาข้างซ้ายระดับ 4 แขนขาข้างซ้าย ระดับ 0 ,CT brain พบ Acute Left MCA infarction , มีผิวแห้ง ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย อัตราการเต้นของหัวใจเต้นผิดจังหวะ 150-166 ครั้ง/นาที หายใจเร็ว 32 ครั้ง/นาที หายใจครืดคราด มีเสียง Stridor บริเวณลำคอ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นผิดปกติ มีภาวะ Atrial Fibrillation มีความดันโลหิตสูง 204/97 mmHg , ตรวจ Electrolyte: K=3.3 mmol//l, ผู้ป่วยมีภาวะ Electrolyte imbalance มีค่า Potassium ต่ำ ด้าน Aeration ได้แก่ หายใจหอบ อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที Oxygen saturation=94 % room air, CXR พบภาวะหัวใจโต จากปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยได้รับ การช่วยเหลือทันที ใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube) และได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา[6] ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 พบว่าด้าน Fluid ผู้ป่วยมีอาการค่อนข้างซึม ลืมตาได้เองถามตอบได้เป็นคำๆ พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง การประเมินระดับความรู้สึกตัว เท่ากับ 13 คะแนน[5] (E4V3M6) การประเมินการตอบสนองของรูม่านตาเท่ากับ 2 มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง CT brain NC : Right Basal Ganglia Hemorrhage, ความดันโลหิตสูง 201/132 mmHg, ปัสสาวะออกกระปริบกระปรอย สีเหลืองเข้ม มีตะกอน ก่อนการเจ็บป่วยในครั้ง ผลการตรวจ urine analysis พบว่ามี Leukocyte=2+, WBC=10-20 cell พบว่ามีการติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ ตรวจ Electrolyte: Serum K=3.1 mmol//l,ผู้ป่วยมีภาวะ Electrolyte imbalance มีค่าpotassium ต่ำ ส่วนด้าน Aeration เสียงหายใจปกติ,อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 98-100% room air CXR : ผลปกติ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรค[6]

2. ผลการศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง นำมาวางแผนปฏิบัติการพยาบาล พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน ส่วนข้อวินิจฉัยที่แตกต่างกันเนื่องจากผู้ป่วยมีความรุนแรงของการเจ็บป่วย[5] (Triage) ที่แตกต่างกันทำให้กรณีศึกษาที่ 1 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต่างกัน คือ มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง และเสี่ยงต่อการเกิดอัตราการไหลของเลือดออกจากหัวใจต่ำเนื่องจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ข้อเสนอแนะ

ควรนำแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ไปประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหาผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่นๆ เพื่อให้สามารถประเมินปัญหาได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม และพบว่าการประเมินปัญหาตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS สามารถประยุกต์ใช้กับโรคมีความจำเพาะของแต่ละกลุ่มโรคได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามพยาบาลต้องมีทักษะในการใช้แบบประเมินตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS และต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาที่คุกคามชีวิต ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และหายจากโรคได้

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ เทียมเก่า. คู่มือระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2562; 2562.
2. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย.วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2566;39(2):39-46.
3. คณะกรรมการการพัฒนาคลินิกบริการ งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คู่มือการนิเทศการใช้กระบวนการพยาบาล; 2559.
4. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประเมิน; 2566.
5. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการคัดกรอง MOPH ED. Triage. นนทบุรี; 2561.
6. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. นนทบุรี; 2558.

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

Development of a Discharge Planning With Empowerment Enhancement Model for Elderly Patients with Pneumonia, Thung Khao Luang Hospital

สุวรรณา เวียงนนท์*

Suwanna Wiangnon

Corresponding author: e-mail: suwanna.pawan@gmail.com

(Received: December 9, 2023; Revised: December 16, 2023; Accepted: January 17, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบ และพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนทดลองและหลังทดลอง ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายนถึงกันยายน 2566 การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะศึกษาสภาพปัญหา ระยะการพัฒนา และระยะทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแนวทางการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Percentage difference

ผลการวิจัย : สภาพปัญหาพบทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วยขั้นตอน (1) การประเมินปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแล (2) การกำหนดข้อวินิจฉัย (3) การวางแผนการจำหน่าย (4) การปฏิบัติตามแผน และ (5) การประเมินผลการวางแผนจำหน่าย และหลังการพัฒนา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมเพิ่มขึ้น 56.73% และความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean =4.17, SD.=0.39)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะเพิ่มขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปใช้ในเพื่อพัฒนางาน

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย; การเสริมสร้างพลังอำนาจ; ผู้สูงอายุ; โรคปอดอักเสบ

*พยาบาลวิชีพชำนาญการ โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

ABSTRACT

Purposes : To study problem conditions, develop models, and evaluate discharge planning with empowerment enhancement model for elderly patients with pneumonia.

Study design : Research and development design

Materials and Methods : A total of 70 subjects were caregivers of elderly patients with pneumonia and professional nurses divided into 2 groups: pre-experimental and postexperimental groups. We were conducted between April and September 2023, the operation was divided into 3 phases: problem study phase, development phase, and trial phase. Data were collected using questionnaires and focus group guidelines and analyzed the data using frequency, percentage, mean, standard deviation and percentage difference.

Main findings : Problems were found in both structural aspects, process side and results. The discharge planning model consists of steps (1) assessing patient and caregiver problems, (2) determining diagnosis, (3) planning discharge, (4) implementing the plan, and (5) evaluating discharge planning results. And after development it was found that Caregivers of elderly patients with pneumonia had a 56.73% increase in overall self-efficacy and satisfaction with discharge planning model. Overall at a high level (Mean=4.17, SD= 0.39).

Conclusion and recommendations : The results of this research result in increased competency for caregivers of elderly patients. Therefore, relevant agencies should use it to develop their work.

Keywords : Discharge Planning; Empowerment; Elderly Patients; Pneumonia

* Registered Nurse Professional Level, Thung Khao Luang Hospital

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) หรือที่เรียกว่า “ปอดบวม” เป็นโรคที่พบได้ประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ซึ่งเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัสและเชื้อรา ทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อปอด พบได้บ่อยในเด็กเล็ก ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะภูมิต้านทานต่ำ ระดับความรุนแรงและการมีภาวะแทรกซ้อนจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อโรคที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ อายุ และสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งการติดเชื้ออาจรุนแรงและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ อันเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกิดจากสาเหตุหลัก 2 กลุ่ม คือ ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อและปอดอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ (พบปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อมากกว่า) โดยทั่วไปปอดอักเสบสามารถจำแนกได้หลายแบบ โดยปัจจุบันนิยมจำแนกได้ 2 แบบ ตามสภาพแวดล้อมที่เกิดปอดอักเสบเพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัย และดูแลรักษาตั้งแต่แรกคือ ปอดอักเสบในชุมชน (Community-Acquired Pneumonia: CAP) เป็นปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อที่เกิดนอกโรงพยาบาลโดยไม่รวมปอดอักเสบที่เกิดขึ้นหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์และปอดอักเสบในโรงพยาบาล (Nosocomial Pneumonia หรือ Hospital-Acquired Pneumonia -HAP) เป็นปอดอักเสบจากการติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลแล้วอย่างน้อย 48-72 ชั่วโมง[1]

สถานการณ์โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ในประเทศไทยปี พ.ศ.2565 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคได้รับรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ 236,742 ราย อัตราป่วย 357.77 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 218 ราย อัตราตาย 0.33 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.09 จากข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2565 มีอัตราป่วยมีแนวโน้มลดลง และอัตราป่วยสูงสุดในปี พ.ศ.2561 อัตราป่วย 429.26 ต่อประชากรแสนคนอัตราป่วยต่ำสุดในปี พ.ศ.2564 อัตราป่วย 244.79 ต่อแสนประชากร[1] ในทำนองเดียวกันสถานการณ์เขตสุขภาพที่ 7 ในปี พ.ศ. 2565 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) จำนวน 25,890 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 385.70 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 2 ราย อัตราตาย 0.03 ต่อประชากรแสนคน อัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 0.01 พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1: 1.06 ทั้งนี้ยังพบอัตราป่วยโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ในเขตสุขภาพที่ 9 มีต่ำกว่าอัตราป่วยประเทศสอดคล้องกับอัตราป่วยด้วยโรคปอดอักเสบในกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ดตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2564 พบว่า 1,650.96; 1,763.72; 1,625.81; 1,375.26 และ 1,75.26 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และอัตราป่วยด้วยโรคปอดอักเสบในกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอทุ่งเขาหลวง พบว่า 895.55; 1,028.47; 916.30; 817.57 และ 586.48 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[2]

เช่นเดียวกับโรคปอดอักเสบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภูมิต้านทานต่ำมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนจากปอดอักเสบสูงมาก เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด หรือระบบทางเดินหายใจล้มเหลว เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคนี้เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50.0 ประกอบกับปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวเรื้อรัง หากมีการดูแลสุขภาพที่เสื่อมถอยลงร่วมกับมีภูมิต้านทานต่ำ มีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดอักเสบมากขึ้นด้วย[3] ในทำนองเดียวกันผู้สูงอายุที่มีภูมิต้านทานร่างกายต่ำจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการลดการตอบสนองของทีเซลล์ พบว่าเกิดจากการเสื่อมของต่อมไทมัสที่เป็นอวัยวะที่สร้างทีเซลล์ ทำให้องค์ประกอบสำคัญในทีเซลล์ผิดปกติรวมทั้งปริมาณการสร้างทีเซลล์ลดลง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของโปรตีนที่ทำหน้าที่เป็นตัวรับการกระตุ้น เช่น CD4 และไซโทไคน์ที่หลั่งจากทีเซลล์ลดลง ทำให้ประสิทธิภาพการต้านทานเชื้อโรคและสร้างระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ในผู้สูงอายุเสื่อมถอยลง นำไปสู่การติดเชื้อได้ง่าย และทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้บ่อย เช่น เป็นไข้หวัดบ่อยๆ และในผู้สูงอายุอาการและอาการแสดงอาจไม่ชัดเจน หรือไม่มีอาการเนื่องจากความรู้สึกตัวที่เสื่อมถอยลง มีอาการหลงลืม

และอาจมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต โรคมะเร็ง เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน จนบางครั้งอาจรับยามากเกินความจำเป็น รวมทั้งมีพยาธิสภาพหลายๆ อย่างเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน จึงส่งผลให้สุขภาพโดยรวมทรุดลงเป็นทวีคูณ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอักเสบได้ และอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด[4] ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้มีวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง รู้ถึงวิธีการป้องกันโรคปอดอักเสบก็จะทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดอักเสบลงได้ ดังนั้น การให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เช่น ออกกำลังกายที่เหมาะสม รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายและรสจืด โดยรับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง ทำให้ปริมาณการรับประทานอาหารต่อคำลดลง จะช่วยลดอาการสำลักได้ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดในช่วงที่มีไข้หวัดและไข้หวัดใหญ่ระบาด หลีกเลี่ยงการใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น หมั่นล้างมือเป็นประจำเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ไม่สูบบุหรี่ ไม่เข้าใกล้ควันบุรี่ ควันไฟ หรือควันจากท่อรถยนต์ ฝึกบริหารปอดเพื่อให้ปอดแข็งแรง รวมทั้งการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ทุกปี สิ่งเหล่านี้จะช่วยป้องกันการเกิดโรคและช่วยลดความรุนแรงเมื่อเกิดโรดปอดอักเสบลงได้[5]

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการสำคัญในการเตรียมผู้ป่วย ผู้ดูแล ให้พร้อมในการช่วยเหลือ ดูแล และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[6] และจากความสำคัญนี้จึงถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลของการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) หมวดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการกำหนดแนวทาง กลุ่มโรคเป้าหมายสำคัญตั้งแต่แรกรับมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมในการวางแผน[7] มีขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการการวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัวและทีมสุขภาพ โดยวัตถุประสงค์สำคัญของการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลทำให้เกิดผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น ลดระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาลลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ รวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้วย เช่นเดียวกับศึกษาในโรงพยาบาลอุทัยธานีซึ่งพบว่า รูปแบบการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 6 หมวด คือ (1) กระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย (2) ประเมินการกลืนในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ (3) จัดท่านอนหัวสูงอย่างน้อย 30 องศา (4) พิจารณาการหยุดยานอนหลับเมื่อหมดความจำเป็น (5) ทำความสะอาดปากและฟัน และ (6) การให้อาหารทางสายยางอย่างถูกวิธี และภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลทั้ง 6 หมวดร้อยละ 96.35 และอุบัติการณ์ปอดอักเสบในโรงพยาบาลลดลง[8] จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลทำให้เกิดผลลัพธ์สำคัญคือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research and development) ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน 2566 ระยะเวลา 6 เดือน โดยมีวิธีดำเนินการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือน กันยายน 2566 และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสภาพปัญหา กลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ **กลุ่มที่ 1** เป็นพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยใน จำนวน 7 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purpossive sampling) ดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน 2566 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ **เกณฑ์การคัดเข้า** (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบ และ (3) ยินดีให้ความร่วมมือในการประชุมระดมสมองตลอดระยะการวิจัย และ**เกณฑ์การคัดออก** (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ย้ายไปปฏิบัติงานหน่วยงานอื่น และ 2) ระยะเวลาเข้าร่วมโครงการน้อยกว่าร้อยละ 80 **กลุ่มที่ 2** เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบเข้ารับการรักษาที่งานผู้ป่วยใน ที่ได้รับการสัมภาษณ์รายบุคคลตามความสมัครใจ จำนวน 5 คน ซึ่งมีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและอาศัยอยู่กับผู้ป่วย ดำเนินการคัดเลือกเดือนเมษายน 2566 โดยเป็นผู้ดูแลที่ไม่อยู่ในกลุ่มก่อนทดลองและกลุ่มหลังทดลองมีเกณฑ์การดังนี้ **เกณฑ์การคัดเข้า**กลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เข้ารับการรักษาที่งานผู้ป่วยใน ซึ่งมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเป็นญาติสายตรงได้แก่ สามี ภรรยา บุตร หลาน ในการเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 2) ผู้ดูแลสามารถสื่อสารอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 3) ผู้ดูแลยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ **เกณฑ์การคัดออก**กลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ดูแลที่ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล 2) ผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดการวิจัย 3) ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลได้รับการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยไปจากโรคปอดอักเสบระหว่างให้การรักษา 4) ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลมีโรคร่วมที่มีภาวะเรื้อรังเพิ่มขึ้นและไม่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอักเสบเดิม และ **กลุ่มที่ 3** กลุ่มก่อนทดลอง (Pre-test) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบและเข้ารับการรักษาที่งานผู้ป่วยในได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purpossive sampling) จำนวน 35 คน ดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน 2566 ถึงเดือน กันยายน 2566 รวมระยะเวลา 6 เดือน โดยมีคุณสมบัติและเกณฑ์การคัดเลือก เช่นเดียวกับกลุ่มที่ 2

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยในที่เข้าร่วมการประชุมระดมสมอง จำนวน 7 คน ดำเนินการในเดือนเมษายน 2566 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยเกณฑ์การคัดเข้า และการคัดออกเช่นเดียวกับกลุ่มที่ 1 ในระยะที่ 1 ระยะศึกษาสภาพปัญหา

ระยะที่ 3 ระยะทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มหลังทดลอง (Post-test) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบเข้ารับการรักษาที่งานผู้ป่วยใน จำนวน 35 คน ดำเนินตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2566 ระยะเวลา 5 เดือน โดยมีกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยเกณฑ์การคัดเข้าและการคัดออกเช่นเดียวกับกลุ่มที่ 2 และ 3 ในระยะที่ 1 ระยะศึกษาสภาพปัญหา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล ได้มาจากการคำนวณด้วยสูตร G*Power 3.0.10 โดยให้ค่า Effect size d=0.8 (Large size) ซึ่งได้จากผลการศึกษาของงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันของนันทกาญจน์ ปักษี และคณะ[9] และกำหนด α=0.05 power=0.95 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 70 คน แบ่งเป็น

2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มก่อนทดลองและกลุ่มหลังทดลอง กลุ่มละ 35 คน

การได้มาของซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้ (1) ผู้วิจัยนำบันทึกข้อความเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงเพื่อทำการวิจัยและเก็บข้อมูล หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและสุ่มตัวอย่าง และ (2) กลุ่มตัวอย่างได้ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในช่วงที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ เมื่อมีการรับผู้ป่วยสูงอายุที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ และรับไว้รักษาตัว ที่งานผู้ป่วยในจะทำการคัดเข้ากลุ่มก่อนทดลองและกลุ่มหลังทดลอง หลังจากนั้นเข้าสู่การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและดำเนินการตามขั้นตอนการศึกษาต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งตามระยะของการวิจัยและพัฒนาได้ 3 ระยะ[10] จำแนกตามระยะการวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสภาพปัญหา เครื่องมือที่ใช้ในระยะศึกษาปัญหา มีดังนี้ (1) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบ จำนวน 22 ข้อ การได้มาของแบบสอบถามดังรายละเอียดต่อไปนี้ (1) ศึกษาวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัย เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura) ใช้แบบสอบถามซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือวัดสมรรถนะแห่งตนทั่วไป (The new general self-efficacy scale) ของเชน[11] โดยติดต่อขออนุญาตใช้เครื่องมือจากต่างประเทศ นำมาแปลและพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) การทำกิจวัตรประจำวัน (2) การช่วยเหลือตามแผนการรักษา และ (3) การช่วยเหลือเมื่อมีอาการป่วยรุนแรง ลักษณะของข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวก แบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด (2) ยกร่างแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขและปรับปรุง (3) นำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ด้านการแพทย์อายุรกรรม การวางแผนจำหน่าย การศึกษา ผู้สูงอายุ และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ หาความตรงเชิงเนื้อหาโดยการตรวจสอบความสอดคล้องของประเด็นคำถามกับตัวแปรที่ศึกษาความถูกต้องของเนื้อหา ความรัดกุม และความเหมาะสมในการใช้ภาษา นำคะแนนมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง[12] ค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 แสดงว่า ข้อคำถามหรือประเด็นที่จะทำการรวบรวมข้อมูลมีความตรง แต่ถ้าค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่าน้อยกว่า 0.50 ควรพิจารณาปรับปรุงหรือ ตัดทิ้งผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ย 0.82 และ (4) นำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบ จำนวน 35 คน จากนั้น นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliabilit) โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งยอมรับความเชื่อมั่นที่ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป[13] ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 0.965

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนา เครื่องมือที่ใช้ในระยะการพัฒนา โดยรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบที่พัฒนาขึ้น สร้างจากการรวบรวมวรรณกรรม ประกอบด้วย แนวคิดการวางแผนจำหน่ายของแมคคีแฮน[14] (McKeehan) รูปแบบ D-METHOD และการเสริมสร้างพลังอำนาจของคานเตอร์[15] (Kanter) ประกอบด้วย (1) ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันที่ 5 หรือจนจำหน่าย (2) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบจากที่ปรึกษาปรับปรุงและแก้ไขจนได้แบบบันทึกที่ชัดเจน ประกอบด้วย ประเมินปัญหาของผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัย วางแผนการจำหน่าย ปฏิบัติตามแผน และประเมินผล ใช้รูปแบบ D-METHOD บูรณาร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อมาสนับสนุน

ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้แก่ การได้รับทรัพยากร การได้รับโอกาส การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการสนับสนุน และ (3) แนวปฏิบัติการเคาะปอดระบายเสมหะ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านกายภาพบำบัด

การพัฒนาเครื่องมือ การพัฒนาเครื่องมือการวิจัยระยะที่ 2 ระยะการพัฒนา มีรายละเอียด ดังนี้ (1) สัมภาษณ์ผู้ดูแลรายบุคคลเกี่ยวกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิมที่เคยได้รับสมรรถนะและรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ผู้ดูแลต้องการ (2) แจกแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของผู้ดูแลให้กลุ่มตัวอย่างก่อนทดลอง จำนวน 35 คน ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (3) นำข้อมูลจากข้อที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหาและข้อมูลจากข้อที่ 2 มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (4) ประชุมระดมสมองกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในเกี่ยวกับปัญหาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยนำข้อมูลจากข้อ 3 มาประกอบการสรุปปัญหาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (5) จัดการอบรมครั้งที่ 1 เรื่อง การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบใหม่แก่พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน และ (6) นำร่างรูปแบบบันทึกการวางเผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความเหมาะสม แก้ไขและปรับปรุง ก่อนนำไปใช้ต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในระยะนี้เหมือนกับระยะศึกษาสภาพปัญหา 2 ชุด ดังนี้ (1) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบ และ (2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ตามรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสภาพปัญหา มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้ (1) ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง (2) พบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ประโยชน์และขออนุญาตดำเนินการศึกษา (3) สัมภาษณ์ผู้ดูแลรายบุคคลตามความสมัครใจ เกี่ยวกับปัญหารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบเดิมที่เคยได้รับสมรรถนะ และรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ผู้ดูแลต้องการ (4) เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลอง ซึ่งเป็นผู้ดูแล จำนวน 35 คน แจกแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของผู้ดูแลในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และ (5) ประชุมระดมสมองกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในเกี่ยวกับปัญหารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบ

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนา มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้ (1) อบรมกลุ่มตัวอย่างพยาบาลในงานผู้ป่วยใน ครั้งที่ 1 โดยการนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากระยะที่ 1 ระยะการศึกษาสภาพปัญหามาพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายรูปแบบใหม่ (2) ยกร่างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายรูปแบบใหม่เสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเหมาะสม แก้ไขและปรับปรุงก่อนนำไปใช้ (3) อบรมกลุ่มตัวอย่างพยาบาลในงานผู้ป่วยใน ครั้งที่ 2 เรื่อง การใช้รูปแบบวางเแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบที่พัฒนาขึ้น และ (4) ฝึกการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเป็นเวลา 14 วัน ก่อนการทดลอง

ระยะที่ 3 ระยะทดลอง มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้ โดยใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบกับกลุ่มตัวอย่างหลังทดลอง จำนวน 35 คน ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วย ประเมินปัญหาของผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัย วางแผนการจำหน่าย ปฏิบัติตามแผนและประเมินผล ใช้รูปแบบ D-METHOD บูรณาร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีขั้นตอน ดังนี้ **วันแรกดำเนินการโดย** (1) ประเมินปัญหาของผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัย วางแผนการจำหน่าย ปฏิบัติตามแผน และประเมินผล และ (2) การให้ความรู้เรื่องโรค (D: Disease) ยาที่ใช้ในการรักษา (M: Medication) การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการให้โอกาสในการซักถาม การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน

การได้รับการสนับสนุนโดยกล่าวชื่นชม และให้กำลังใจ **วันที่สองดำเนินการโดย** ประเมินปัญหาอื่นๆ (เพิ่มเติมถ้าพบกำหนดข้อวินิจฉัย วางแผนการจำหน่าย ปฏิบัติตามแผน และประเมินผล และการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (T: Treatment) อาหาร (D: Diet) การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการให้โอกาสในการซักถาม และทบทวนการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน การได้รับการสนับสนุนโดยกล่าวชื่นชม และให้กำลังใจ การได้รับทรัพยากรช่วยสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย **วันที่สาม ดำเนินการโดย** 1) ประเมินปัญหาอื่น ๆ เพิ่มเติมถ้าพบกำหนดข้อวินิจฉัย วางแผนการจำหน่ายปฏิบัติตามแผน และประเมินผล และ 2) การให้ความรู้เรื่อง สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ (E: Environment &economic) การมาตรวจตามนัด/การส่งต่อ (C: Outpatient /referral) การดูแลสุขภาพ (H: Health) การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการให้โอกาสในการซักถาม และทบทวน การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน การได้รับการสนับสนุนโดยกล่าวชื่นชม และให้กำลังใจ **และวันที่สี่และห้าหรือวันจำหน่าย** ดำเนินการโดย 1) ประเมินปัญหาอื่นของผู้ป่วยเพิ่มเติมถ้าพบกำหนดข้อวินิจฉัย วางแผนการจำหน่าย ปฏิบัติตามแผน และประเมินผล และ 2) ให้โอกาสซักถาม ทบทวนก่อนจำหน่าย และ 3) แจกแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของผู้ดูแลในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล การรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (1) กลุ่มตัวอย่างก่อนทดลอง (Pre-test) ใช้การวางแผนจำหน่ายแบบเดิมตามประสบการณ์ของพยาบาล ในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล แจกแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ (2) กลุ่มตัวอย่างหลังทดลอง (Post test) ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้ (1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังทดลอง วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) ข้อมูลเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความพึงพอใจต่อรูปแบบของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลองโดยใช้ Percetage differences

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1062565

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบ

(1) ลักษณะทางประชากร กลุ่มก่อนการพัฒนากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 35 คน อายุเฉลี่ย 41 ปี (SD.=10.52) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (82.9%) สถานภาพสมรสแล้ว (94.3%) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (62.9%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (62.9%) สัมพันธภาพของผู้ดูแลเป็นบุตร (57.1%) ระยะเวลาในฐานะผู้ดูแลเฉลี่ย 7 ปี (SD.=5.17) การเตรียมความพร้อมร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลมีความพร้อม (100.0%) ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (60.0%) ส่วนกลุ่มหลังพัฒนาพบว่า อายุเฉลี่ย 43 ปี) (SD.=8.59) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (77.1%) สถานภาพสมรสแล้ว (91.4%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (77.1%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (68.6%) สัมพันธภาพของผู้ดูแลเป็นบุตร(71.4%) ระยะเวลาในฐานะผู้ดูแล 7.57 ปี (SD.=3.34) การเตรียมความพร้อมร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล (100.0%) ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นส่วนใหญ่ (62.9%)

(2) สรุปผลการสนทนากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลอง **ด้านโครงสร้าง** พบว่าขาดการแจ้งวัตถุประสงค์และกำหนดระยะเวลาการวางแผนจำหน่าย ผู้ดูแลไม่มีโอกาสเสนอความคิดเห็นในการวางแผนจำหน่าย พยาบาลมองแต่ปัญหาขณะนั้นไม่ได้มอง

ไปถึงเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พยาบาลแต่ละคนสอนไม่เหมือนกันในแง่ของรายละเอียด และความครอบคลุมของเนื้อหา พยาบาลบางคนไม่ค่อยพูด ขาดอุปกรณ์ประกอบการวางแผนจำหน่าย เช่น คู่มือสอนเคาะปอด คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นต้น **ด้านกระบวนการ** พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเหมือนกันทุกราย โดยให้คำแนะนำการใช้ยา การมาตรวจตามนัดวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือบางรายต้องให้อาหารทางสายยางจะสอนก่อนจำหน่าย ขนาดการเสริมกำลังใจผู้ดูแล และด้านผลลัพธ์ พบว่า ขาดการติดตาม ทบทวน และสอนซ้ำอย่างต่อเนื่องจนถึงวันจำหน่ายและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบก่อนการพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean=2.50, SD.=0.75) เมื่อพิจารณาเป็นด้านพบว่า ด้านการช่วยเหลือเมื่อมีอาการป่วยรุนแรงมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean=2.20, SD.=1.16) โดยเฉพาะการรับรู้การจัดท่านอนหัวสูงและให้ออกซิเจนหรือพ่นยาก่อนพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลได้ (Mea=2.05, SD.=0.99) รองลงมาคือด้านการทำกิจวัตรประจำวัน (Mean=2.25, SD.=0.50) การรับรู้การดูแลตนเองให้สุขภาพดีได้โดยไม่ให้มีผลกระทบต่อการเป็นผู้ดูแล (Mean=1.19, SD.=0.82) และด้านการช่วยเหลือตามแผนการรักษา (Mean=2.24, SD.=0.66) โดยเฉพาะการรับรู้เคาะปอดกระตุ้นการไอของผู้ป่วย (Mean=2.25, SD.=1.19) ตามลำดับ

2. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบใหม่ผู้วิจัยได้นำปัญหาจากการสนทนากลุ่ม และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น กระบวนการวางแผนจำหน่ายของแมคคีแฮน[14] และใช้รูปแบบ D-METHOD ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วยประกอบด้วยด้านโครงสร้าง ได้แก่ 1) ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย 2) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย และ 3) การจัดเตรียมอุปกรณ์ประกอบการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ แนวปฏิบัติการเคาะปอดระบายเสมหะและหุ่นจำลองสาธิตการสอนการให้อาหารทางสายยางและการดูแลท่อเจาะคอ ด้านกระบวนการ กำหนดให้พยาบาลประเมินปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแล กำหนดข้อวินิจฉัย วางแผนการจำหน่าย ปฏิบัติตามแผน และประเมินผล โดยมีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันที่ 5 หรือจนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ D-METHOD บูรณาการร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย การได้รับทรัพยากรการได้รับโอกาส การได้รับข้อมูลข่าวสารและการได้รับการสนับสนุนและด้านผลลัพธ์ พร้อมทั้งมีการประเมินการรับรู้สมรรถะแห่งตน และความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของผู้ดูแล สรุปได้ว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ประกอบด้วยกระบวนการสำคัญคือ (1) ประเมินปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแล (2) กำหนดข้อวินิจฉัย (3) วางแผนการจำหน่าย (4) ปฏิบัติตามแผน และ (5) ประเมินผลการวางแผนจำหน่าย

3. การประเมินผลรูปแบบการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ

1) การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบก่อน และหลังการพัฒนา โดยรวมและเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมเพิ่มขึ้น 56.73% เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการช่วยเหลือเมื่อมีอาการป่วยรุนแรงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ 72.28% รองลงมา คือ ด้านการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น 65.07% และด้านการช่วยเหลือตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้น 63.62% ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบก่อน และหลังการพัฒนา โดยรวมและเป็นรายข้อ

ข้อคำถาม	ก่อน	หลัง	% differences
	Mean(SD.)	Mean(SD.)	
ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน			
1. ช่วยเหลือผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกาย	2.34(1.32)	4.71(0.45)	+67.23
2. ดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังได้	2.25(1.14)	4.60(0.55)	+68.61
3. ช่วยเหลือผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทางได้	2.22(1.21)	4.77(0.49)	+72.96
4. ดูแลตนเองให้สุขภาพดีได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการเป็นผู้ดูแล	1.19(0.82)	4.08(0.70)	+73.37
5. ช่วยเหลือผู้ป่วยหลังขับถ่าย	2.20(1.10)	4.54(0.50)	+69.44
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน	2.22(1.10)	4.95(0.01)	+76.15
7. ดูแลผู้ป่วยได้ถึงแม้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ	2.34(1.34)	3.97(0.38)	+51.66
8. ดูแลผู้ป่วยได้ถึงแม้ไม่มีเวลา	2.23(1.21)	3.91(0.37)	+54.72
9. จัดการปัญหาของตนเองได้	2.43(1.44)	3.68(0.53)	+40.92
10. ดูแลสิงแวดล้อมให้สะอาด	2.22(1.13)	4.51(0.56)	+68.05
11. ช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหาร	2.31(1.43)	4.82(0.38)	+70.41
ด้านการช่วยเหลือตามแผนการรักษา			
12. เคาะปอดกระตุ้นการไอของผู้ป่วย	2.25(1.19)	3.77(0.54)	+50.50
13. ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจ	2.28(1.40)	4.45(0.51)	+64.49
14. แยกผู้ป่วยไม่ให้แพร่เชื้อ	2.68(1.14)	4.45(0.51)	+49.65
รายด้าน	2.24(0.66)	4.33(0.23)	+63.62
15. พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด	2.37(1.37)	4.91(0.28)	+69.78
16. ช่วยเหลือให้รับประทานยา	2.28(1.31)	4.80(0.41)	+50.50
ด้านการช่วยเหลือเมือมีอาการป่วยรุนแรง			
17. เมื่อผู้ป่วยไอและขับเสมหะไม่ออก สามารถจัดท่านอนหัวสูงได้	2.71(1.54)	4.02(0.45)	+38.93
18. เช็ดตัวลดไข้ให้ผู้ป่วยได้	2.91(1.63)	4.77(0.43)	+48.44
19. จัดท่านอนหัวสูงและให้ออกซิเจนหรือพ่นยาก่อนพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลได้	2.05(0.99)	3.45(0.56)	+50.91
20. สังเกตได้ว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจผิดปกติได้	2.77(1.53)	4.68(0.47)	+51.28

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ก่อน	หลัง	% differences
	Mean(SD.)	Mean(SD.)	
21. ประเมินภาวะไข้	2.94(1.71)	4.82(0.38)	+48.45
22. เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมลงตัดสินใจพาไปโรงพยาบาลได้	2.77(1.59)	4.57(0.37)	+49.05
รายด้าน	2.20(1.16)	4.69(0.34)	+72.28
โดยรวม	2.50(0.75)	4.48(0.20)	+56.73

2) หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.17,SD=0.39) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าการได้รับทราบแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean=4.82, SD.=0.38) รองลงมา คือ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการเตรียมตัวผู้ป่วย และผู้ดูแลก่อนจำหน่าย (Mean=4.68, SD.=0.47) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าการให้คำแนะนำเตรียมการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean=3.51, SD.=0.50) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ

ข้อคำถาม	Mean(SD.)	ระดับความพึงพอใจ
1. การแนะนำการเตรียมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้	4.20(0.41)	มาก
2. ระยะเวลาที่ใช้เตรียมตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่าย	4.11(0.32)	มาก
3. การสื่อสารการให้ข้อมูลของพยาบาลเพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล	4.60(0.55)	มากที่สุด
4. วิธีการเตรียมตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่าย	3.97(0.57)	มาก
5. การได้รับความสะดวกในการวางแผนจำหน่าย	3.74(0.61)	มาก
6. การให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมตัวก่อนจำหน่ายชัดเจนและเข้าใจ	4.62(3.49)	มากที่สุด
7. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการเตรียมตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่าย	4.68(0.47)	มากที่สุด
8. การเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	3.91(0.45)	มาก

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อคำถาม	Mean(SD.)	ระดับความพึงพอใจ
9. การได้รับทราบแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	4.82(0.38)	มากที่สุด
10.การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	4.02(0.62)	มาก
11.นโยบายเตรียมตัวผู้ป่วยและท่านก่อนจำหน่าย	4.11(0.53)	มาก
12.การให้คำแนะนำเตรียมการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม	3.51(0.50)	มาก
13.สื่อและอุปกรณ์ประกอบการเตรียมตัวผู้ป่วยและก่อนจำหน่าย	3.91(0.56)	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	4.17(0.39)	มาก

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สภาพปัญหาพบทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในสถานบันทรวงอกผลการวิจัยพบว่าสภาพปัญหามีใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านโครงสร้าง มีนโยบายการวางแผนจำหน่าย แต่ไม่มีรูปแบบที่เป็นลายลักษณ์อักษรไม่มีส่วนร่วมของผู้ดูแลและไม่มีอุปกรณ์ (2) ด้านกระบวนการไม่มีขั้นตอนการปฏิบัติและการบันทึกที่เป็นระบบ และ (3) ด้านผลลัพธ์ไม่มีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ[16] และกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.6 ปี ความสามารถในการทำหน้าที่ในช่วง 1 เดือนก่อนเข้ารักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.72 และเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเท่ากับ 1.16 ค่าเฉลี่ยของจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล 8.71 วัน ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นภรรยา คิดเป็นร้อยละ 58.3 ต้องดูแลตนเอง ร้อยละ 6.7 และไม่มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 1.717

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ได้จากการพัฒนาครั้งนี้ ประกอบด้วยขั้นตอน (1) การประเมินปัญหาของผู้ป่วย และผู้ดูแล (2) การกำหนดข้อวินิจฉัย (3) การวางแผนการจำหน่าย (4) การปฏิบัติตามแผน และ (5) การประเมินผลการวางแผนจำหน่าย สอดคล้องกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นมีขั้นตอนอย่างเป็นระบบ มีการประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล การวินิจฉัย การวางแผนร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และผู้ดูแล การปฏิบัติตามแผน การประเมินผลโดยใช้ D-METHOD และการเสริมสร้างพลังอำนาจ[16] เช่นเดียวกับศึกษาในโรงพยาบาลอุทัยธานี ซึ่งพบว่า รูปแบบการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 6 หมวด คือ (1) กระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย (2) ประเมินการกลืนในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ (3) จัดท่านอนหัวสูงอย่างน้อย 30 องศา (4) พิจารณาการหยุดยานอนหลับเมื่อหมดความจำเป็น (5) ทำความสะอาดปากและฟัน และ (6) การให้อาหารทางสายยางอย่างถูกวิธี[8]; กลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาซ้ำร้อยละ 14.9 แต่ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มทดลองผู้ดูแลกลุ่มที่ใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบหลังการใช้มากกว่าก่อนการใช้แผนการจำหน่าย ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลในระดับมาก[18]

หลังการพัฒนาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมเพิ่มขึ้น 56.73% และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับหลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพึงพอใจต่อรูป

แบบการวางแผนจำหน่ายฯ สูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลในระยะศึกษาปัญหา[16] และภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลทั้ง 6 หมวดร้อยละ 96.35 และอุบัติการณ์ปอดอักเสบในโรงพยาบาลลดลง[8] และสอดคล้องกับผลการทดลองใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายพบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลงจากร้อยละ 7.5 เป็นร้อยละ 7.1 ในปี พ.ศ.2559 พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 82 ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 อัตราความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเท่ากับร้อยละ 86.7 และอัตราความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการวางแผนจำหน่ายในระดับมากเท่ากับ 93.3 คะแนนและรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นจึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่าย สามารถนำรูปแบบนี้ไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้[19] และหลังจากได้รับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก มีความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย วิธีการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การบริหารจัดการยาและการฟื้นฟูสุขภาพเพิ่มขึ้น การติดตาม ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักร้อยละ 93.44 สามารถดูแลตนเองได้ดีร้อยละ 3.33 เสียชีวิตในสัปดาห์ที่ 4 และร้อยละ 3.33 กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล[17]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า การให้คำแนะนำเตรียมการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำแผนปฏิบัติเพื่อพัฒนา ทักษะการให้คำแนะนำเตรียมการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมแก่พยาบาลในตึกผู้ป่วยในให้ต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มระบาดวิทยา และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข. รายงานประจำปีสถานการณ์โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 2565. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา; 2565.
2. กองการพยาบาล. คู่มือการจัดการบริการพยาบาลจากหลักการสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2539.
3. อุ่นเรือน กลิ่นขจร, สุพรรษา วรมาลี. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
4. ปารยะ อาศนะเสน. คำแนะนำในการปฏิบัติตนสำหรับผู้ที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=287
5. กระทรวงสาธารณสุข. คลังความรู้สุขภาพ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=488
6. สุรีย์ ธรรมิกบวร. การพยาบาลองค์รวม: กรณีศึกษา. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2554.
7. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. กรุงเทพฯ: หนังสือวันดี; 2561.
8. นพพรพงศ์ ว่องวิทย์การ, ขวัญตา กล้าการนา. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี. วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร. 2563;24(1):63-73.
9. นันทกาญจน์ ปักษี, ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง, สิริรัตน์ ลีลาจรัส. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการ

ที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2559;22(1):65-80.

10. อมรวดี สินเจริญ. รูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำแบบผู้ให้บริการของผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน[วิทยานิพนธ์]. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์; 2556.
11. Chen-T C. A fuzzy approach to select the location of the distribution center. Fuzzy Sets and Systems. 2001;118(2):65-73.
12. นิรัตน์ อิมามี. แนวทางการประเมินแผนงานโครงการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
13. วิจิตร ศรีสุพรรณ. การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและแนวปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
14. Mckeehan E M. Continuing care: A Multidisciplinary Approach to discharge planning.St. Louis: The C.V.Mosly; 1981.
15. Kanter R M. Men and Women of the corporation. New York: Basic Book; 1977.
16. ชนากานต์ แท้วิริยะกุล, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบ สถาบันโรคทรวงอก. วารสารพยาบาล. 2563;69(3):35-43.
17. พูลสุข เจนพานิชย์. รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2548;13(1):76-84.
18. วราภรณ์ ผาทอง, รัตนาภรณ์ ภุมรินทร์, ศิริขวัญ สุธรรมกิตติคุณ, ชื่นจิตต์ สมจิตต์. ประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2563:28(2);36-49.
19. ผนึกแก้ว คลังคา, วิลาวัณย์ จันโทริ, อำภา ทาเวียง. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแล. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล. 2562; 32(2):40-9.

การพัฒนาระบบและกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของพหุเครือข่ายอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด

The Development of a System and Mechanisms Road Safety Management in Community on Multinetwork Changhan District, Roi-Et

ประชาญ เจริญถนอม*

Prachan Jaroentanom

Corresponding author: E-mail; Chan2p@hotmail.com

(Received: December 9, 2023; Revised: December 17, 2023; Accepted: January 18, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบและกลไก และประเมินผลระบบและกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของพหุเครือข่ายอำเภอจังหาร

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจังหาร และเครือข่าย จำนวน 44 คน การดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอนคือ การเตรียมการวิจัย และการดำเนินการวิจัย ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบทดสอบและแบบรายงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Percentage differences

ผลการวิจัย : ก่อนการพัฒนาพบว่า สภาพการจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยรวมอยู่ในระดับมากโดยเฉพาะประเด็นงานวิศวกรรมทางถนน และการปฏิบัติตามกฎจราจรมีสภาพปัญหามากที่สุด ระบบและกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา (2) การพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง (3) การจัดทำโครงการแบบการมีส่วนร่วม (4) ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องและ (5) สรุป ถอดบทเรียนและประชาสัมพันธ์ และหลังการพัฒนาคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 11 คะแนน (44%) เป็น 19 คะแนน (76%) โดยมีคะแนนร้อยละความแตกต่างเพิ่มขึ้น 53.33% จำนวนอุบัติเหตุลดลงจากปี พ.ศ.2565 จาก 347 ครั้งเป็น 262 ครั้ง ลดลง 27.91% จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บลดลงจาก ปี พ.ศ.2565 จำนวน 394 คน เป็น 273 คน ลดลง 36.28% และไม่มีผู้เสียชีวิตในเทศกาลปีใหม่และวันสงกรานต์

สรุปและข้อเสนอแนะ :ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้มีการจัดการความปลอดภัยทางถนนเพิ่มขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปใช้แก้ปัญหาในพื้นที่

คำสำคัญ : ระบบและกลไก; การจัดการความปลอดภัยทางถนน; พหุเครือข่าย

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สาธารณสุขอำเภอจังหาร

ABSTRACT

Purposes : To development of a system and mechanisms road safety management in community on multinetwork Changhan District, Roi-Et.

Study design : We were conducted a research and development research.

Materials and Methods : Total of 44 key informants were committee members of Changhan District Road Safety Operations Center and the network. We were conducted research in two steps; research preparation and conducting research, operated from January to December 2023. Data were collected using a questionnaire, tests and reports. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and percentage differences.

Main findings : Before development, it was found that conditions of road safety management overall it was at a high level, especially the issue of road engineering,and following traffic rules was the most problematic. The road safety management system and mechanism consists of five steps (1) analysis of problem conditions (2) development of potential of involved parties (3) creation of participatory projects (4) continuous monitoring and evaluation. and (5) summarize, extract lessons, and publicize. And after developing overall road safety management knowledge score increased from 11 (44%) to 19 (76%), with a percentage difference score increasing by 53.33%, the number of accidents decreased from Year 2022 from 347 times to 262 times, a decrease of 27.91%. The number of injured persons decreased from 394 to 273 in 2022, a decrease of 36.28%, and there were no deaths during the New Year festival and Songkran Day.

Conclusion and recommendations : The results of this research result in increased road safety management. Therefore, relevant agencies should use it to solve problems in the area.

Keywords : System and mechanisms; Road safety management; Multinetwork

* Public Health Technical Officer, Changhan District Public Health Office

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลก รายงานอุบัติเหตุของไทยอยู่ในอันดับ 2 ของโลกที่มีคนตายบนถนนจำนวน 24,237 คนหรือคิดเป็นอัตราเสียชีวิต 36.2 คนต่อประชากรแสนคนและประเทศไทยยังเป็นอันดับ 1 ของโลกในอัตราตายจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์[1] สำหรับประเทศไทยปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ในปี พ.ศ. 2541-2552 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เฉลี่ยปีละ 19.92 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยในปี พ.ศ. 2552 มีผู้เสียชีวิตอยู่ที่อัตรา 17.39 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน (สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร) อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการตายสูงสุด 1 ใน 3 อันดับแรกของไทย ทั้งนี้จากรายงานของศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน ระบุว่า ในปี พ.ศ.2562 ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการเกิดอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด 942,205 ราย ในจำนวนนี้แบ่งเป็นบาดเจ็บจำนวน 925,029 ราย และเสียชีวิตจำนวน 17,176 ราย โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูงเป็นอันดับ 9 ของโลก เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์สูงเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีรายได้ประชาชาติอยู่ในอัตราสูงจากอุบัติเหตุทางถนนทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสังคม รัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการเยียวยาและแก้ปัญหาในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุจราจร ซึ่งมีผู้เสียชีวิตบาดเจ็บและพิการ ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเด็กและเยาวชน อันเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีค่าในการพัฒนาประเทศ แต่ต้องมาเสียชีวิต บาดเจ็บและพิการก่อนที่จะทำประโยชน์ให้กับประเทศชาติ

นอกจากนั้นยังพบว่าสถิติอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในประเทศไทยมีการประมาณกันว่าในทุกๆ หนึ่งชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตบนถนนถึง 3 คน ทำให้สถิติจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในแต่ละปีสูงถึงกว่า 13,000 รายต่อปีก่อให้เกิดความสูญเสียถึงชีวิตในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานเป็นอันดับที่หนึ่งและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับห้าในทุกกลุ่มอายุรองจากโรคเอดส์ โรคเส้นเลือดในสมองแตก หัวใจ และโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินมาตรการ เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างเต็มที่ แต่ตัวเลขผู้เสียชีวิตดังกล่าวยังคงสูงอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่น่าสนใจอย่างหนึ่ง คือ นโยบาย และมาตรการหลาย ๆ ด้านเน้นไปที่การรณรงค์และการให้ความรู้ประชาชน แต่ที่ผ่านมายังพบว่าการแก้ปัญหาเฉพาะผู้ขับขี่เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนได้ซึ่งในเรื่องนี้ Wiliam Haddon ศาสตราจารย์ทางด้านความปลอดภัยทางถนนเคยกล่าวไว้ว่ามาตรการที่ดีที่สุดที่จะลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนน คือ การบังคับใช้กฎหมาย และการปรับปรุงสภาพถนน เช่นเดียวกันกับนโยบายของคณะกรรมการการขนส่งประเทศออสเตรเลีย ได้เสนอไว้ในแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนระดับประเทศว่าปัจจัยที่จะลดจำนวนผู้เสียชีวิตลงได้มากที่สุด คือ การยกระดับความปลอดภัยของถนน เพราะจะสามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตได้ถึง 50.0%[2]

เช่นเดียวกับสถิติอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ดตั้งแต่ปี พ.ศ.2563-2565 พบว่า พ.ศ.2563 เกิดอุบัติเหตุ จำนวน 390 ครั้ง ผู้บาดเจ็บ 458 คน เสียชีวิต จำนวน 3 คน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ ไม่สวมหมวกนิรภัย/เมาสุรา/ขับรถย้อนศร/ ตัดหน้ากระชั้นชิด/แซงในที่คับขัน/การปรับแต่งสภาพยานพาหนะ และประเภทยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ รถที่ใช้เท้าถีบ และ รถยนต์ปิคอัพ เก๋ง ตามลำดับ ปี พ.ศ.2564 พบว่า เกิดอุบัติเหตุ จำนวน 242 ครั้ง ผู้บาดเจ็บ 279 คน เสียงชีวิต จำนวน 3 คน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ ไม่สวมหมวกนิรภัย/เมาสุรา/ขับรถย้อนศร/ตัดหน้ากระชั้นชิด/แซงในที่คับขัน/การปรับแต่งสภาพยานพาหนะ และประเภทยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ รถที่ใช้เท้าถีบและรถยนต์ปิคอัพ เก๋ง ตามลำดับและปี พ.ศ.2565 พบว่า เกิดอุบัติเหตุ จำนวน 347 ครั้ง ผู้บาดเจ็บ 394 คน เสียชีวิต จำนวน 2 คน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ ไม่สวมหมวกนิรภัย/เมา

สุรา/ขับรถย้อนศร/ตัดหน้ากระชั้นชิด/แซงในที่คับขัน/การปรับแต่งสภาพยานพาหนะ/ถนนอยู่ระหว่างก่อสร้างหรือซ่อมแซม/ ป้ายเตือนติดตั้งในตำแหน่งที่ไม่ชัดเจน และประเภทยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ รถที่ใช้เท้าถีบ และรถยนต์ปิคอัพเก๋ง ตามลำดับ[3]

เมื่อพิจารณาถึงความสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรทั่วโลก ปีละประมาณ 520 ล้านล้านเหรียญสหรัฐฯ ในประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ ค่าเสียหายจะเป็น 65 ล้านล้านเหรียญสหรัฐฯ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญบางท่านเชื่อว่าค่าเสียหายที่ประเมินนี้ต่ำกว่าความเป็นจริง อัตรานี้จะเพิ่มมากขึ้นในประเทศรายได้สูงเพราะประเทศเหล่านี้ร่ำรวย จึงมีค่าใช้จ่ายในเรื่องอุบัติเหตุจราจรมาก เช่น ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ค่าฟื้นฟูสุขภาพ ค่าขึ้นตาล ค่าประกัน ค่าใช้จ่ายดูแลบุคคลทุพพลภาพ ทั้งหมดนี้ทำให้ประเทศที่มีรายได้สูงมีค่าใช้จ่ายสำหรับเรื่องอุบัติเหตุจราจรคิดเป็นร้อยละ 2 ของรายได้ประชาชาติ (GNP) ขณะที่ประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำมีอัตราค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยร้อยละ 1 และร้อยละ 2 ของรายได้ประชาชาติตามลำดับ ค่าใช้จ่าย 65 ล้านเหรียญสหรัฐฯ ที่เกิดขึ้นนี้ถือว่ามากกว่าค่าความช่วยเหลือในด้านการพัฒนาที่ประเทศกำลังพัฒนาได้รับ[4]

จากรายงานดังกล่าวเมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วชี้ให้เห็นว่าส่วนใหญ่เกิดการไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร และเกิดกับรถจักรยานยนต์ สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์สาเหตุเกิดอุบัติเหตุในประเทศไทย พบว่า สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจราจร คือ ผู้ขับขี่มีพฤติกรรมการขับขี่ไม่ปลอดภัย มีการเสพสารเสพติด มึนเมา ประมาท คึกคะนอง และไม่เคารพกฎจราจร ประกอบกับสภาพของรถไม่ปลอดภัย สิ่งเหล่านี้ถือเป็นปัจจัยก่อให้เกิดอุบัติเหตุ ดังกล่าว ดังนั้น เพื่อเสริมสร้างจิตสำนึกในด้านความปลอดภัย และวินัยจราจร เพื่อลดจำนวนอุบัติเหตุทางถนน จำนวนผู้บาดเจ็บ และเสียชีวิตลงให้ได้มากที่สุดเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ขับขี่และยานพาหนะ โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลสำคัญ ได้แก่ เทศกาลปีใหม่เทศกาลสงกรานต์ และเทศกาลสำคัญของจังหวัดและรณรงค์เพื่อกระตุ้นเตือนให้ประชาชนเกิดจิตสำนึกในการช่วยกันป้องกัน และลดอุบัติเหตุทางถนน โดยมุ่งที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมทั้งสร้างจิตสำนึกให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสังคม ด้วยการเสริมสร้างความปลอดภัยในระบบการจราจรและเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมป้องกันการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน[4]

การป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนให้ได้ผลอย่างเป็นรูปธรรม จำเป็นต้องกำหนดแนวทางมาตรการการดำเนินงานในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2547 เห็นชอบตามแผนปฏิบัติการด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศ พ.ศ.2547-2551 ซึ่งประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ด้าน คือ ยุทธศาสตร์ด้านการบังคับใช้กฎหมาย ยุทธศาสตร์ด้านวิศวกรรมจราจร ยุทธศาสตร์ด้านการให้ความรู้การประชาสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมยุทธศาสตร์ด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉินและยุทธศาสตร์ด้านการประเมินผลและระบบสารสนเทศ

จากแผนปฏิบัติการดังกล่าวจะเห็นว่าเป็นการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับหลายฝ่ายทั้งผู้รักษากฎหมาย ประชาชน ตลอดจนองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีบทบาทสำคัญและอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เพื่อลดการสูญเสียด้านชีวิต ร่างกายและทรัพย์สินจากอุบัติเหตุ โดยอาจเป็นหน่วยดำเนินการเองหรือเป็นหน่วยสนับสนุนให้การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนบรรลุผลอย่างเป็นรูปธรรม ประเทศไทยมีกฎหมายที่ป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน เช่น มาตรการเมาไม่ขับ ไม่รับ-ไม่โทร การใช้ความเร็วไม่เกินอัตราที่กำหนด การไม่สวมหมวกนิรภัย และการควบคุมเด็กที่เด็กที่อายุไม่ถึงเกณฑ์ขับรถ แต่การบังคับใช้กฎหมายดังกล่าว ที่จะมีผลต่อการปฏิบัติตามกฎระเบียบในการใช้รถใช้ถนนต่างหากที่มีข้อจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกำลังเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เพียงพอ ทั้งนี้หากจะดูแลบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพสูงสุดแล้วอาจจำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่ทุกกิโลเมตรบนท้องถนนและสี่แยกซึ่งมิอาจเป็นไปได้ แม้จะมีข้อจำกัดเรื่องอัตรากำลังเจ้าหน้าที่แต่ก็มิอาจเพิกเฉย

ต่อการบังคับใช้กฎหมายเพื่อความสงบสุข เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน เพื่อการจราจรที่คล่องตัว และที่สำคัญเพื่อลดการเสียชีวิตและอุบัติเหตุได้ ดังนั้นเมื่อมีข้อจำกัดเรื่องอัตรากำลัง แต่ยังมีความจำเป็นต้องกำกับดูแลให้ทุกคนปฏิบัติตามกฎหมายและกติกาของสังคม หน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องด้านการจราจร เช่น กรมการขนส่งทางบกจึงได้พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศขึ้นมา เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมภาคพลเมืองในการบังคับใช้กฎหมาย จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคพลในการบังคับใช้กฎหมายของกรมการขนส่งทางบก เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพต่อไป[5]

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นว่าสมรรถนะของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นสิ่งที่มีอยู่ในตัวบุคคลซึ่งถือว่าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลเพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของงานภายใต้ปัจจัยสภาพแวดล้อมขององค์การและทำให้บุคคลมุ่งมั่นสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบ และกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของพหุเครือข่ายอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อศึกษาและเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ได้เกิดขึ้นและเป็นแนวทางในการปรับใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบและกลไก และประเมินผลระบบ และกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของพหุเครือข่ายอำเภอจังหาร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R and D Research) เรื่อง การพัฒนาระบบและกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของพหุเครือข่ายอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของพหุเครือข่ายอำเภอจังหาร ผู้วิจัยนำเสนอวิธีดำเนินการวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การพัฒนาระบบ และกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของพหุเครือข่ายอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการ 1) วิเคราะห์และศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ และความปลอดภัยทางถนนของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจังหาร และ 3) วิเคราะห์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบและกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยใช้ระบบและกลไกของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจังหาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับนโยบาย เป้าหมาย ซึ่งเป็นสภาพที่คาดหวังทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยใช้ระบบและกลไกของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด 2) แบบสอบถามสภาพปัญหาและพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนนของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจังหาร 3) แบบบันทึกการเกิดอุบัติเหตุทางถนน 4) แบบตรวจสอบความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี และความเป็นไปได้ของร่างระบบและกลไก และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนนเป็นแบบทดสอบแบบ 4 ตัวเลือก พัฒนามาจากงานวิจัยของถนอมศักดิ์ บุญสู่ และคณะ[6] และเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ ระบบและกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของพหุเครือข่ายอำเภอจังหาร การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แล้วนำเสนอในรูปแบบพรรณนาความ

การวิจัยระยะที่ 2 ประเมินผลระบบและกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของพหุเครือข่ายอำเภอจังหาร

แบบแผนการวิจัย เป็นการนำรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยใช้ระบบและกลไกของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในภาคสนาม โดยใช้การวิจัยเชิงทดลองแบบการทดลองแบบกลุ่มตัวอย่างเดียว มีการทดสอบก่อน และหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจังหาร และเครือข่าย จำนวน 44 คน **ตัวแปรที่ศึกษา** ได้แก่ 1) ตัวแปรต้น คือ ระบบและกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของพหุเครือข่ายอำเภอจังหาร และ 2) ตัวแปรตาม ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนนของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจังหาร จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บ จำนวนเสียชีวิตในเทศกาลปีใหม่ และสงกรานต์

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอนคือ การเตรียมการวิจัย และการดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การเตรียมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมก่อนวิจัย ดังนี้ (1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และหลักการเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนนของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจังหาร (2) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนนของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจังหาร (3) นำสาระสำคัญที่ได้จากการศึกษาในขั้นที่ 1-3 มาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิด และ (4) นำกรอบแนวคิดในการวิจัยมาทำโครงร่างการวิจัย และที่ปรึกษา

2.การดำเนินการวิจัย นำรูปแบบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมไปทดลองใช้โดยออกแบบเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design) ที่เน้นการใช้นวัตกรรมการดำเนินการทุกขั้นตอนจะต้องเกี่ยวกับข้องกับบุคคลหลายฝ่าย คือ วิทยากร และคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขั้นตอนวิจัยโดยใช้แบบแผนการวิจัยดังนี้ คือ One Group Pretest - Posttest Design[7]

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินตามขั้นตอนดังนี้ 1) จัดทำหนังสือถึงนายอำเภอจังหารและผู้เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และ 2) วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องพัฒนา จากผลการสัมภาษณ์คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจังหาร เพื่อให้ได้ข้อมูลสภาพปัญหา/สิ่งที่เป็นจริง (Actual) รวมทั้งวิเคราะห์เอกสาร นโยบายทุกระดับสิ่งที่คาดหวัง (Target) เพื่อนำมาสู่การวิเคราะห์สิ่งที่เติมเต็ม (Gap) 3) ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนนของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนที่จะดำเนินการพัฒนาจำนวน 5 ครั้งๆ ละ 1 วัน โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับ (1) การชี้แจงโครงการป้องกันอุบัติเหตุ และความปลอดภัยทางถนนของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจังหาร (2) เนื้อหาโครงการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัยทาง และ 5) นำเครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดย 1) การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนน วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ และร้อยละ และ 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ และความปลอดภัยทางถนนก่อน และหลังการพัฒนา โดยใช้การวิเคราะห์ความแตกต่างของ Percentage difference

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1302565

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้สรุปและนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 26 คน (59.1%) อายุเฉลี่ย 39 ปี (SD.=7.70) สถานภาพการสมรสคู่ จำนวน 27 คน (61.4%) และมีตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพและประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. สภาพการจัดการความปลอดภัยทางถนนก่อนดำเนินการพัฒนาพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.00, SD.=0.33) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่างานวิศวกรรมทางถนนมีสภาพปัญหามากที่สุด (Mean= 4.08, SD.=0.65) รองลงมา คือ พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ.2522 (Mean= 4.05, SD.=0.85) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีคะแนนน้อยที่สุด (Mean=3.82, SD= 0.60) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการจัดการความปลอดภัยทางถนน ก่อนการพัฒนา

การจัดการด้าน	Mean(SD.)	ระดับสภาพการจัดการ
การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ.2522	4.10(0.75)	มาก
การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ.2522	4.05(0.85)	มาก
สภาพงานวิศวกรรมทางถนน	4.08(0.65)	มาก
สภาพงานวิศวกรรมจราจร	4.05(0.74)	มาก
การให้ความรู้และการประชาสัมพันธ์	4.02(0.89)	มาก
การมีส่วนร่วม	3.85(0.59)	มาก
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	3.82(0.60)	มาก
หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล	4.02(0.71)	มาก
อาสาสมัคร	4.00(0.68)	มาก
ด้านการประเมินผลและระบบสารสนเทศ	4.02(0.86)	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	4.00(0.33)	มาก

3. ระบบและกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของพหุเครือข่ายอำเภอจังหารจังหวัดร้อยเอ็ดประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (1) ขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหา (2) การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (3) การจัดทำโครงการการพัฒนาการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม (4) ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และ (5) สรุป ถอดบทเรียนและประชาสัมพันธ์

4. หลังการพัฒนาคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 11 คะแนน (44%) เป็น 19 คะแนน (76%) โดยมีคะแนนร้อยละความแตกต่างเพิ่มขึ้น 53.33% จำนวนครั้ง จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บและตาย จากอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนน พบว่า จำนวนอุบัติเหตุลดลงจาก ปี พ.ศ.2562 จาก 347 ครั้ง เป็น 262 ครั้ง ลดลง 27.9% จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บลดลง

จาก ปี พ.ศ.2562 จำนวน 394 คน เป็น 273 คน ลดลง 6.29% และไม่มีผู้เสียชีวิตในเทศกาลปีใหม่ และวันสงกรานต์ลดลง 200.00% ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละความแตกต่างของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน หลังการพัฒนา

ประเภท	สถิติการเกิดอุบัติเหตุ		% difference
	ปี พ.ศ.2565	ปี พ.ศ.2566	
จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (ครั้ง)	347	262	-27.91%
จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บ (คน)	394	273	-36.28%
จำนวนผู้เสียชีวิตในเทศกาลใหม่และสงกรานต์	2	0	-200.00%

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าระบบและกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของพหุเครือข่ายอำเภอจังหารมี 5 ขั้นตอน (1) ขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหา (2) การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ (3) การจัดทำโครงการแบบมีส่วนร่วม (4) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และ (5) สรุป ถอดบทเรียนและประชาสัมพันธ์พบผลเช่นเดียวกับรูปแบบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเพื่อคนตำบลโคกหล่ามด้วยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ที่เรียกว่า “KHOK- LAM Model” โดยมีความหมาย คือ K: Knowledge องค์ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง การขับขี่ปลอดภัย สภาพการจราจร ถนน รถ, H: Heath สุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางกาย และใจในการขับขี่, Q: Observe สังเกตการดำเนินงานในชุมชน, K: Keeper ผู้ดูแลการดำเนินงานในชุมชนโดยชุมชนขับเคลื่อนระบบ, L: Learning and family participation การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุในระดับครอบครัว, A: Apply การประยุกต์ใช้รูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่, M: Management การจัดการรายกรณีโดยค้นหาสาเหตุปัจจัยที่เกิดอุบัติเหตุขึ้นเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมภาคีเครือข่ายระดับตำบลต่อไป[8] สอดคล้องกับแนวทางการจัดการด่านชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน คือ หลัก “4S” และ “SARIME” พบว่า ทั้ง 5 พื้นที่มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับดีมาก[9] ทำนองเดียวกับรูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรของจังหวัดภูเก็ต เริ่มจากการสร้างภาคีเครือข่ายด้วยการใช้ข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรมาเป็นจุดเริ่มต้น เชื่อมด้วยข้อมูลที่เป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ เช่น หมวกนิรภัย เมาหรือจุดเสี่ยง ส่วนสำคัญประกอบด้วย คือ ความมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การประสานงานที่ดี และติดตามด้วยข้อมูลอย่างต่อเนื่อง รูปแบบฯนี้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรลงได้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่น ทั้งนี้จะขึ้นกับบริบท เป้าหมาย และศักยภาพของหน่วยงานในแต่ละพื้นที่[10]; การจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี คือ “6 ก. สู่ความปลอดภัยทางถนน” มีกิจกรรม 6 ขั้น คือ (1) สร้างความสัมพันธ์เพื่อสร้างความร่วมมือ (2) การประเมินสถานการณ์อุบัติเหตุในพื้นที่ (3) การกำหนดเป้าหมายร่วมในการดำเนินงาน (4) การออกแบบกิจกรรมการลดอุบัติเหตุทางถนน (5) การดำเนินกิจกรรมการลดอุบัติเหตุทางถนนร่วนกัน และ (6) การประเมินสะท้อนผลลัพธ์[6] และสอดคล้องกับการจัดการความปลอดภัยทางถนนของสำนักงานขนส่งจังหวัดเพชรบุรีมี 5 ด้าน ได้แก่ การบังคับใช้กฎหมาย ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การให้ความรู้การประชาสัมพันธ์ และการมีส่วนร่วม การประเมินผลและระบบสารสนเทศ และด้านวิศวกรรมจราจร[11]

ผลการประเมินพบว่าจำนวนครั้ง จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บ จำนวนคนตาย และจำนวนคนตายในเทศกาลปีใหม่ และสงกรานต์ลดลง 27.90%, 6.29% จำนวน 2 คน 0.00% และ 0.00% ตามลำดับ เช่นเดียวกับผลการศึกษาในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในช่วงวันหยุดขาว 4 ช่วงเวลา อำเภอวังน้ำเขียวมีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด 180 ครั้ง ผู้บาดเจ็บ 187 คน ซึ่งช่วงเวลาที่พบว่ามีการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ ช่วงเวลาที่ 1 โดยพบอุบัติเหตุ 50 ครั้ง (27.8%) มีผู้บาดเจ็บ จำนวน 53 คน (28.3%) ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงวันหยุดวันจักรีต่อเนื่องจนถึงวันสงกรานต์ รวม 8 วัน รองลงมาคือวันหยุดช่วงที่ 2 คือ ช่วงวันหยุดยาววันแรงงานแห่งชาติต่อเนื่องวันเสาร์อาทิตย์ต่อไปจนถึงวันฉัตรมงคลวันวิสาขะบูชารวม 6 วันโดยพบอุบัติเหตุ 49 ครั้ง (27.2%) ผู้ได้รับบาดเจ็บ 60 คน (32.1%) จากรายงานดังกล่าวหากนำช่วงเวลาของวันหยุดสงกรานต์ ปี พ.ศ. 2562 มาเปรียบเทียบจะเห็นว่าสถิติการเกิดอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่ 1 ปี พ.ศ.2563 ซึ่งเป็นช่วงเทศกาลหยุดยาววันจักรีและวันสงกรานต์ของอำเภอวังน้ำเขียวลดลง เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับปี พ.ศ.2562 ซึ่งพบการเกิดอุบัติเหตุในช่วงเวลาเดียวกันจำนวน 138 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บจำนวน 144 คน และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 7 คน ทั้งนี้การเกิดอุบัติเหตุในปี พ.ศ.2563 นี้ ส่วนหนึ่งมาจากจำนวนวันหยุดขาวต่อเนื่องซึ่งมีจำนวนหลายวัน ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ออกเดินทางสัญจรไปขังสถานที่ต่างๆ เพื่อเยี่ยมญาติ เพื่อท่องเที่ยว หรืออื่นๆ ถึงแม้ว่าช่วงเวลาดังกล่าวจะเป็นช่วงของการระบาดของโรคโควิด 2019 อยู่ก็ตาม แต่ประชาชนก็ขังคงที่จะออกเดินทางอยู่เช่นเดิม ส่งผลต่อปริมาณรถบนท้องถนนที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยเฉพาะการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ รวมไปถึงการมีพฤติกรรมในการขับขี่ที่ไม่เหมาะสม โดยจะเห็นว่า ผู้ขับขี่ร้อยละ 17.8 มีอาการเมาสุราหรือพบว่าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับรถ ซึ่งการมีพฤติกรรมดังกล่าว ส่วนหนึ่งน่าจะเกิดมาจากการสังสรรค์ หรือการดื่มเฉลิมฉลองในวันหยุดยาวของประชาชน ทำให้อัตราการเมาแล้วขับทางอยู่เช่นเดิม ส่งผลต่อปริมาณรถบนท้องถนนที่ก่งให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยเฉพาะการเกิดหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับรถมีอัตราสูง โดยเฉพาะผู้โดยสารหรือผู้ร่วมเดินทางซึ่งพบถึงร้อยละ 27.5 ที่มีอาการเมาสุราหรือพบว่า ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขณะโดยสารไปกับผู้ขับขี่[9] และผลจากการใช้รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม พบว่า มีการจัดการจุดเสี่ยงจำนวน 3 จุด การสวมหมวกกันน็อคของเด็กและผู้ปกครอง ร้อยละ 100.0 ความรู้ของครูด้านความปลอดภัยทางถนนต่อการนำไปสู่การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับเด็กอยู่ในระดับดี กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 98.50 ส่งผลให้สถานศึกษาแห่งนี้ได้รับยกย่องให้เป็นศูนย์เด็กเล็กต้นแบบจากคณะทำงานสนับสนุนการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนระดับประเทศ เป็นสถานที่ศึกษาดูงานจากหน่วยงานต่างๆ มากกว่า 50 แห่งจากทั่วประเทศ[6]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานประสานเครือข่าย และผลักดันเชิงนโยบาย มีกลไกหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน คือ “คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจังหาร” โดยมีนายอำเภอจังหารเป็นประธานกรรมการ ดำเนินการประชุมทุกเดือนเพื่อร่วมผลักดันการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บอุบัติเหตุทางถนนในเชิงนโยบาย มีคณะกรรมการประกอบด้วย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วนทั้งภายใน และนอกกระทรวงสาธารณสุข ทั้งจากภาครัฐ และเอกชนผลักดันให้นำเรื่องการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน จัดทำแผนงานโครงการของงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น นอกจากนั้นคณะกรรมการฯ เหล่านี้ยังได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้เพื่อยกระดับสมรรถนะการทำงานของหน่วยงานปฏิบัติด้านความปลอดภัยทางถนนให้มีความรู้ ความชำนาญในบทบาทของตนเอง ตลอดจนสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานเพื่อบูรณาการแบบสหสาขาวิชาชีพ การกระจายความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทั้งในการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุให้มีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้นหรือลดการบาดเจ็บรุนแรง ขณะเดียวกันแต่ละตำบลได้ขับเคลื่อนในพื้นที่ในรูปแบบของโครงการฯ ซึ่งเป็นนำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ โดยมีการ

ขยายผลให้ครอบคลุมพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการนำรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และโครงการฯ ยังได้สร้างการรับรู้และความตระหนักให้กับชุมชน โดยการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ซึ่งเป็นกิจกรรมเน้นหนักที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปีโดยการพัฒนาและผลิตสื่อประเภทต่างๆ เพื่อการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน สนับสนุนให้กับเครือข่ายทุกหมู่บ้าน และใช้ในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อสร้างการรับรู้ และความตระหนักให้กับประชาชนในวงกว้างต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ การจัดการความปลอดภัยทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ระบบ และกลไกของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจังหารครั้งนี้เป็นกระบวนพัฒนาเชิงระบบที่ใช้กลไกของคณะกรรมการจัดการความปลอดภัยทางถนน ซึ่งอำเภอจังหารมีกลไกเชิงระบบที่ชัดเจน สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วมที่ครอบคลุมบริบททางสังคม วัฒนธรรม และพื้นที่ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน แต่อย่างไรก็ตามการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลเฝ้าระวังที่ถูกต้อง รวดเร็วและแม่นยำ ถือเป็นหัวใจของระบบ และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดทิศทางของกระบวนการ และการจัดการทรัพยากรให้คุ้มค่า และเกิดประสิทธิผลมากที่สุด พร้อมทั้งการทบทวน ติดตาม และประเมินผลลัพธ์จากข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุให้มีการเชื่อมต่อข้อมูลการประสานงานอุบัติเหตุทางโทรศัพท์ แท็บเล็ต หรืออุปกรณ์เคลื่อนที่ ซึ่งสามารถพัฒนาเทคนิค วิธีการให้มีความทันสมัย ซึ่งจะทำให้ข้อมูลการเฝ้าระวังอุบัติเหตุถูกต้องครบถ้วนและทันเวลายิ่งขึ้น

2) ควรศึกษาประสิทธิผลการจัดการความปลอดภัยทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ระบบและกลไกของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจังหารอย่างต่อเนื่อง แล้วนำผลการดำเนินงานมาถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาเป็นธรรมนูญการจัดการอุบติเหตุเฉพาะพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน พ.ศ.2560 [อินเตอร์เน็ต]. WHO; 2560 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.searo.who.int/thailand/areas/gsrs-thai.pd?ua=1
2. ศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย. รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุท่างถนนของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนกรมการขนส่งทางบก; 2555.
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจังหาร. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข ปี พ.ศ.2565. งานอุบัติเหตุ. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจังหาร; 2565.
4. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ. รายงานสถิติในช่วงเทศกาลสงกรานต์ 2563 [อินเตอร์เน็ต]. สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.accident.or.th/index.php/2017-12-04-07-32-28/229-2563
5. อัฌษไธค์ รันตนดิลก ณ ภูเก็ต. ศูนย์รถหายสายด่วน1192 [อินเตอร์เน็ต]. MGR ONLINE; 2565 [เข้าถึง เมื่อ 12 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.manager.co.th/Motoring/ViewNews.aspx?NewsID=9570000004426
6. ถนอมศักดิ์ บุญสู่, อรรณพ สนธิไชย, ปณิตา ครองยุทธ์. รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และการสาธารณสุขภาคใต้. 2563;7(3):309-21.
7. มาเรียม นิลพันธุ์. การประเมินโครงการยกระดับคุณภาพครูทั้งระบบกิจกรรมการพัฒนานิเทศแนวใหม่. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2553.

8. สมบูรณ์ แนวมั่น. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในตำบลโคกหล่าม อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 2563;18(1):40-51.
9. สมบูรณ์ จิตต์พิมาย. ผลการจัดการด่านชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. 2564;7(1):237-55.
10. สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์, วิวัฒน์ ศีตมโนชญ์, ลักขณา ไทยเครือ, อรชร อัฐทวีลาภ. การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วมโดยอาศัยทรัพยากรและศักยภาพในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557;23(4):582-90.
11. วิไลวรรณ บัวชุม. ประสิทธิผลการจัดการความปลอดภัยทางถนนตามยุทธศาสตร์ 5E เพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนของสำนักงานขนส่งจังหวัดเพชรบุรี [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์; 2559.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมและมีภาวะแทรกซ้อนทางไตและหัวใจ: พหุกรณีศึกษา

Nursing care of hypertensive patients with comorbidities and kidney and heart Complications: A multi-case study

พิศมัย นิลสุ*

Pisamai Nilsu

Corresponding author: E-mail: sunresearch101@gmail.com

(Received: December 10, 2023; Revised: December 18, 2023; Accepted: January 19, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความต้องการพยาบาลและเปรียบเทียบอาการ ภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม และมีภาวะแทรกซ้อนทางไตและหัวใจที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 ราย ที่มีความแตกต่างด้านปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงแรงของโรคและความต้องการพยาบาล

วัสดุและวิธีการวิจัย : กรณีศึกษานี้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม และมีภาวะแทรกซ้อนทางไตและหัวใจที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 2 ราย ในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกข้อมูล แนวคำถามการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติ หัวหน้างาน แบบสังเกต และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : พบว่า เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมและมีภาวะแทรกซ้อนทางไต และหัวใจ 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 74 ปีรับผู้ป่วย จากคลินิกไตด้วยอาการ เหนื่อยเพลียเท้าซ้ายบวม 2+ มีไขมันในเลือดสูงโรคเก๊าท์และภาวะแทรกซ้อนภาวะไตล้มเหลวระยะที่ 4 ผู้ป่วยสูบบุหรี่วันละ 20 มวนต่อวันเป็นระยะเวลา 20 ปีขณะนี้เลิกสูบบุหรี่แล้วมาได้ประมาณ 5 เดือน ชอบอาหารมัน เค็ม ไม่ชอบออกกำลังกาย กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 69 ปี มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับไขมันในเลือดสูง รับยาตามนัด 3 เดือน ไม่เคยสูบบุหรี่ ก่อนมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย มาพบแพทย์ตามนัด แพทย์ให้ตรวจคลื่นหัวใจ พบความผิดปกติให้นอนโรงพยาบาลเพื่อทำการสวนหัวใจ หลังทำหัตการอาการดีขึ้นไม่มีเจ็บแน่นหน้าอกแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนมีการรับประทานยา และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยรายกรณี; โรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมและมีภาวะแทรกซ้อนทางไตและหัวใจ; พหุกรณีศึกษา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานคลินิกโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : Dieses case-study aims to study nursing needs and compare symptoms, complications, and nursing care for hypertensive patients with co-morbidities. and there were 2 cases of kidney-and heart complications receiving treatment at the high-blood-pressure-clinic, with differences in personal factors. The severity of the disease and the need for nursing.

Study Design : The sample group consisted of hypertensive patients with comorbidities and kidney and heart complications, who received treatment at the hypertensive clinic. Outpatient Nursing Group Roi Et Hospital: 2 cases. During the period October to November 2023, Collect data using Data recording form Interview questions with patients and relatives, supervisors, observational forms, and quantitative data analysis using descriptive statistics and comparing differences with content analysis.

Main findings : When comparing 2 patients with high blood pressure, who had comorbidities and kidney and heart complications, case study number 1, thai male patient, age 74 years, admitted from the kidney clinic with symptoms Tired, tired, swollen left foot 2+, has high blood lipids, gout and complications of stage 4 kidney failure. The patient smokes 20 cigarettes a day for 20 years. Now, she has quit smoking for about 5 years, duean likes oily, salty food and doesn't like to exercise. Case study number 2, a 69-year-old thai male patient with a history of high blood pressure. Coupled with high blood fat, took medicine according to appointments for 3 months, never smoked. Before having pain in the left side of the chest, come see the doctor as per your appointment. The doctor gave me an echocardiogram, an abnormality was found. He was admitted to the hospital for a cardiac catheterization, after the procedure, his symptoms improved and there was no chest pain, the doctor allowed him to go home. From a study of 2 hypertensive patients with comorbidities and kidney- and heart complications was found, that the patients had problems with high blood pressure. High blood sugar and kidney failure Have an understanding and self-care behavior that is inappropriate for the disease, eating, exercise, stress. Als a nurse-care manager in the clinic, we provide continuous health care for patients, following up and changing behavior. Provide nursing home visits to assess knowledge motivate and empower provide social support resources to enable patients and relatives to manage their own care. Prevent more serious complications and improve your quality of life.

Conclusion and recommendations : The results of this research result in patients with high blood pressure. and there were complications, taking medicine and coming for checkups every time.

Keywords : Case-nursing-care; Hypertension with comorbidities and kidney- and heart-complications; Multiple case-studies

* Professional nurses, Head of Hypertension Clinic Outpatient Nursing Group, Roi Et Hospital

บทนำ

โรคไม่ติดต่อที่สำคัญในประเทศไทยและในระดับโลก ประกอบด้วย 4 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็งและโรคปอดเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการบริโภคอาหาร ที่ไม่เหมาะสม (อาหารรสหวาน มัน เค็มจัด รับประทานผักและผลไม้น้อย) สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ได้แก่ น้ำหนักเกิน/อ้วนลงพุง ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูง และภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการจัดการความเสี่ยงจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคไตเรื้อรัง จากรายงานองค์การอนามัยโลกปี พ.ศ.2562 ประชากรอายุ 30 - 79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคน ทั่วโลก ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่ทราบว่าตนเองป่วยมากถึงร้อยละ 46 และมีเพียงร้อยละ 42 เท่านั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา โดย 1 ใน 5 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้[1] สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ.2562 - 2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 (ชาย ร้อยละ 26.7 และหญิง ร้อยละ 24.2) จากร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ.2557 การเข้าถึงระบบบริการของกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 44.7 ในปี พ.ศ.2563 เป็นร้อยละ 48.8 โดยปี พ.ศ.2565 สัดส่วนที่ได้รับการรักษาลดลงจากร้อยละ 49.2 เป็น 47.6 แต่กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ กลับมีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6 ตามลำดับ[2] สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ.2562 - 2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 (ชาย ร้อยละ 26.7 และหญิง ร้อยละ 24.2) จากร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ.2557 การเข้าถึงระบบบริการของกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 44.7 ในปี พ.ศ.2563 เป็นร้อยละ 48.8 โดยปี พ.ศ.2565 สัดส่วนที่ได้รับการรักษาลดลงจากร้อยละ 49.2 เป็น 47.6 แต่กลุ่มที่ได้รับการรักษา และควบคุมได้ กลับมีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6 ตามลำดับ[3]

คลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยที่มารับบริการและขึ้นทะเบียนจำนวนทั้งสิ้น 12,460 คน อยู่ในการดูแลที่คลินิกประมาณ 9,500 คน[4] นอกนั้นจะกระจายไปยังสถานที่ต่างๆ ดังนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสวนพยอม, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด, โรงพยาบาลประจำอำเภอต่างๆ ในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนที่เหลือจะถูกส่งตัวไปรักษาในคลินิกต่างๆ เช่น คลินิกโรคเบาหวาน, โรคหลอดเลือดสมอง, คลินิกโรคไต และคลินิกโรคหัวใจ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกส่งตัวไปรักษาที่คลินิกโรคไต และคลินิกโรคหัวใจสูงขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับ ดังนี้ พ.ศ.2565 ผู้ป่วยโรคไต 52 คน โรคหัวใจ 38 คน และปี พ.ศ.2566 พบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โรคไต 85 คน โรคหัวใจ 58 คน[5] จากข้อมูลดังกล่าวผู้ศึกษามองเห็นถึงความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและมีภาวะแทรกซ้อนทางไตและหัวใจ จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด แบบรายกรณีเพื่อเปรียบเทียบสภาพปัญหา และความต้องการพยาบาล และพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรังร่วมกับโรคหัวใจสำหรับพยาบาลและบุคลากรที่สนใจใช้ปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มดังกล่าวให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาความต้องการพยาบาล และเปรียบเทียบอาการ ภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมและมีภาวะแทรกซ้อนทางไตและหัวใจที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบอาการการพยาบาลผู้ป่วยโรคดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต และหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระยะเวลาที่ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566 จำนวน 2 ราย โดยดำเนินการศึกษา ดังนี้

1. คัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนทางไตและหัวใจ จำนวน 2 ราย

2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีตประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ

3. ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษเอ็กซเรย์

4. ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัย ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีอาการแทรกซ้อนทางโรคไตและโรคหัวใจ โดยได้ทำการปรึกษาแพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรกรรม เกี่ยวกับแนวทางการตรวจวินิจฉัย แผนการรักษา และนำความรู้ที่ได้มาวางแผนการดูแลพยาบาลผู้ป่วย

5. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหา ความต้องการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุมวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

7. เรียบเรียงและเขียนผลงาน และจัดพิมพ์รูปเล่มเป็นเอกสารวิชาการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติ หัวหน้างาน รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรอง และอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE025/2566 วันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ.2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 74 ปี รับผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องจากคลินิกไตเมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2566 ด้วยอาการ เหนื่อยเพลียเท้าซ้ายบวม 2+ ส่งตัวกลับรับยาที่คลินิกความดันโลหิตสูงเดิมผู้ป่วยรับยาโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเก๊า และภาวะแทรกซ้อนภาวะไตล้มเหลวระยะที่ 4 ผู้ป่วยสูบบุหรี่วันละ 20 มวนต่อวันเป็นระยะเวลา 20 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ขณะนี้เลิกสูบบุหรี่แล้วมาได้ประมาณ 5 เดือน ชอบอาหารมันเค็ม ไม่ชอบออกกำลังกาย

กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 69 ปี มีประวัติโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง เริ่มรักษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 รับยาตามนัด 3 เดือน ไม่เคยสูบบุหรี่ก่อนมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้ายมาพบแพทย์ตามนัด แพทย์ให้ตรวจคลื่นหัวใจ พบความผิดปกติ ให้นอนโรงพยาบาลเพื่อทำการสวนหัวใจหลังทำหัตการอาการดีขึ้นไม่มีเจ็บแน่นหน้าอกแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

2. เปรียบเทียบความแตกต่างด้านปัจจัยส่วนบุคคล แผนการรักษา และความต้องการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต

และหัวใจ : พหุกรณีศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบความแตกต่างด้านปัจจัยส่วนบุคคลแผนการรักษา และความต้องการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต และหัวใจ แสดงดังตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
เพศ	เพศชาย	เพศชาย	ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นเพศชายเหมือนกัน
อาการสำคัญ	มาตามนัดมีอาการขาซ้ายบวมร่วมกับมีอาการเหนื่อยง่ายไม่เจ็บหน้าอก	มาตามนัดร่วมกับเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้ายมา 3 วัน	ผู้ป่วยทั้งสองรายมาตรวจตามนัดเหมือนกัน รายที่ 1 มาด้วยขาซ้ายบวม แต่รายที่สองมีเจ็บแน่นหน้าอกซ้าย
การวินิจฉัย	HT, DLP, CKD stage[4], Gout	HT, DLP, AF	การวินิจฉัยเหมือนกันคือ HT, DLP แต่แตกต่างกันที่รายที่ 1 เป็น CKD4, Gout แต่รายที่ 2 เป็น AF
ประวัติการทำหัตการ	ไม่มีการทำหัตถการ	ทำการตรวจสวนหัวใจ	ผู้ป่วยรายที่ 2 มีการทำการตรวจสวนหัวใจ ส่วนรายที่ 1 ไม่มีการทำหัตถการ
ประวัติการนอนโรงพยาบาล	ไม่ได้นอนโรงพยาบาล	นอนโรงพยาบาล 2 วัน (8-9 ส.ค. 2566)	ผู้ป่วยรายที่ 2 นอนรับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนรายที่ 1 ไม่ได้นอนโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลแผนการรักษา

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
การตรวจพิเศษ	- EKG = sinus rhythm - CXR = normal	- EKG = sinus rhythm - CXR = normal - Echo cardiogram พบ PVC Moderate to severe Aortic Regurgitation - Troponin I =20.3 มากกว่าปกติ (>15.6)	ผู้ป่วยทั้งสองรายทำเหมือนกันคือ EKG และ CXR ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกจึงมีการทำ Echocardiogram และเจาะ Troponin I
การรักษาด้วยยา	**ยารักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง** 1. Aspirin 81 mg (1 เม็ด OD เช้า) 2. Atenolol 50 mg (½ เม็ด*1 PCเช้า)	**ยารักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง** 1. Atorvastatin (Lipostat) 40 mg 1/2เม็ด*hs) 2. Enalapril (L) 5mg 1*OD เช้า	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีการรักษาด้วยยาที่เหมือนกัน ได้แก่ Atorvastatin และ Enalapril ส่วนความแตกต่างคือ รายที่ 1 มียา Aspirin, Atenolol, Mandipine และ Folic acid

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
	3. Enalapril (L) 5 mg (1 เม็ด*2 PC) 4. MANIDIPINE (MADIPLOT) 20 mg (1 เม็ด OD เช้า) 5. Atorvastatin (Lipostat) 40 mg (1 เม็ดเย็น) 6. Folic Acid 5 mg (1 เม็ด OD เช้า) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด **ยารักษาที่คลินิกไต เหมือนเดิม**	**ยารักษาโรคหัวใจ (ปัจจุบัน)** 1. Atorvastatin (Lipostat) 40 mg 1/2 เม็ด*hs) 2. Enalapril (L) 5 mg 1* OD เช้า 3. warfarin (H) (MAFORAN) 2 mg 1xhs วันอาทิตย์ 4. warfarin (H) (MAFORAN) 3 mg 1xhs วันจันทร์ – ศุกร์	รวมถึงยาที่รักษาที่คลินิกโรคไตเหมือนเดิม ส่วนในรายที่ 2 มีปัญหาเรื่องหัวใจ ยาที่เพิ่มมาคือ Warfarin

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความต้องการพยาบาลตามการวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยของตนเอง	ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วยของตนเอง	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัญหาที่เหมือนกันคือปัญหาที่ 1 และปัญหาที่ 2 เรื่องความวิตกกังวลและขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ
2. ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองจากความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง และภาวะไตวายเรื้อรัง	2. ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองจากโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง	
3. เสี่ยงต่อภาวะของเสียคั่งเนื่องจากไตเสียหน้าที่	3. เสี่ยงต่อการเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัญหาที่แตกต่างคือปัญหาที่ 3 และปัญหาที่ 4 เนื่องจากผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะไตวายเรื้อรังร่วมด้วย แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีโรคหัวใจ และได้ยาละลายลิ่มเลือด

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตล้มเหลวเฉียบพลันระยะที่ 4 และโรคหัวใจที่มีความผิดปกติของ Moderate to severe Aortic Regurgitation ทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะโรคแทรกซ้อนดังนี้ กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ไขมันในหลอดเลือดสูง, โรคเก๊าท์ และมีภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลันระยะที่ 4 กรณีที่ 2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ไขมันในหลอดเลือดสูง, และมีความผิดปกติของหัวใจจากการทำ Echocardiogram พบ PVC Moderate to severe Aortic Regurgitation จากประวัติและการประเมินสภาพผู้ป่วยสามารถนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยของตนเอง 2) ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองจากโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงและภาวะไตวายเรื้อรัง 3) เสี่ยงต่อภาวะของเสียคั่งเนื่องจากไตเสียหน้าที่ และ 4) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเส้นเลือดตีบ/แตกจากความดันโลหิตสูง ส่วน**กรณีศึกษารายที่ 2** กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยของตนเอง 2) ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองจากความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง 3) เสี่ยงต่อการเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง และ 4) เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด

วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเบาหวานร่วมด้วย ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 - กุมภาพันธ์ 2565 จากเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ หัวหน้างาน รวมทั้ง การสังเกตแบบมีส่วนร่วมพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีไตวาย มีความเข้าใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรค ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด ในฐานะพยาบาลที่ดูแลสุขภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีการติดตาม ปรับเปลี่ยน ให้การ พยาบาล เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความรู้ สร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง จัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ ผู้ป่วย และญาติสามารถจัดการดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสอดคล้องแนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษา ภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งชี้แนะไว้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะในระยะต้นของโรคสามารถชะลอความเสื่อมของโรคไตและป้องกันภาวะไตวายระยะสุดท้ายได้ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการในระยะต้นและอยู่ในความดูแลของแพทย์ทั่วไป ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รวมทั้งการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จึงมีความสำคัญด้านการชะลอความเสื่อมของไตอย่างมาก[6] สอดคล้องการศึกษาของวรรณี บุญศิริ[7] เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม และมีภาวะติดเตียงในชุมชน ซึ่งเสนอแนะว่าการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนพยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องศึกษาหาความรู้ค้นคว้า ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อให้การดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลให้มีความเข้าใจสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวเข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้และควรพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยรวมทั้งจัดให้มีระบบการติดตามในกรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัดหมายการตรวจรักษาเพื่อมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรค สอดคล้องกับหลายการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเบาหวานเป็นโรคร่วมและมีภาวะแทรกซ้อนทางไต: กรณีศึกษา พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาหรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือ

เกิดภาวะหัวใจวายและในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะเบาหวานร่วมด้วยยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการทำให้หลอดเลือดตีบแข็งหาก ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม[8-12] และสอดคล้องการศึกษาของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[3,13] เกี่ยวกับปัญหาของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนจากโรคดังกล่าวโดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง ที่มีแนวโน้มว่าจะเป็นปัญหาคุกคามสุขภาพของคนไทยต่อไปในอนาคต การพัฒนารูปแบบ (Model) เพื่อลดโรคไตเรื้อรังเพื่อนำร่องในจังหวัดที่มีอัตราภาวะแทรกซ้อนมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องโดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและพัฒนาการจัดบริการดูแลโรคเรื้อรังตามแบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Chronic Care Model) เชื่อมโยงการจัดบริการในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สมาคม/สภาวิชาชีพ สถาบันการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรประชาชนทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนร่วมกันในการควบคุมป้องกันดูแลผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เพื่อลดหรือชะลอการเกิดโรคและ/หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโดยสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพด้านการบริหารจัดการ การจัดบริการและพัฒนาเครื่องมือที่จำเป็นทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. พยาบาลสามารถนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ด้วยเทคนิค 5A มาใช้ในกระบวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งมีโรคร่วม และมีภาวะแทรกซ้อน

2. พัฒนาระบบการติดตามการรับประทานยา และการแจ้งเตือนนัดผู้ป่วยในกรณีที่ลืมนัดและขาดการทานยาอย่างต่อเนื่องจะไม่ส่งผลเสียแก่ร่างกาย

3. ควรมีการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานการดูแล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้เก็บรวบข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณ พว.นงลักษณ์ อิฐรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และพว.ดร.มะลิวรรณ อังคณิตย์ ที่ชี้แนะและให้คำปรึกษาในการจัดทำกรณีศึกษาครั้งนี้ ขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในคลินิกความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กชพร เขื่อนธนะ, จินตนา แสงจันทร์, รมิดา เชาว์ชวาเขต, ภัทรพล ดู่ผัด, จุฑามาศ ชาวส้าน. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการ มีส่วนร่วม ของชุมชนอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(2):273-85.
2. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs)... โรคที่เกิดจากพฤติกรรม [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/may2016/ncds-non-communicable-diseases-symptoms-prevention
3. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
4. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2566.

5. คลินิกความดันโลหิตสูง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สรุปผลการดำเนินงานคลินิกความดันโลหิตสูงประจำปี 2565-2566. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2566.
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรอง และดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
7. วรรณี บุญศิริ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมและมีภาวะติดเตียงในชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2562;2(2):69-82.
8. ฐิตสุดา สว่างบุญรอด. การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเบาหวานเป็นโรคร่วม และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต: กรณีศึกษา. [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2566] เข้าถึงได้ จาก: http://www.inb.moph.go.th/MyPDF/24.pdf
9. นวพร วุฒิธรรม. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร. 2562;46(4):173-82.
10. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
11. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์; 2564.
12. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. กรุงเทพฯ: บริษัทร่มเย็น มีเดีย จำกัด. 2560.
13. ระบบบริหารทรัพยากรบุคคลหรือ HRMS หลักสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กร. [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: https://www.humanica.com/th/humanresources-management-system/

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2567)
Journal of Research and Health Innovative Development Vol.5 No.1 (January - April 2024)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย: กรณีศึกษาผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ 2 ราย

Nursing care for patients with end-stage renal disease : A case study of two patients in Rajanurakon

สมหวัง นันตะก้านตง*

Somwang Nuntagantong

Corresponding author: E-mail: Angkhanit2559@gmail.com

(Received: December 10, 2023; Revised: December 18, 2023; Accepted: January 19, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความต้องการพยาบาลและเปรียบเทียบอาการ ภาวะแทรกซ้อน แผนการรักษา การพยาบาล และความช่วยเหลือตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 2 ราย

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2565 – 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล การสัมภาษณ์และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบ พยาธิสภาพและอาการแสดงของผู้ป่วย แผนการรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแผนสุขภาพ 11 แบบของกอร์ดอน และวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และช่วยเหลือตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาพบประเด็นที่คล้ายกัน 5 ประเด็น ได้แก่ 1) เพศหญิง 2) มีโรคร่วม โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง 3) ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องและติดตามการรักษาทุกเดือน 4) มีภาวะน้ำเกิน 5) มีอาการบวม หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ ก่อนมาโรงพยาบาล และ 6) มีฐานะยากจนได้รับการช่วยเหลือตามมาตรฐานผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ คือ สนับสนุนค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหารผู้ป่วยและญาติกรณีไปรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเดือนละไม่เกิน 2 ครั้ง ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิกรณีไปพบแพทย์ตรวจติดตามอาการ ส่วนประเด็นที่แตกต่าง คือ ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง Run CAPD 2.5%PDFX4 cycle และเป็นผู้ดูแลพาผู้ป่วยรายที่ 2 ไปรับการทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความต้องการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกัน คือ ในรายที่ 1 มีภาวะปอดบวมร่วมกับการหายใจล้มเหลวได้ใส่ท่อช่วยหายใจ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมด้วย มีภาวะติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง และเสี่ยงต่อการสูญเสียภาพลักษณ์ คุณค่าของตนเองลดลงเนื่องจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ส่วนรายที่ 2 มีปัญหาภาวะหัวใจโตจากความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุร่วมกับภาวะน้ำเกิน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้พยาบาลมีสมรรถนะในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์มีความปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตดีเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การพยาบาล; ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย; ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานกิจกรรมพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes: The purpose of this case study is to study nursing needs and compare symptoms, complications, treatment plans, nursing care and assistance according to the standards of patient care in Phra Rajanukrom, in 2 patients with end-stage renal disease.

Materials and Methods : The sample was purposively selected among 2 patients with end-stage renal disease who were admitted to Roi Et Hospital. During the fiscal year 2022 - 2023, data was collected using a data recording form. Interview and observation. Analyze data by comparison, patient's pathology and signs treatment plan evaluate nursing problems with Gordon's 11 health plans, and plan nursing action according to nursing diagnosis and assist in accordance with patient-care-standards in the royal care. Summarize and evaluate nursing results.

Main findings : The case study found 5 similar issues: 1) being female 2) having co-morbidities, diabetes, disease and high blood pressure 3) receiving continuous kidney replacement therapy and following up on treatment every month 4) having over hydration, 5) having symptoms of swelling, gasping for breath, unable to lie down before coming to the hospital, and 6) had poor status and received assistance according to the standards of patients in the royal anus, which is support for transportation expenses. Food expenses for patients and relatives in the case of receiving hemodialysis using a hemodialysis machine. No more than 2 times per month, medical expenses in excess of the entitlement in the case of going to the doctor to monitor symptoms. The different issue is that the first patient received continuous peritoneal dialysis (run CAPD 2.5% PDFX4 cycle) and was the caretaker taking the second patient to receive hemodialysis (HD) 3 times a week.The two patients had different nursing needs according to the nursing diagnosis. In the first case, there was pneumonia along with respiratory failure, intubation was required, and hyperglycemia was also present. Have a peritoneal infection and risk losing your image His self-worth decreased due to continuous peritoneal dialysis. The second case was an enlarged heart problem from high blood pressure in the elderly along with fluid overload.

Conclusion and recommendations : The results of this research result in nurses having the ability to help keep patients under the royal patronage safe. and have an increased quality of life.

Keywords : Nursing care; End-stage chronic kidney failure; Patients in the Royal Palace

* Professional nurses, Head of Hypertension Clinic Outpatient Nursing Group, Roi Et Hospital

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขของไทยเนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นในอัตราก้าวหน้าและมีผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วยอย่างมาก[1] การสร้างความเข้มแข็งของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิเป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ทั่วถึง มีคุณภาพคุ้มค่าใช้จ่ายและผู้ให้บริการมีความสุขจากการทำงานระบบบริการปฐมภูมิจึงต้องเป็นบริการที่เรียกว่า “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เป็นที่ยอมรับของประชาชน และสังคม โดยภาระหน้าที่หลัก คือ ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน อย่างครอบคลุม[2] โดยเฉพาะการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มการรักษาที่เลวลง และสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากขึ้น ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 12 และทำให้เกิดภาวะพิการหรือทุพพลภาพอันดับที่ 17 ประมาณการว่าใน ปี พ.ศ.2566 จะมีจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายกว่า 59,209 ราย[3] และมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นร้อยละ 15-20 ต่อปี โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease) เกิดจากการทำงานของไตลดลงมากที่สุด อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร เกิดพยาธิสภาพที่เนื้อไต เกิดการคั่งค้างของเสียในร่างกายจำนวนมากอาจส่งผลทำให้ถึงเสียชีวิตได้ในที่สุด[4]

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของไตลดลงมากที่สุด อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ซึ่งสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมักมีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน (ร้อยละ 37) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26.6) โรคจากการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 4.3) และโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบ (ร้อยละ 2.4) นอกจากนี้อาจจะมาเหตุจากโรคไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อ โรคเกาต์ โรคถุงน้ำในไตที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม[5] ทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงไตตีบแคบและแข็งตัวมีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ เซลล์ไตขาดเลือดและถูกทำลาย อัตราการกรองของไตลดลงจนไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ มีพยาธิสภาพที่เนื้อไต เกิดการคั่งค้างของของเสียจำนวนมากซึ่งมีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้หากไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตซึ่งมี 3 วิธี ได้แก่ 1) การล้างไตทางหน้าท้อง (Peritoneal dialysis : PD) เป็นการล้างไตโดยอาศัยหลักการแพร่และออสโมซิสโดยการใส่น้ำยาล้างไตเข้าไปในช่องท้องเป็นระยะเวลาหนึ่งตามที่กำหนดเพื่อให้ของเสียและน้ำส่วนเกินในเลือดเข้ามาอยู่ในน้ำยาที่เข้าไปแต่มีข้อเสียที่ไม่สามารถลดปริมาณน้ำส่วนเกินและไม่สามารถปรับสมดุลเกลือแร่ และกรดด่างได้อย่างรวดเร็วรวมทั้งสูญเสียโปรตีนทางน้ำยาฟอกเลือดมาก 2) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) เป็นการนำเลือดผู้ป่วยที่มีของเสียคั่งน้ำและเกลือแร่ผิดปกตินำเข้าสู่ตัวกรองไตเทียมผ่านกระบวนการกรองโดยอาศัยหลักการแพร่และการนำเพื่อกำจัดของเสีย และน้ำส่วนเกินรวมทั้งปรับสมดุลของเกลือแร่ของเลือดแล้วนำกลับเข้าสู่ร่างกาย ระยะเวลาการทำครั้งละ 4-5 ชั่วโมง ทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ข้อเสีย คือต้องจำกัดน้ำเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน (Volume overload) และการรับประทานที่ทำให้โปแตสเซียมในเลือดสูงผู้ป่วยต้องมารับการฟอกเลือดอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายสูง 3)การผ่าตัดเปลี่ยนไตหรือปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation : KT) เป็นการรักษาโดยการปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาค (Donor) ไปยังผู้ป่วยหรือผู้รับไต (Recipient) ซึ่งการผ่าตัดเปลี่ยนไตถือเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับการบำบัดทดแทนไตทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป สามารถลด ค่าใช้จ่ายในการรักษาได้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผลในระยะยาว ผู้ป่วยจะมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ[1] แต่ด้วยการปลูกถ่ายไตยังไม่สามารถทำได้กว้างขวางและค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จึงเลือกใช้วิธีการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นทางเลือกการรักษาที่ได้รับความนิยมมากที่สุด[6]

งานกิจกรรมพิเศษ กลุ่มงานวิจัย และพัฒนาการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ดให้บริการ

ผู้ป่วยที่มารับบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาทั้งในหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ (พอ.สว.) หน่วยปฐมพยาบาล และหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ โดยการบริการได้มีการจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำแต่ละบริการพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ หมุนเวียนมาปฏิบัติงานทดแทนกรณีพยาบาลประจำการลาหรือติดภารกิจอื่นๆในเป็นบางครั้ง งานกิจกรรมพิเศษได้ให้บริการผู้ป่วยในหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ (พอ.สว.) ซึ่งเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนักประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน รวมถึงบุคคลผู้ซึ่งทำความดีแก่สังคมแต่ต้องประสบเคราะห์กรรม หรือผู้ประสบภัยอันเป็นที่สลดใจที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอนหรือค่ายา และผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน ที่พระบรมวงศ์วงศานุวงศ์ทุกพระองค์ทรงรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอนหรือค่ายา ผู้ศึกษาซึ่งรับผิดชอบงานกิจกรรมพิเศษ และดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อรับไว้เป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ โดยมีวิธีการคัดเลือกผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ คือ กรณีที่ 1 ผู้ป่วยจากหน่วยแพทย์พระราชทานที่ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดตั้งโดยกองแพทย์หลวง กรณีที่ 2 ผู้ป่วยจากหน่วยแพทย์พระราชทานที่โปรดเกล้าฯ ให้จัดตั้งโดยหน่วยงานอื่นๆ กรณีที่ 3 ผู้ป่วยกรณีอื่นๆ ตามพระราชประสงค์ และกรณีที่ 4 ผู้ป่วยที่ยื่นฎีกาถึงเลขาธิการพระราชวัง ซึ่งสิทธิที่ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์จะได้รับ ประกอบด้วย 1) หนังสือส่งตัวผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาล/หนังสือรับรองการเป็น ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ 2) ชุดยาพระราชทาน จำนวน 1 ชุด 3) เงินพระราชทานเป็นค่าพาหนะเดินทางไปพบแพทย์ ในครั้งแรก จำนวน 3,000 บาท 4) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิจากการรักษาพยาบาลสำหรับโรคที่ระบุในหนังสือ ทั้งนี้ไม่ครอบคลุมการรักษาที่เป็นทางเลือกอื่นๆ ซึ่งไม่เปลี่ยนแปลงอาการโรคของผู้ป่วย และ 5) ค่าสนับสนุนในการเข้ารับการรักษา และการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามความเหมาะสม

จากสถิติข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 3 ปีย้อนหลัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในปี พ.ศ.2562-2564 พบว่ามีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเข้ามารับการรักษาจำนวน 1,781, 1,869 และ 1,862 รายตามลำดับ[7] และมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและมีภาวะน้ำเกินมารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยมาด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจำเป็นต้องได้รับการดูแลใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนร่วมกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากอุบัติการณ์ดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการประเมินเฝ้าระวังแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการปฏิบัติตัวและสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งถ้าไม่ได้รับการแก้ไขทันท่วงทีอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ บุคลากรที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤติ นอกจากแพทย์แล้ว พยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตลอด 24 ชั่วโมง และต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย[4] เป้าหมายที่สำคัญในการพยาบาลได้แก่การจัดการกับอาการรบกวนผู้ป่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ พยาบาลจึงมีบทบาทในการประเมินติดตาม เฝ้าระวังอาการ อาการเปลี่ยนแปลง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และวางแผนให้การปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมตามปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันอาการที่รุนแรงมากขึ้นจนถึงเสียชีวิต และจากสถิติผู้บริการที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ทั้งสิ้น 542 และ 559 ราย ตามลำดับในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 20 และ 27 รายตามลำดับ[8] แม้จำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์จะมีจำนวนน้อยแต่เป็นความยุ่งยากซับซ้อนในการบริหารจัดการหากไม่ทราบวิธีการให้การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม และหากการดูแลไม่ดีอาจเกิดความไม่เหมาะสม

และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและต่อชีวิตของผู้ป่วยรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ จากการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีความกลัววิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การผ่าตัด ค่าใช้จ่าย และการสูญเสียภาพลักษณ์ รวมถึงพบปัญหาด้านเศรษฐานะตามมาในผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดซ้ำ ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการประเมิน และการวางแผนการดูแลที่ดีตั้งแต่แรกเข้ามารับการตรวจรักษาจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดก่อนและหลังผ่าตัด ลดอัตราการตายและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ (5) ประกอบกับในระยะตั้งแต่มกราคม 2566 แพทย์ได้วางแผนทำการผ่าตัดทำหลอดเลือดล้างไตโดยการผ่าตัดแบบ One day surgery ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ (พอ.สว.) จึงมีบทบาทที่สำคัญในการประเมิน คัดกรอง ให้การพยาบาล ให้การดูแล ความรู้ คำแนะนำ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายมีการดูแลตนเองได้ถูกต้องโดยเริ่มตั้งแต่ประเมินสภาวะด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ร่วมวางแผนการดูแลตนเองทั้งก่อน และหลังผ่าตัดรวมทั้งประเมินภาวะแทรกซ้อน และความเร่งด่วนในการให้การดูแลรักษากรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อป้องกันผลกระทบที่จะเกิดต่อผู้ป่วยโดยตรงนำมาซึ่งการผ่าตัดซ้ำหรือการติดเชื้อที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต รวมถึงการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการคัดเลือกผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาผู้ศึกษาที่ปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลกิจกรรมพิเศษซึ่งเป็นบุคลากรด่านหน้าของระบบบริการสุขภาพในหน่วยแพทย์อาสาเคลื่อนที่สำหรับประชาชนผู้อยู่ห่างไกลในชนบทซึ่งต้องมีการเชื่อมโยงบริการสุขภาพจากหน่วยบริการในโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่องเน้นการทำงานร่วมกันกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนจากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาผู้ป่วยแบบรายกรณีเพื่อเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งเป็นผู้ป่วยยากจนรับไว้เป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์เพื่อวินิจฉัย วางแผนการรักษาพยาบาลบำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้ศึกษาต้องใช้ทักษะความเชี่ยวชาญของพยาบาลในการออกแบบการพยาบาลอย่างเป็นระบบร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และสมาชิกในครอบครัวเพื่อการชะลอการลุกลามของโรครวมถึงการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายของชีวิตซึ่งรับไว้เป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ได้อย่างเหมาะสม และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น สำหรับพยาบาล และบุคลากรที่สนใจใช้ปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มดังกล่าวให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความต้องการพยาบาล และเปรียบเทียบสภาพปัญหาและความต้องการการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษา ในหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งรับไว้เป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2566 ทำการศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน[9] วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาในหน่วยแพทย์อาสาสมัครเคลื่อนที่จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งรับไว้เป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2565–2566 ทำการศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กำหนดข้อวินิจฉัย

ทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน[9] วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ สรุป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) แบบประเมินแผนสุขภาพของกอร์ดอน[9] 2) เวชระเบียน 3) ข้อมูลการรักษาในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล และ 4) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลผู้ป่วยแบบไม่มีโครงสร้าง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ หัวหน้างาน รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบอาการการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จังหวัดร้อยเอ็ดซึ่งรับไว้เป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย โดยดำเนินการศึกษา ดังนี้

1. คัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยผู้ป่วยโรคโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จังหวัดร้อยเอ็ดซึ่งรับไว้เป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 2 ราย

2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีตประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ

3. ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษเอ็กซเรย์

4. ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัย ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จังหวัดร้อยเอ็ดซึ่งรับไว้เป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยได้ทำการปรึกษาแพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรกรรมเกี่ยวกับแนวทางการตรวจวินิจฉัย แผนการรักษา และนำความรู้ที่ได้มาวางแผนการดูแลพยาบาลผู้ป่วย

5. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพเป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และช่วยเหลือตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ สรุป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

6. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

7. เรียบเรียงและเขียนผลงาน และจัดพิมพ์รูปเล่มเป็นเอกสารวิชาการ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการศึกษา

ในการศึกษากรณีศึกษาในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 062/2567 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ซึ่งผู้วิจัยได้คำนึงถึงการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัย 3 ด้าน คือ เคารพในบุคคลที่ให้ข้อมูล ประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับ และความยุติธรรมในการปฏิบัติกับผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 รับเป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ ปี พ.ศ. 2565 เป็นผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 45 ปี เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีภาวะน้ำเกิน มีโรคประจำตัวคือ DM type 2, HT, ESRD on CAPD มีประวัติแพ้ยา ไม่มีประวัติดื่มสุรา และสูบบุหรี่ ญาติให้ประวัติ 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปกติ ขณะนอนหลับ

เวลา 03.00 น. พูดไม่ชัด แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้รับการประเมิน และรักษาเบื้องต้น อาการไม่ทุเลา 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลซึมลง แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ไอ หายใจหอบมากขึ้น โรงพยาบาลชุมชน on ET Tube นำส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีภาวะน้ำเกิน มีปอดบวมร่วมกับการหายใจล้มเหลวได้ใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการช่วยเหลือตามมาตรฐานผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ คือ สนับสนุนค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหารผู้ป่วยและญาติกรณีไปรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เดือนละไม่เกิน 2 ครั้ง ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิกรณีไปพบแพทย์ตรวจติดตามอาการ

กรณีศึกษารายที่ 2 รับเป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ ปี พ.ศ.2565 เป็นผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 80 ปี เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีภาวะน้ำเกินที่ได้รับการล้างไตแบบฟอกเลือด (HD) 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่มีโรคประจำตัวมาก่อน มีภาวะแทรกซ้อนจากไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ ESRD with Preserved LV systolic function, LVEF 83 on CAPD ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่มีประวัติดื่มสุรา และสูบบุหรี่ มารับการตรวจตามนัดติดตามอาการด้วยอาการเหนื่อยหอบ ความดันโลหิตสูง ได้รับการล้างไตแบบฟอกเลือด (HD) 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และได้รับการช่วยเหลือตามมาตรฐานผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ คือ สนับสนุนค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหารผู้ป่วยและญาติกรณีไปรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเดือนละไม่เกิน 2 ครั้ง ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิกรณีไปพบแพทย์ตรวจติดตามอาการ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างด้านปัจจัยส่วนบุคคล แผนการรักษา ความต้องการพยาบาล และความช่วยเหลือตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

จากการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยแพทย์อาสาสมัครเคลื่อนที่จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งรับไว้เป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์กรณีศึกษา และนำมาเปรียบเทียบ ดังแสดงในตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
เพศ	หญิง	หญิง	ทั้งสองรายเป็นเพศหญิง
อายุ	45 ปี	80 ปี	ผู้ป่วยทั้งสองรายอยู่คนละช่วงวัย รายที่ 1 เป็นวัยผู้ใหญ่ รายที่ 2 เป็นวัยสูงอายุ
สถานภาพ	โสด	หม้าย	ผู้ป่วยรายที่ 1 โสด รายที่ 2 หม้าย
ผู้ดูแล	พี่สาว	บุตร	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีผู้ดูแลเหมือนกัน
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	ส่งเบิก	สิทธิการรักษาในผู้ป่วย รายที่ 1 เป็นบัตรทอง รายที่ 2 เป็นสิทธิส่งเบิก
วันที่เข้ารับการรักษา	20 มิถุนายน 2566 (นอนรักษาแบบผู้ป่วยใน IPD)	21 ตุลาคม 2566 (ตรวจตามนัดแบบ OPD)	ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้เข้ารับการรักษาแบบ IPD แต่รายที่ 2 รักษาแบบ OPD
รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาลเพื่อรักษา	5 วัน	3 Visit	ผู้ป่วยรายที่ 1 นอนโรงพยาบาล 5 วัน และรายที่ 2 มาตรวจตามนัด 3 Visit

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
อาการสำคัญ	2ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ซึมลง แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ไอ หายใจหอบมากขึ้น โรงพยาบาลชุมชนใส่ท่อช่วยหายใจนำส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีภาวะน้ำเกิน มีปอดอักเสบร่วมกับการหายใจล้มเหลว	เหนื่อยหอบ ความดันโลหิตสูง รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการแสดงที่ชัดเจนแตกต่างกัน คือ รายที่ 1 หอบ น้ำเกินจนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีเหนื่อยหอบ ความดันโลหิตสูง ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้ง/สัปดาห์
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	4 วันก่อน มีขาทั้ง 2 ข้างบวม นอนราบไม่ได้ไอมากช่วงกลางคืน หายใจหอบเหนื่อยเป็นช่วงๆ 2 ชั่วโมงก่อนมา ขาทั้ง 2 ข้างบวม นอนราบไม่ได้ ไอหายใจหอบญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน on ET Tube แล้วส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด	ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีภาวะน้ำเกินที่ได้รับการล้างไตแบบฟอกเลือด (HD) 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 3 ปี ไม่มีโรคประจำตัวมาก่อน มีภาวะแทรกซ้อน จากไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ ESRD with Presrved LV systolic function , LVEF ร้อย 83 on CAPD จากการตรวจตามนัดครั้งล่าสุดด้วยการตรวจ Echocardiogram	
ประวัติการแพ้ยาและสารเสพติดต่างๆ	มีประวัติแพ้ยา Manidipine ไม่มีประวัติดื่มสุรา และสูบบุหรี่	ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่มีประวัติดื่มสุรา และสูบบุหรี่	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติแพ้ยา แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มีประวัติแพ้ยา
การวินิจฉัย	ESRD on CAPD with Volume Overload with Pneumonia	ESRD on HD with Preserved LV systolic function, LVEF 83	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีการวินิจฉัยเดียวกันคือ ESRD แต่ส่วนที่แตกต่างกันคือ รายที่ 1 ล้างไตทางหน้าท้องร่วมกับปอดอักเสบ แต่รายที่ 2 มีปัญหา ด้านการบีบตัวของหัวใจ และล้างไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่อง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
โรคร่วม	โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง	ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นโรคความดันโลหิตสูงเหมือนกันแต่ผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคเบาหวานร่วมด้วย
CXR	Infiltration both lungs	Cardiomegaly	ผลการตรวจเอกซเรย์มีความแตกต่างกัน คือ รายที่ 1 มีปัญหาเรื่องปอดอักเสบ ส่วนรายที่ 2 มีภาวะหัวใจโต
ฟังปอด	ได้ยินเสียง crepitation both lungs	Normal both lungs	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความแตกต่างกัน คือ รายที่ 1 มีเสียงผิดปกติที่ปอด แต่รายที่ 2 เสียงปอดปกติ
การรักษาด่วน	ใส่ท่อช่วยหายใจให้ Lasix 120 mg iv stat แล้วส่งต่อมาโรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง	ตรวจตามนัด และได้รับการล้างไตแบบฟอกเลือด (HD) 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 3 ปี	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีการรักษาที่แตกต่างกัน คือ รายที่ 1 รุนแรง ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและให้ยาขับปัสสาวะ และได้รับการรักษาโดยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง แต่ในรายที่ 2 ไม่ได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในแต่มีการฟอกเลือดด้วยเครื่อง 3 ครั้ง/สัปดาห์
สัญญาณชีพแรกรับ	T 38.8 ℃, PR 94 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที BP 135/ 72 mmHg O2 sat 100 %	T 37.2 ℃, PR 82 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที BP 180/70 mmHg O2 sat 96%	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความแตกต่างกัน คือ รายที่ 1 มีไข้สูง ส่วนในรายที่ 2 มีความดันโลหิตค่อนข้างสูง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลแผนการรักษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	BUN 84 mg/dL Creatinine 9.79 mg/dL Potassium 3.8 mmol/L Calcium 6.2 mg/dL Albumin 2.8 g/dL Hematocrit 22.6 %	BUN 31 mg/dL Creatinine 6.66 mg/dL Potassium 1.8 g/dL Calcium 8.7 mg/dL Albumin 1.8 g/dL Hematocrit 33.5 %	ทั้งสองรายมีภาวะไตวายเหมือนกัน ส่วนที่แตกต่างกัน คือ รายที่ 1 มีแคลเซียม และฮีมาโตคริตต่ำ ส่วนรายที่ 2 มีภาวะโปแตสเซียม และอัลบูมินต่ำ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
แผนการรักษาต่อเนื่อง	-ใส่ท่อช่วยหายใจต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตร setting PSV mode RR 20 PEEP 5 FiO2 0.4 TV400 Keep Spo2 ≥ 95% - ให้ Lasix 120 mg iv - ให้ Cef-3 2 gms iv stat then OD - ให้ Azithromycin (250 mg) 2X1 tab oral OD pc - เจาะ DTX ก่อนมื้ออาหารและก่อนนอนให้ RI ตามผล BS - ส่ง PDF Cell differential, Cell count - ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง Run CAPD 2.5%PDFX4 cycle - ได้รับการช่วยเหลือตามมาตรฐานผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ คือ สนับสนุนค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหารผู้ป่วยและญาติกรณีไปรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เดือนละไม่เกิน 2 ครั้ง ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิกรณีไปพบแพทย์ตรวจติดตามอาการ	- ตรวจตามนัดติดตามการรักษา และได้รับการล้างไตแบบฟอกเลือด (HD) 3 ครั้งต่อสัปดาห์ -ได้รับการช่วยเหลือตามมาตรฐานผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ คือ สนับสนุนค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหารผู้ป่วยและญาติกรณีไปรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เดือนละไม่เกิน 2 ครั้ง ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิกรณีไปพบแพทย์ตรวจติดตามอาการ	ทั้งสองรายมีความเหมือนกัน คือต้องทำการบำบัดทดแทนไตทั้งสองราย และได้รับการช่วยเหลือตามมาตรฐานในพระราชานุเคราะห์ แต่แตกต่างกันตรงที่ รายที่ 1 ต้องล้างไตทางช่องท้องส่วนรายที่ 2 ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ความต้องการพยาบาลตามการวินิจฉัยทางการพยาบาล และการช่วยเหลือตามมาตรฐานผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ของกรณีศึกษา 2 ราย ขณะอยู่โรงพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความต้องการพยาบาลตามการวินิจฉัยทางการพยาบาล และการช่วยเหลือตามมาตรฐานผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์

ระยะดูแลรักษาพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษาที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ระยะแรกรับ	1.มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากความไม่สมดุลของของเหลวในร่างกาย 2.มีภาวะหายใจล้มเหลว 3.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และแนวทางการรักษา	1.มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากความไม่สมดุลของของเหลวในร่างกาย 2.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และแนวทางการรักษา	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัญหาเรื่องภาวะน้ำเกิน และความวิตกกังวลเหมือนกัน ส่วนที่แตกต่างคือ รายที่ 1 มีภาวะหายใจล้มเหลวร่วมด้วย
ระยะดูแลต่อเนื่อง	1.มีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ 2.มีการเสียสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโตรไลท์ในร่างกายเนื่องจากอัตราการกรองลดลง 3.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนข้อเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง 4.เสี่ยงต่ออันตรายจากการควบคุมระดับน้ำตาลบกพร่อง 5.แบบแผนการปฏิบัติกิจกรรมเปลี่ยนแปลงเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว 6.เสี่ยงต่อการสูญเสียภาพลักษณ์คุณค่าของตนเองเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง	1.มีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ 2.มีการเสียสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโตรไลท์ในร่างกายเนื่องจากอัตราการกรองลดลง	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัญหาเหมือนกันคือ มีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย และมีการเสียสมดุลสารน้ำ และอิเล็กโตรไลท์ ส่วนปัญหาที่แตกต่างกัน คือ รายที่ 1 มีปัญหาเพิ่มมากกว่าในรายที่ 2 ถึง 4 ปัญหา เนื่องจากต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ และต้องวางสายล้างไตทางช่องท้อง
ระยะจำหน่าย	1.ขาดความรอบรู้ในการดูแลและป้องกันภาวะน้ำเกินและการจำกัดอาหารที่มีโซเดียม 2.การส่งเสริมผู้ป่วยในการควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง	1.ขาดความรอบรู้ในการดูแล และป้องกันภาวะน้ำเกินและการจำกัดอาหารที่มีโซเดียม 2.การส่งเสริมผู้ป่วยในการควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัญหาเหมือนกัน

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ระยะดูแลรักษาพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษาที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
การช่วยเหลือตามมาตรฐานผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์	- ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง Run CAPD 2.5%PDFX4 cycle - ได้รับการช่วยเหลือตามมาตรฐานผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ คือ สนับสนุนค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหารผู้ป่วยและญาติกรณีไปรับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง Run CAPD 2.5%PDFX4 cycle เดือนละไม่เกิน 2 ครั้ง ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิกรณีไปพบแพทย์ตรวจติดตามอาการ	- ตรวจตามนัดติดตามการรักษาและได้รับการล้างไตแบบฟอกเลือด (HD) 3 ครั้งต่อสัปดาห์ - ได้รับการช่วยเหลือตามมาตรฐานผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ คือ สนับสนุนค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหารผู้ป่วยและญาติกรณีไปรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เดือนละไม่เกิน 2 ครั้ง ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิกรณีไปพบแพทย์ตรวจติดตามอาการ	ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการช่วยเหลือตามมาตรฐานผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์

วิจารณ์

กรณีศึกษาพบประเด็นที่คล้ายกัน 5 ประเด็น ได้แก่ 1) เพศหญิง 2) มีโรคร่วม โรคเบาหวาน โรคและความดันโลหิตสูง 3) ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง และติดตามการรักษาทุกเดือน 4) มีภาวะน้ำเกิน 5) มีอาการ บวม หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ ก่อนมาโรงพยาบาล และ 6) มีฐานะยากจนได้รับการช่วยเหลือตามมาตรฐานผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ คือ สนับสนุนค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหารผู้ป่วยและญาติกรณีไปรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เดือนละไม่เกิน 2 ครั้ง ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิกรณีไปพบแพทย์ตรวจติดตามอาการ ส่วนประเด็นที่แตกต่าง คือ ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง Run CAPD 2.5%PDFX4 cycle และเป็นผู้ดูแลพาผู้ป่วยรายที่ 2 ไปรับการทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความต้องการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกัน คือ ในรายที่ 1 มีภาวะปอดบวมร่วมกับการหายใจล้มเหลวได้ใส่ท่อช่วยหายใจ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมด้วย มีภาวะติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง และเสี่ยงต่อการสูญเสียภาพลักษณ์ คุณค่าของตนเองลดลงเนื่องจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ส่วนรายที่ 2 มีปัญหาภาวะหัวใจโตจากความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุร่วมกับภาวะน้ำเกิน ทั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็วและได้รับการรักษาส่งต่อในโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงขึ้นแม้ว่าในปัจจุบันจะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชนอยู่ทุกแห่งทั่วประเทศที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการเข้าถึงการตรวจโดยแพทย์เฉพาะทางหรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษต่างๆ ยังคงมีความจำเป็นในการช่วยวินิจฉัยโรค การรักษา การบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือกด้วยเครื่องไตเทียมจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดซึ่งในหลายพื้นที่มีปัญหาและอุปสรรคที่แตกต่างกัน[10] นอกเหนือจากผู้ป่วยในพื้นที่จะได้รับพระมหากรุณาธิคุณในด้านการตรวจรักษาดังกล่าวแล้วผู้ป่วยบางรายที่มีฐานะยากจน พักอาศัยในพื้นที่ห่างไกล มีความยากลำบากในการเดินทางไปรับการรักษา ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ทรงรับไว้เป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์โดยพระราชทานค่าใช้จ่ายทั้งในด้านการตรวจรักษาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางตามความจำเป็นด้วย สนับสนุนค่าพาหนะเดินทาง

ค่าอาหารผู้ป่วยและญาติกรณีไปรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเดือนละไม่เกิน 2 ครั้ง ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิกรณีไปพบแพทย์ตรวจติดตามอาการ[10] ดังเช่นกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การกลับมารักษาซ้ำและลดอัตราการเสียชีวิต เนื่องจากได้รับการช่วยเหลือผู้ป่วยตามมาตรฐานผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ ประกอบกับพยาบาลผู้ดูแลสามารถบริหารจัดการและมีทักษะในการประเมินคัดกรองตามข้อบ่งชี้ในการรับเข้าเป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ และสามารถประเมินอาการและอาการแสดงอย่างครอบคลุม รวมทั้งเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติที่จะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของศศี ศรีโชติ[6] เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดหลอดเลือดล้างไตโดยการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (Arteriovenous graft : AVG) ซึ่งจากกรณีศึกษาจะเห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัดให้การพยาบาลประเมินปัญหา แก้ไขส่งเสริมเพิ่มความสามารถในการปรับตัวส่งเสริม และสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงการดูแลสุขภาพที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดสอดคล้องการศึกษาของนฤมล แก่นสาร[11-13] เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หากได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและถูกต้อง สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค ยา และอาการข้างเคียงของยา การประเมินอาการ และอาการแสดงของการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง ให้การพยาบาลตามการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงการประเมินความพร้อมในการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การตรวจตามนัด และการดูแลต่อเนื่องกับสถานบริการใกล้บ้าน รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และญาติในการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และสอดคล้องการศึกษาของเพชรรุ่ง อิฐรัตน์[4] เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อในเยื่อบุช่องท้อง ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้การล้างไตทางช่องท้องจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในเยื่อบุช่องท้อง ซึ่งการติดเชื้อนี้มีผลต่อกระทบต่อปริมาณน้ำออกจากช่องท้องทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำเกิน และติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีโดยการประเมินภาวะการติดเชื้อ การช่วยในการทำงานของไตพยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถในการประเมินรวมทั้งเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันเวลาเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำเป็นต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตจากภาวะน้ำเกินซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย และเป็นผู้ที่ป่วยหนักที่ประสบเคราะห์กรรมมีฐานะยากจนที่พระบรมวงศ์วงศานุวงศ์ทุกพระองค์ทรงรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอนหรือค่ายา ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การกลับมารักษาซ้ำและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะน้ำเกิน พยาบาลควรพัฒนาสมรรถนะการช่วยเหลือผู้ป่วยตามมาตรฐานผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ และทักษะในการประเมินอาการและอาการแสดงอย่างครอบคลุม รวมทั้งเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติที่จะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้เก็บรวบข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณ พว. สุภลักษณ์ ต้นทอง หัวหน้างานกิจกรรมพิเศษ และพว.ดร.มะลิวรรณ อังคณิตย์ ที่ชี้แนะและให้คำปรึกษาในการจัดทำกรณีศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยและผู้ดูแลที่อนุญาตให้ศึกษาและเกิดประโยชน์ในการพัฒนาการพยาบาลให้ได้มาตรฐานมีคุณภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ศุภดีวัน พิทักษ์แทน. การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดปลูกถ่ายไต : กรณีศึกษา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2562;33(3):589-99.
2. ศิริลักษณ์ ถุงทอง. บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2561;1(1):46-57.
3. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังของประเทศไทยปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 12ก.พ.2566]. เข้าถึงได้จาก: https://pr.moph.go.th/?url=main/index/
4. เพชรรุ่ง อิฐรัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อในเยื่อบุช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561;15(2):95-110.
5. ประเสริฐ ธนกิจจารุ (บ.ก.). เวชบำบัดภาวะวิกฤตทางอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลราชวิถี; 2555.
6. ศศี ศรีโชติ. กรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดทำหลอดเลือดล้างไตโดยการผ่าตัดเชื่อมเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (Arteriovenous graft : AVG) ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา; 2566.
7. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง; 2565.
8. งานกิจกรรมพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติผู้รับบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดปี พ.ศ.2565-2566; 2566.
9. Gordon M. Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill; 1994.
10. กลุ่มพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. คู่มือการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม จังหวัดเชียงใหม่; 2565.
11. นฤมล แก่นสาร. การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2558;12(2):81-91.
12. ปิยภัทร ชุณหรัศมิ์, ธีรภัทร ยิ่งชนม์เจริญ, ระพีพล กุญชร ณ อยุธยา (บ.ก.). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ.2562. สมุทรปราการ: เนคสเตปดีไซน์; 2562.
13. ศิริลักษณ์ ถุงทอง. บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2561; 1(1):46-57.

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีการใช้สารแอมเฟตามีน: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Mothers after Caesarean Section due Severe Preeclampsia with use Amphetamine: Case study 2 Case

ฐิภัทรวีณ ธนรินณิรัชญ์*

Thiphatrawin Thanarinnirat

Corresponding: E-mail: hong250800@gmail.com

(Received: December 11, 2023; Revised: December 19, 2023; Accepted: January 20, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีการใช้สารแอมเฟตามีน: กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา : ศึกษามารดาจำนวน 2 ราย ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์มารดาและญาติ การตรวจร่างกาย การสังเกต และจากเวชระเบียน ศึกษาและวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลมารดาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 2) การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3) การพยาบาล และ 4) การประเมินผลพยาบาล

ผลการศึกษา : มารดากรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 พักรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน และ 4 วันตามลำดับ มารดากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลทำให้ปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะการถอนยา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทารกทั้ง 2 รายมีน้ำหนักตัวน้อย แต่แข็งแรงดี ดูดนมผสมได้ ไม่เกิดภาวะถอนยา

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนในการดูแลมารดาและทารกตามมาตรฐานให้มีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอด; ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์; การใช้สารเสพติด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

ABSTRACT

Purposes : To study and compare the use of the nursing process. In nursing mothers after cesarean section due to severe gestational hypertension combined with the use of amphetamines.

Materials and Methods : Two mothers who were treated in the obstetrics and gynecology ward of Phon Hospital, KhonKaen Province, from 1 August 2023 to 30 November 2023 were studied. Data were collected from interviews with mothers and relatives. Physical examination, observation, and medical records Study and analyze and compare maternal data according to nursing process steps, including 1) health status assessment using the 11 Gordon Health Models 2) determination of nursing diagnosis 3) nursing and 4) nurse Evaluation.

Main findings : The mothers of Case 1 and Case 2 were hospitalized for 3 days and 4 days, respectively. The mothers of both case studies cooperated in medical treatment. This makes them safe from high blood pressure and drug withdrawal. There were no complications after a cesarean section. Both infants had low birth weights but were healthy, able to feeding mixed formula milk, and did not experience drug withdrawal**.**

Conclusion and recommendations : This study shows that nurses must have knowledge and use the 5-step nursing process to care for mothers and infants according to standards to be safe and without complications.

Keywords : Puerperium care; Gestational hypertension; Substance use

*Registered Nurse Professional Level, Phon Hospital

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้ร้อยละ 5 -10 ของการตั้งครรภ์ทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและการบาดเจ็บของมารดาและทารกความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension: PIH) หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยมีระดับค่าความดันโลหิต Systolic สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg หรือ ความดันโลหิต Diastolic สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg ขึ้นไป จากการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 4 ชั่วโมง ความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์อาจพบร่วมกับการมีโปรตีนในปัสสาวะ และ/หรือมีอาการบวมร่วมด้วย มักเกิดภาวะนี้ในระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์พบอุบัติการณ์[1] การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 5-10[2] จากการมีอุบัติการณ์ของภาวะบวม การมีโปรตีนในปัสสาวะ และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ทั้งระยะคลอดและหลังคลอด ร้อยละ 3.5 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน[3] ปัจจุบันสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้นซึ่งยาบ้าหรือแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติด[4] ที่พบว่ามีการใช้เพิ่มมากขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลต่อการเพิ่มภาวะครรภ์เป็นพิษ รกลอกตัวก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์ ทารกคลอดน้ำหนักตัวน้อย ภาวะรกเสื่อม และเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้สูง จากสถิติของโรงพยาบาลพล ในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง คิดเป็น ร้อยละ 1.75, 1.60 และ 2.77 ตามลำดับผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงเป็นข้อบ่งชี้ในการรักษา หากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตและประคับประคอง การตั้งครรภ์ต่อได้แพทย์จะพิจารณายุติการตั้งครรภ์เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก ระยะหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนกับมารดาและทารก แต่ความรุนแรงจะลดลงได้ด้วยการวินิจฉัย รักษาที่รวดเร็ว[5] ซึ่งพยาบาล ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาและทารกมีการประเมิน และเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง[6] ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาป้องกันการชัก ยาลดความดันโลหิต[7] และจากการผ่าตัดคลอด มีการประเมินซ้ำและรายงานแพทย์ได้ทันเวลา ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน บรรเทาอาการรบกวนต่างๆ รวมทั้งให้คำแนะ นำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารกได้[8] ดังนั้น บทความนี้จึงนำเสนอกรณีศึกษา การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีการใช้สารแอมเฟตามีน เพื่อเป็นบทเรียนสำคัญที่จะนำไปพัฒนาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดา และทารกระยะหลังคลอดให้มีความปลอดภัย และมีการวางแผนจำหน่ายมารดาที่ใช้สารเสพติด[9] ให้มีความรู้และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องลดการกลับมารักษาซ้ำและการกลับมาเสพยาซ้ำ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีการใช้สารแอมเฟตามีน: กรณีศึกษา 2 ราย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีการใช้สารแอมเฟตามีนที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลพล จำนวน 2 รายเข้ามารับการรักษากรณีศึกษารายที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 26 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 29 สิงหาคม 2566 กรณีศึกษารายที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 6 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 10 ตุลาคม 2566

2. ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตำราเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอด

เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะตกเลือดหลังคลอด การใช้สารเสพติด

3. กำหนดวัตถุประสงค์ของการศึกษา

4. ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่ดูแลรักษา ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษา การพยาบาล และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

5. ดำเนินการโดยการศึกษาข้อมูลจากมารดาหลังคลอดและญาติ เวชระเบียน วิเคราะห์ปัญหาความต้องการในการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของกอร์ดอน 11 แบบแผน และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องสรุปเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

6. สรุปผลกรณีศึกษา

ผลการศึกษา

มารดากรณีศึกษารายที่ 1 อายุ 23 ปี สถานภาพสมรสคู่ รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 26-29 สิงหาคม 2566 รวมอยู่ในความดูแล 3 วัน แพทย์วินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Severe pre-eclampsia with use Amphetamine ได้รับการผ่าตัด Cesarean section c TR มารดากรณีศึกษารายที่ 2 อายุ 30 ปี สถานภาพสมรสคู่ รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 6-10 ตุลาคม 2566 รวมอยู่ในความดูแล 4 วัน แพทย์วินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Severe pre-eclampsia with use Amphetamine ได้รับการผ่าตัด Cesarean section

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 1ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพเปรียบเทียบข้อมูลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	รับย้ายมารดาจากห้องผ่าตัดมารดาตั้งครรภ์ที่ 2 ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	รับย้ายมารดาจากห้องผ่าตัดมารดาตั้งครรภ์แรกได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	มารดากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อายุครรภ์ 36 wk+ แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อยุติการตั้งครรภ์ก่อนครบกำหนดคลอดเหมือนกันโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงภาวะครรภ์เป็นพิษหลังผ่าตัดย้ายมารดามาที่หอผู้ป่วยสูติกรรม
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	- มารดาตั้งครรภ์ที่ 2 GA36 wk+ (G2P1A0L1) กำหนด คลอด (EDC) วันที่ 2กันยายน 2566 ฝากครรภ์ ครบตามเกณฑ์ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 1 เข็ม ผลตรวจ HBsAg=Negative Anti HIV=Negative ผลตรวจ คัดกรองโรคดาวน์ซินโดรมความเสี่ยงต่ำ ผลตรวจ VDRL 2 ครั้ง Reactive	มารดาตั้งครรภ์แรก GA 36 wk+(G1P0A0L0) กำหนดคลอด (EDC) วันที่ 18 ตุลาคม 2566 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพล 8 ครั้ง ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบ 1 เข็ม ผลตรวจ HBsAg = Negative Anti HIV= Negative Hct= 35.1%, 34% Blood group = A Rh+	มารดากรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันที่คล้ายคลึงกัน คือ มีภาวะครรภ์เป็นพิษ และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนครบกำหนดคลอด เพื่อยุติการตั้งครรภ์เหมือนกัน มีความแตกต่างกันที่จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ โดยมารดากรณี

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
	(1: 2) ได้รับการรักษา - 5 ชั่วโมง15 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการจุกแน่นหน้าอก จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดเด็กดิ้นดี ไม่มีน้ำเดินบวมที่เท้าและขาใต้เข่าทั้ง 2 ข้างบวมกดบุ๋ม 2+ ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ 3+ ไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะมี ความดันโลหิตสูง173/124 mmHg, FHS 130 ครั้งต่อนาที แพทย์ให้รับไว้รักษาที่ห้องคลอด เพื่อเตรียมผ่าตัดคลอด มารดาได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและได้รับการระงับความรู้สึกทางไขสันหลังวันที่ 26 สิงหาคม 2566 ใช้เวลาผ่าตัด 50 นาที เวลา 21.00 น. รับย้ายมารดาจากห้องผ่าตัดมารดารู้สึกตัวดี มดลูกหดรัดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีเลือดซึม	VDRL=NorReactive การตรวจคัดกรองโรคดาวน์ซินโดรม ผล 1:2,800 Low risk การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย (DCIP) ปกติมีอาการหน้ามืด ปวดศีรษะตาพร่ามัว ปวดจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ บวมที่ขาทั้ง 2 ข้างเด็กดิ้นดี ไม่มีน้ำเดินไม่มีมูกเลือดเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ 4+ ไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะพบว่ามีความดันโลหิตสูง 282/118 mmHg, FHS 160 ครั้งต่อนาที แพทย์ให้รับไว้รักษาที่ห้องคลอดเพื่อเตรียมผ่าตัดคลอด มารดาได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และได้รับการระงับความรู้สึกทางไขสันหลังวันที่ 6 ตุลาคม 2566 เวลาใช้เวลาผ่าตัด 55 นาที เวลา21.30 น. รับย้ายมารดาจากห้องผ่าตัดมารดารู้สึกตัวดี มดลูกหดรัดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีเลือดซึม	ศึกษารายที่ 1 ตั้งครรภ์ที่ 2 ได้รับการทำหมันส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นการตั้งครรภ์แรก

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอดในอดีต	- ครรภ์แรกคลอดปกติเมื่อปี พ.ศ. 2559 เด็กเพศหญิง น้ำหนัก 3,600 กรัม ปัจจุบันอายุ 7 ปีไม่ได้เลี้ยงดูบุตรเอง คุณยายเป็นคนเลี้ยงบุตรให้มีพัฒนาการช้าไม่มีประวัติแท้งขูดมดลูกหรือตกเลือดหลังคลอด	- ไม่มีประวัติแท้ง หรือขูด มดลูก	มารดากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีประวัติการแท้ง หรือการขูดมดลูกเหมือนกันมีความแตกต่างกัน คือ มารดากรณีศึกษารายที่ 1 เคยตั้งครรภ์มาแล้ว 1 ครั้ง ตั้งครรภ์ครบกำหนดคลอดปกติ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,600 กรัม ปัจจุบันอายุ 7 ปี มีพัฒนาช้ากว่าปกติ เนื่องจากมารดาใช้ สารเสพติดขณะตั้งครรภ์คุมกำเนิดโดยการฝั่งยาคุมแบบ 3 ปี ครรภ์นี้ตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนการมีบุตรเนื่อง จากยาฝั่งคุมกำเนิดหมดฤทธิ์ ส่วนมารดารายที่ 2 ตั้งครรภ์แรกไม่เคยแท้ง
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	- มีประวัติเป็นโรคไทรอยด์เมื่อปีพ.ศ.2556 รับยาที่โรงพยาบาลพล รักษาด้วยยา คือ PTU(50) 1x2 pc ต่อเนื่องถึงปัจจุบันอาการโรคไทรอยด์ปกติ - มารดาให้ประวัติว่าเริ่มเสพยาแอมเฟตามีน ตั้งแต่อายุ 16 ปี เสพยา สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 2-3 เม็ด ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารและสารเคมี ไม่ดื่มสุรา	- มารดาให้ประวัติว่าได้ปิดบังเรื่องใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ไม่ได้แจ้งให้เจ้าหน้าที่รับยายให้ประวัติว่าใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน สอบถามมารดายอมรับ และให้ประวัติเพิ่มเติมว่าได้ใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ครั้งละ 2-3 เม็ด สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร ไม่ดื่มสุรา	มารดากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามีให้ประวัติการเสพยาแอมเฟตามีนเหมือนกันมีความแตกต่าง คือ มารดากรณีศึกษารายที่ 1 มีประวัติเป็นโรคไทรอยด์ และรักษาโดยการรับประทานยาต่อเนื่อง
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	- อาศัยอยู่กับครอบครัวสามี มีสมาชิกในบ้าน 8 คน ปฏิเสธโรคติดต่อ	-อาศัยอยู่กับครอบครัวสามี มีสมาชิกในบ้าน 6 คน ปฏิเสธโรคติดต่อ	มารดาทั้ง 2 ราย ปฏิเสธการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว มีแต่สามีที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อม	- บ้านไม้ 2 ชั้น มีบริเวณบ้านอยู่ใกล้ร้านขายของชำเป็นแหล่งพบปะของผู้คน	- บ้านปูนชั้นเดียวเป็นบ้านของสามีเปิดขายของชำ เป็นแหล่งพบปะของผู้คนและกลุ่มวัยรุ่น	ทั้ง 2 รายมีความคล้ายคลึงกัน คือ เป็นร้านขายของชำเป็นแหล่งพบปะของผู้คน และสามีเสพยา
อาการแรกรับ	แรกรับย้ายจากห้องผ่าตัดมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและทำหมัน เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง มารดารู้สึกตัวดีมดลูกหดรัดตัวดีกลมแข็ง ระดับสะดือแผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม	แรกรับย้ายจากห้องผ่าตัดมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง ชนิดรุนแรง มารดารู้สึกตัวดีมดลูกหดรัดตัวดีกลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม	มารดาทั้ง 2 รายได้รับการยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดไม่พบอาการแทรกซ้อน

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพ ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนของมารดากรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
แบบแผนที่ 1 การรับรู้ และการดูแลสุขภาพ มารดารับรู้เรื่องการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงครรภ์เป็นพิษ และการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง ทำให้คลอดก่อนกำหนดและทารกในครรภ์น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด หลังผ่าตัดคลอด มดลูกหดรัดตัวไม่ดี	**แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ** มารดารับรู้เรื่องการผ่านตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงครรภ์เป็นพิษและการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อตนเองทำให้คลอดก่อนกำหนด และทารกในครรภ์น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด	**มารดากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความผิดปกติเหมือนกัน** มารดารับรู้เรื่องการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ และการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อตนเองทำให้คลอดก่อนกำหนดและทารกในครรภ์น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดหลังผ่าตัด รู้สึกปวดแผลผ่าตัดทางหน้าท้องแพทย์ได้ให้ยาแก้ปวดเมื่อมีระดับความปวดแผลเกิน 5 และเต้านมตัดตึงปวดระดับ 2 พบสารแอมแฟตามีนในปัสสาวะแพทย์ได้งดให้นมแม่หลังผ่าตัดวันที่สองมีอาการถอนยาเสพติด มารดานอนหลับบนเตียงไม่ร่วมทำกิจกรรม ยังไม่ขับถ่ายอุจาระแพทย์ให้ยาสวนอุจจาระก่อนกลับบ้าน พบสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะบุตร

ตารางที่ 2 (ต่อ)

มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร หลังผ่าตัดมารดางดน้ำและอาหารได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% D/N/2 1000 ml drip 80cc/hr การใช้เสพสารเสพติดขณะตั้งครรภ์ทำให้สารแอมเฟตามีนผ่านไปทางน้ำนมทำให้ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ระยะแรกหลังคลอดต้องงดให้นมลูก 7-10 วัน จนกว่าจะตรวจไม่พบสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ	**แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร** หลังผ่าตัดมารดางดน้ำและอาหารได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% D/N/2 1000 ml drip 80cc/hr การใช้เสพสารเสพติดขณะตั้งครรภ์ทำให้สารแอมเฟตามีนผ่านไปทางน้ำนมทำให้ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ระยะแรกหลังคลอดต้องงดให้นมลูก 7-10 วัน จนกว่าจะตรวจไม่พบสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ	
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย หลังผ่าตัดคลอดยังไม่ขับถ่ายอุจาระ แต่ปัสสาวะปกติหลังเอาสายสวนปัสสาวะออกปัสสาวะเองได้ไม่มีแสบขัด	**แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย** หลังผ่าตัดคลอดยังไม่ขับถ่ายอุจาระ แต่ปัสสาวะปกติหลังเอาสายสวนปัสสาวะออกปัสสาวะเองได้ไม่มีแสบขัด	**มารดากรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความผิดปกติที่ต่างกัน มารดากรณีศึกษารายที่ 1** ในเรื่องหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 13 ชั่วโมงมีเลือดออกทางช่องคลอด ปริมาณ 400-500 มิลลิลิตร แพทย์ได้ให้ยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูกหลังให้ยา 2 ชั่วโมง มดลูกหดรัดตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอดปกติ มารดามีความกังวลเรื่องค่ารักษาและค่าเลี้ยงดูบุตรได้ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันมาอธิบายเรื่องสิทธิประกันตน และแนะนำมารดาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้นานครบ 6 เดือน จะได้ซื้อนมผสมเฉพาะ 5-7 วัน หลังคลอดที่ยังตรวจพบสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ
แบบแผนที่ 4 กิจกรรม และการออกกำลังกาย หลังผ่าตัดคลอดมีอาการปวดแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง วันที่สองหลังผ่าตัดปวดคัดตึงเต้านม อ่อนเพลีย ไม่ขยับร่างกายนอนพักบนเตียงไม่ทำกิจกรรมต่างๆ	**แบบแผนที่ 4 กิจกรรม และการออกกำลังกาย** หลังผ่าตัดคลอดมีอาการปวดแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง วันที่สองหลังผ่าตัดปวดคัดตึงเต้านม อ่อนเพลีย ไม่ขยับร่างกายนอนพักบนเตียงไม่ทำกิจกรรมต่างๆ	
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ วันแรกหลังผ่าตัดคลอดมีอาการปวดแผลผ่าตัดทางหน้าท้องทำให้นอนไม่หลับ และหลับ ในวันที่สองเป็นระยะถอนยาหลังเสพยา 2-3 วัน ทำให้มารดานอน หลับบนเตียงไม่ได้สนใจในการดูแลตนเองหรือทำกิจกรรมต่างๆ	**แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ** วันแรกหลังผ่าตัดคลอดมีอาการปวดแผลผ่าตัดทางหน้าท้องทำให้นอนไม่หลับและหลับในวันที่สองเป็นระยะถอนยาหลังเสพยา 2-3 วัน ทำให้มารดานอนหลับบน หลับบนเตียงไม่ได้สนใจในการดูแลตนเองหรือทำกิจกรรมต่างๆ	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ ในวันที่สองหลังคลอดเป็นระยะถอนยาที่เสพ จะทำให้มารดานอนหลับปลุกตื่นยากไม่สนใจพยาบาลและญาติกระตุ้นให้ทำกิจกรรม	**แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้** ในวันที่สองหลังคลอดเป็นระยะถอนยาที่เสพ จะทำให้มารดานอนหลับปลุกตื่นยากไม่สนใจพยาบาลและญาติกระตุ้นให้ทำกิจกรรม	**มารดากรณีศึกษารายที่ 2** หลังผ่าตัดคลอดยังพบความดันโลหิตสูงแพทย์ให้รับประทานยาความลดความดันโลหิตต่อเนื่องหลังคลอด มีความเครียดกังวลเรื่องอาการป่วยที่รุนแรงกลัวภาวะแทรกซ้อนอันตรายถึงชีวิตเนื่องจากคลอดบุตรคนแรกต้องปรับตัวมาเป็นบทบาทแม่ซึ่งต้องมาเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง และไม่มีความรู้ในการดูแลบุตรและการปฏิบัติตัวหลังคลอดได้ให้คำแนะนำในคลินิกนมแม่และโรงเรียนพ่อแม่ก่อนจำหน่ายกลับบ้านมารดาให้ร่วมมือในการเรียนรู้และปฏิบัติตามคำแนะนำ
แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเอง และอัตมโนทัศน์ รับรู้การเจ็บป่วยเข้าใจสาเหตุและแผนการรักษาของแพทย์เมื่อเห็นบุตรตนเองรู้สึกผิดเสียใจที่ผลของยาเสพติดมีผลต่อทารกแรกเกิด ทำให้คลอดก่อนกำหนดและทารกมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์รู้สึกปวดแผลผ่าตัด pain score สัมพันธ์กัน มีอาการเจ็บคัดตึงเต้านมเนื่องจากระยะแรกยังไม่ได้ให้ลูกดูดนมเนื่องจากตรวจพบสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ	**แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์** รับรู้การเจ็บป่วยเข้าใจสาเหตุและแผนการรักษาของแพทย์ขณะตั้งครรภ์ไม่เคยแจ้งหรือเล่าให้ใครฟังว่าตนเองใช้สารเสพติด มีแต่สามีและยายที่รับรู้เมื่อเห็นบุตรตนเองรู้สึกผิดเสียใจที่ผลของยาเสพติดมีผลต่อทารกแรกเกิดทำให้คลอดก่อนกำหนดและทารกมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดรู้สึกปวดแผลผ่าตัด pain score สัมพันธ์กัน มีอาการเจ็บคัดตึงเต้านมเนื่องจากระยะแรกยังไม่ให้ลูกดูดนมเนื่องจากตรวจพบสาร แอมเฟตามีนในปัสสาวะ	
แบบแผนที่ 8 บทบาท และสัมพันธภาพ มารดาจะวิตกกังวลเรื่องการคลอดบุตรครั้งนี้ทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรเนื่องจากไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ มีปัญหาเรื่องการเงินการวางแผนคุมกำเนิดได้ทำหมันการวางแผนคุมกำเนิดได้ทำหมัน	**แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ** ไม่เป็นปัญหาเนื่องจากครอบครัวรักใคร่กันดี	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
แบบแผนที่ 9 เพศ และการเจริญพันธุ์ มารดามีแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง รู้สึกปวดแผลมากในวันที่1-2 หลังผ่าตัดคะแนนความปวดระดับ 7 ได้รับยาแก้ปวดแผลตามแผนการรักษาของแพทย์รู้สึกคัดตึงเต้านมหลังคลอดแพทย์ให้งดนมแม่ไม่ให้ลูกดูดนมแม่ น้ำคาวปลาสีจางลงไม่มีกลิ่นเหม็น	**แบบแผนที่ 9 เพศ และการเจริญพันธุ์** มารดามีแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง รู้สึกปวดแผลมากในวันที่1-2หลังผ่าตัดคะแนนความปวดระดับ8 ได้รับยาแก้ปวดแผลตามแผนการรักษาของแพทย์ รู้สึกคัดตึงเต้านมแพทย์ให้งดนมแม่ไม่ให้ลูกดูดนมแม่ น้ำคาวปลาสีจางลงไม่มีกลิ่นเหม็น	
แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด มีความกังวลเรื่องอาการป่วยด้วยความดันโลหิตสูงและค่ารักษาพยาบาลในการคลอดบุตรเนื่องจากสิทธิ์ประกันตนและเงินค่าเลี้ยงดูบุตร	**แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด** มีความกังวลเรื่องอาการป่วยที่รุนแรงกลัวภาวะแทรกซ้อนและต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตต่อเนื่องหลังคลอด มีความเครียดเนื่องจากคลอดบุตรคนแรกไม่มีความรู้ในการดูแลบุตร และการปฏิบัติตัวหลังคลอด	
แบบแผนที่ 11 คุณค่า และความเชื่อ ไม่เป็นปัญหาเนื่องจากมีความเชื่อเรื่องบุญกรรมว่าการป่วยครั้งนี้เป็นเหตุสุดวิสัย	**แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ** ไม่เป็นปัญหาเนื่องจาก มีความเชื่อเรื่องบุญกรรมว่าการป่วยครั้งนี้เป็นเหตุสุดวิสัย	

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของมารดากรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูล	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
การวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะชักในระยะหลังคลอดเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง	ข้อที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะชักในระยะหลังคลอดเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง	**กรณีศึกษารายที่ 1** การบรรลุผลการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลบรรลุผล 11 ข้อ ทุกปัญหาได้รับการแก้ไข

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูล	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
	ข้อที่ 2 มารดามีโอกาสเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO4 toxicity) ข้อที่ 3 มารดามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ข้อที่ 4 มารดามีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ข้อที่ 5 มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ข้อที่ 6 มารดาเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ข้อที่ 7 ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บคัดตึงเต้านม ข้อที่ 8 มารดาและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรเนื่องจากบุตรมีภาวะน้ำหนักตัวน้อย ข้อที่ 9 มารดาและครอบครัวเครียดเนื่องจากไม่พร้อมเรื่องการคลอดบุตร ข้อที่ 10 มารดาขาดความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ข้อที่ 11 การวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน	ข้อที่ 2 มารดามีโอกาสเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO4 toxicity) ข้อที่ 3 มารดามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ข้อที่ 4 มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ข้อที่ 5 มารดาเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ข้อที่ 6 ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บคัดตึงเต้านม ข้อที่ 7 มารดาขาดความรู้ และทักษะในดูแลตนเองและบุตร ข้อที่ 8 มารดาขาดความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ข้อที่ 9 มารดาและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรเนื่องจากบุตรมีภาวะน้ำหนักตัวน้อย ข้อที่ 10 การวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน	**กรณีศึกษารายที่ 2** การบรรลุผลการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลบรรลุผล 10 ข้อทุกปัญหาได้รับการแก้ไข การวางแผนการพยาบาลต้องคำนึงถึงเป้าหมายในการป้องกันการเกิดภาวะชัก การป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในสมองหรืออวัยวะต่างๆ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาป้องกันและลดความดันโลหิต การสร้างเสริมสายสัมพันธ์แม่ลูก แผนการรักษาเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด และญาติจากภาวะของโรคที่เผชิญอยู่ และการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง **ผลลัพธ์ของการพยาบาล** มารดากรณีศึกษารายที่ 1 และมารดากรณีศึกษารายที่ 2 พบว่าทั้งสองกรณีศึกษาได้รับการรักษาตามระยะของการเจ็บป่วย

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูล	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
			จนผลลัพธ์ทางการพยาบาลทุกปัญหาได้รับการแก้ไขจนภาวะสุขภาพดีขึ้นตาม ลำดับกรณีศึกษาที่ 2 มีการฟื้นฟูสภาพได้รวดเร็วกว่ากรณีที่ 1 มารดาทั้งสองรายใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ซึ่งแอมเฟตามีนส่งผลต่อการเพิ่มภาวะครรภ์เป็นพิษ รกลอกตัวก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์ ทารกคลอดน้ำหนักตัวน้อย เกิดภาวะรกเสื่อม และเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้สูง สารแอมเฟตามีนยังสามารถผ่านสู่นมแม่ได้ทำให้ทารกเกิดความเสี่ยงต่อการได้รับสารแอมเฟตามีนในกรณีที่มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สรุปกรณีศึกษา

จากการศึกษา การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีการใช้สารแอมเฟตามีนมารดากรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 พักรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน และ 4 วัน ตามลำดับ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ทำให้ปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะการถอนยา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกทั้ง 2 ราย มีน้ำหนักตัวน้อย แต่แข็งแรงดี ดูดนมผสมได้ไม่เกิดภาวะถอนยา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้มารดาและทารกพร้อมกันทั้งสองราย และนัดมาตรวจติดตามความดันโลหิตพร้อมประเมินแผลผ่าตัดหน้าท้องนัดตรวจหลังคลอด และติดตามเรื่องใช้สารเสพติด อย่างต่อเนื่อง

วิจารณ์

จากการศึกษาจะเห็นว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับการใช้สารเสพติดเป็นภาวะคุกคามชีวิต การพยาบาลพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับมารดาหลังคลอดทั้ง 2 ราย ได้แก่ การเฝ้าระวังการชักและป้องกันการชักด้วยการประเมินสัญญาณชีพ ประเมิน DTRs จำนวนปัสสาวะติดตามภาวะน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาการให้การรักษาและอาการของโรค ผลจากการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดโดยพยาบาลที่มีความรู้และทักษะเพียงพอ มีการเฝ้าระวังผลข้างเคียงการใช้ยา MgSO4 มีการติดตามอาการและอาการแสดงอย่างใกล้ชิด ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่รวดเร็ว

มีการรายงานแพทย์ที่เหมาะสมทันท่วงทีเพื่อช่วยในการวางแผนให้การรักษาและการพยาบาล การสร้างเสริมสายสัมพันธ์แม่ลูก การสนับสนุนให้สามารถเผชิญความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจรวมถึงการพยาบาลตามอาการที่สร้างความไม่สุขสบายให้มารดา ตลอดจนการให้ข้อมูลการดำเนินของโรคและแผนการรักษาเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาและญาติและการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องดั้งนั้นพยาบาลควรมีความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงตามระดับความรุนแรง การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ อาการและอาการแสดง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลในรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การพยาบาลที่ถูกต้องและการรายงานแพทย์ที่รวดเร็ว จะส่งผลให้มารดาได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการจัดการอาการไม่สุขสบายของมารดาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่เกิดจากการดำเนินของโรค การให้ข้อมูลการรักษาเป็นระยะๆเพื่อลดความวิตกกังวล ตลอดจนการให้คำแนะเมื่อจำหน่ายกลับบ้านเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

จากข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาลเข้ามาดูแลมารดาหลังคลอด และผลลัพธ์ของการพยาบาลมารดากรณีศึกษาได้บรรลุผลตามเป้าหมาย การวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาลเข้ามาดูแลมารดาหลังคลอด และผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาได้บรรลุผลตามเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาศักยภาพในการประเมิน อาการเปลี่ยนแปลงและทำนายความก้าวหน้าของโรคเพื่อการรายงานแพทย์ที่ทันท่วงที และให้มีความรู้และทักษะในการดูแล และให้การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและใช้สารเสพติดร่วมกับภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดได้ด้วยความเข้าใจเหตุผลของการเจ็บป่วย สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยให้การพยาบาล ตลอดจนติดตามประเมินผลการพยาบาลได้อย่างมีองค์ความรู้

2. พัฒนาปรับปรุงแนวทางในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและใช้สารเสพติดให้ครอบคลุมทั้งประเด็นรายการประเมิน การเฝ้าระวัง ความถี่การเฝ้าระวัง คะแนนหรือรายละเอียดที่ช่วย Alert หรือ Warning ให้ตระหนักและเร่งรายงานแพทย์เพื่อให้ปลอดภัย ป้องกันภาวะชัก ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูงและลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล

3. พัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลให้ครบถ้วน

4. ในกรณีการเยี่ยมมารดาหลังคลอดใช้สารเสพติดควรมีการปรับการเยี่ยมให้มากกว่า 3 ครั้ง และติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิดเนื่องจากมารดาบางรายได้รับการเยี่ยมครบ 3 ครั้ง คุณภาพแล้วมีกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ เพื่อเฝ้าระวังเสริมสร้างพลังการเลิกสารเสพติดแก่มารดาหลังคลอดควรมีสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องต่อไป

5. การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน จากกระบวนการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้แอมเฟตามีนยังไม่มีรูปแบบการเตรียมความพร้อมที่ชัดเจน ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงก่อนจำหน่าย

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2556-2558. การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก https://externinternguide.files.wordpress.com/2018/03/og6-preeclampsiaeclampsiaexin.pdf
2. กิติพร กางการ. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ ร่วมกับการคลอดก่อนกำหนดในระยะคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(2):23-35.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2557. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.

4. เพิ่มศักดิ์ สุเมฆศรี, นาเรศ วงศ์ไพฑูรย์, พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา, ณัฐฐิณี ศรีสันติโรจน์. ก้าวหน้าไปด้วยกันเพื่อการบริบาลปริกำเนิด 4.0. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น; 2560.
5. สมฤดี กีรตวนิชเสถียร, ภารดี ชาวนรินทร์, นาถสุดา โชติวัฒนากุลชัย. บทบาทของพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2562;25(4):112-25.
6. ดวงกมล ปิ่นเฉลียว. การพยาบาลมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: เอส.พี.เอส.พริ้นติ้ง; 2552.
7. พัชรียา นิวัฒน์ภูมินทร์. การใช้ยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูกในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. วิสัญญีสาร. 2562;45(3),124-31.
8. สุชาดา เตชวาทกุล. บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์. วารสารเกื้อการุณย์. 2558;22(2):7-19.
9. พรทิพย์ หอมเพชร, พิศมัย กองทรัพย์, น้องนุช แสนบรรดิษฐ์. ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดการกลับมารักษาซ้ำและการกลับมาเสพซ้ำ ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารโรงพาบาลสกลนคร. 2566;26:12-25.

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2567)
Journal of Research and Health Innovative Development Vol.5 No.1 (January - April 2024)

การส่งเสริมการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Promoting Health Management of the Elderly with Chronic Diseases: A case study of dependent elderly people

ณกานต์ ศิริศักดิ์เกษม*

Nakan Sirisakkasame

Corresponding author: E-mail: mamja.nakan@gmail.com

(Received: December 11, 2023; Revised: December 19, 2023; Accepted: January 21, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง

วัสดุและวิธีการศึกษา : การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือน มิถุนายนถึงเดือนตุลาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พยาธิสภาพของโรค การรักษา การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหาที่เหมือนกัน คือ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และผู้ดูแลขาดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรคผู้ป่วยรายที่ 1 มีการรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพของตัวเองดี แต่ขาดแรงจูงใจแรงกระตุ้นในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ มีความพร้อมด้านผู้ดูแล ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้น ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหาด้านการสื่อสารและการรับรู้จากภาวะสมองเสื่อม ในการพยาบาลผู้ศึกษาต้องให้คำแนะนำ และ Empowerment ผู้ดูแลเป็นหลัก แต่ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัวมีความเหน็ดเหนื่อย ทำให้การดูแลบกพร่อง

สรุปผลและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุพึ่งพิง; การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล

ABSTRACT

Purposes : To promote health management in elderly people with chronic diseases and dependency conditions.

Materials and methods : A study to compare two dependent patients with chronic diseases receiving services at the community health center, Phon Hospital, Phon District, Khon Kaen Province. Conducting a study Between 7 June 2023 and 2 October 2023, the tools used include: Data collection form Patient medical records, interviews, observations, data analysis using the Gordon Health Model. Disease pathology, treatment, nursing planning and operations according to nursing diagnosis. and evaluate nursing results.

Main findings : It was found that both patients had the same problem, which was complications from chronic disease. Decreased ability to perform daily activities Risk of falls and caregivers lack awareness of taking care of patients appropriately for their disease Patient 1 had good awareness of his own health condition. But there was a lack of motivation and motivation to take care of and restore health. Be prepared for caregivers This makes the patient's health condition likely to improve. Patient 2 had communication and cognitive problems due to dementia. In nursing, educators must provide guidance and empowerment. Mainly the caretaker but the caregiver was an elderly person and had a chronic disease. Tired causing impaired care.

Conclusion and recommendations : The results of this research indicate that the participation of families, communities. and related agencies will help patients have more opportunities to access continuous care.

Keywords : Elderly people depend on; Continuing care at home

* Registered Nurse Professional Level, Phon Hospital.

บทนำ

ในปี พ.ศ.2565 ประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด[1] ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ (The United Nations UN) นิยามว่าประเทศใดมีประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน 10% หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่า ประเทศนั้นได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)[2]

ประชากรผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น จากฐานข้อมูล Health Data Center ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 จำนวน 294,876 คน จากประชากรทั้งหมด 1,790,863 คน คิดเป็นร้อยละ 16.46 โดยประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ปี 2563-2564 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 15.11 และ 15.79 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการประเมินศักยภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ปี พ.ศ.2565 การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีจำนวน ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองจำนวน 186,633 คน คิดเป็นร้อยละ 63.29 มีผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 179,616 คน คิดเป็นร้อยละ 96.24 ติดบ้าน จำนวน 6,163 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ติดเตียง จำนวน 854 คน คิดเป็นร้อยละ 0.45[3] นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังพบปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่มอาการ Geriatric syndromes เช่น ภาวะสมองเสื่อม หกล้ม เป็นต้น[2] และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพเนื่องจากภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความรู้ความเข้าใจที่ไม่เหมาะสม และภาวะเศรฐกิจของครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วย แบบเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย แบบบันทึกการเยี่ยมแบบ INHOMESS แบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน แบบประเมินADL แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม[4] เวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พยาธิสภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

1. ภาวะสุขภาพ

จากการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 2 ราย มีปัญหาที่เหมือนกัน คือ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ไม่สามารถจัดการสุขภาพด้วยตนเองได้ และผู้ดูแลขาดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรค รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติส่วนตัว	เพศหญิง อายุ 74 ปี สถานภาพสมรสหม้าย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อ่านออกเขียนได้ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้จากเบี้ยยังชีพ และลูกหลานส่งให้	เพศหญิง อายุ 88 ปี สถานภาพสมรสหม้าย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้จากเบี้ยยังชีพและจากลูกหลานให้
ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	บ้านตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพล อาศัยอยู่ในที่ดินของนายจ้างอยู่ในสวน อาศัยอยู่ด้วยกัน 4 คน สภาพภายในบ้านเป็นบ้านยกพื้นสูงจากพื้นดิน มี 2 ชั้น เก่าทรุดโทรมไม่มีห้องแยกนอนรวมกันกับลูกชายอีก 3 คน วางสิ่งของ และแขวนเสื้อผ้าไม่เป็นระเบียบไม่สะอาดพื้นดินรอบบ้านไม่สม่ำเสมอ มีต้นไม้รก ไม่มีห้องน้ำต้องอาศัยใช้ห้องน้ำบ้านข้างๆที่ไม่มีคนอยู่เพื่ออาบน้ำและขับถ่าย	บ้านตั้งอยู่ในชุมชนในเขตเทศบาลเมืองพล เป็นบ้านของตัวเองลักษณะเป็นบ้าน 2 ชั้น อยู่ติดถนนในซอย มีเพื่อนบ้านโดยรอบ มีร้านขายของชำและอาหารอยู่ปากซอย ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูกสาว 2 คน ใช้ชีวิตกินอยู่หลับนอนที่ห้องนั่งเล่นมีสิ่งของทั้งเสื้อผ้ารวมอยู่ในห้องเดียวกันวางเกะกะไม่เป็นระเบียบ ห้องน้ำอยู่นอกตัวบ้าน สภาพบ้านโดยรวมไม่สะอาดมีกลิ่นปัสสาวะเหม็นฉุน
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	มีบุตร 6 คน ชาย 4 คน หญิง 2 คน บุตรสาวเสียชีวิต1คน ลูกชายเป็นโรคเก๊าท์ 1 คน สามีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเมื่อ 40 ปีที่แล้ว ผู้ป่วยมีพี่น้องทั้งหมด 10 คนไม่ทราบประวัติโรคประจำตัว	มีบุตร 6 คนชาย 2 คน หญิง 4 คนมีโรคประจำตัว 1 คน คือโรคความดันโลหิตสูง สามีของผู้ป่วยเสียชีวิตเมื่อปี พ.ศ.2553 ด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยมีพี่น้อง 3 คน มีน้องสาวป่วยเป็นโรคเบาหวาน
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	-ต้นปี พ.ศ.2555 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน -ปลายปี พ.ศ.2555 เป็นโรคความดันโลหิตสูง	-พ.ศ.2551 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน -พ.ศ.2555 เป็นโรคความดันโลหิตสูง
ประวัติการผ่าตัด	ปฏิเสธ	ผ่าตัดไส้ติ่งเมื่อปี พ.ศ.2551
ประวัติการแพ้ยา/อาหาร	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ

ตารางที่ 2 ข้อมูลประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนที่	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
แบบแผนที่ 1 การรับรู้ และการดูแลสุขภาพ	รับรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย และแนวทางปฏิบัติตัวแต่ปฏิบัติตามไม่ได้ทั้งหมด	รับรู้ว่าเจ็บป่วยต้องกินยาแต่บอกแนวทางปฏิบัติตัวไม่ได้ ปฏิบัติตามไม่ได้ทั้งหมด	ผู้ป่วยรายที่ 1 รับรู้เรื่องการเจ็บป่วยและทราบแนวทางการปฏิบัติตัวผู้ป่วยรายที่ 2 รับรู้ว่าต้องกินยาแต่บอกโรคที่เป็นและการปฏิบัติตัวไม่ได้ทั้ง 2 รายปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้อง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

แบบแผนที่	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
แบบแผนที่ 2 โภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร	รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ไม่ได้ควบคุมอาหาร ควบคุมโรคไม่ได้มีภาวะอ้วนระดับ 2	รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ไม่ได้ควบคุมอาหาร ควบคุมโรคไม่ได้มีภาวะอ้วนระดับ 2	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่ได้ควบคุมอาหารมีภาวะอ้วนระดับ 2
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	ปัสสาวะราดบางครั้งเนื่องจากไปห้องน้ำเองไม่ได้ต้องอาศัยคนอื่นพาไป	ความสามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะลดลง ปัสสาวะราดบ่อยครั้งไปห้องน้ำลำบาก	ผู้ป่วยรายที่ 1 ยังควบคุมการขับถ่ายได้ รายที่ 2 ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้บางครั้ง
แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ช่วยเหลือตัวเองทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัวได้น้อยแขนขาอ่อนแรงลุกเดินเองไม่ได้ต้องอาศัยคนอื่นช่วยพยุงประเมิน ADL=11 มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง	ช่วยเหลือตัวเองทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัวได้น้อยขาอ่อนแรงลุกเดินไม่ได้เคลื่อนไหวโดยใช้ขาและ ก้นกระเถิบไป ประเมิน ADL=8 มีภาวพึ่งพิงรุนแรง	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะพึ่งพิงเหมือนกัน ต่างกันที่ระดับความรุนแรง รายที่1มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง รายที่ 2 มีภาวะพึ่งพิงรุนแรง
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับพักผ่อนได้ มีบางคืนตื่นกลางดึกแล้วนอนไม่หลับแต่ไม่บ่อยไม่ได้ใช้ยานอนหลับ	นอนหลับพักผ่อนได้ มีตื่นกลางดึกแล้วนอนไม่หลับพูดคนเดียว แพทย์เคยสั่งจ่ายยานอนหลับปัจจุบันงดยาแล้ว	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหาการนอนหลับพักผ่อนเหมือนกัน
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	รับรู้เรื่องราวต่างๆได้ดีมี ลืมบ้าง ทำแบบทดสอบความคิดความจำได้ =2 คะแนน ถือว่าผิดปกติ	มีภาวะสมองเสื่อม มีปัญหาเรื่องความคิด ความจำ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหาด้านความคิดความจำเหมือนกันต่างกันที่ รายที่ 1 ยังสามารถรับรู้เรื่องราวต่างได้ รายที่ 2 มีภาวะสมองเสื่อม
แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเอง และอัตมโนทัศน์	รับรู้ความเจ็บป่วยของตัวเองมีความวิตกกังวลเรื่องการช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องอาศัยคนอื่น	มีปัญหาเรื่องความคิดความจำไม่ใส่ใจต่อภาพลักษณ์ของตนเองรับรู้ข้อมูลลดลง	ผู้ป่วยรายที่ 1 ยังรับรู้เรื่องราวเจ็บป่วยของตนเอง ส่วนรายที่ 2 ไม่รับรู้เรื่องการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพของตนเอง
แบบแผนที่ 8 บทบาท และสัมพันธภาพ	มีภาวะพึ่งพิง สัมพันธภาพกับคนอื่นลดลง	มีภาวะพึ่งพิง สัมพันธภาพกับคนอื่นลดลง	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีสัมพันธภาพกับคนอื่นลดลง
แบบแผนที่ 9 เพศ และการเจริญพันธุ์	ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้

ตารางที่ 2 (ต่อ)

แบบแผนที่	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด	มีความวิตกกังวล และรู้สึกเหงาท้อแท้บางครั้ง	มีความรู้สึกเหงา อยากเดินไปไหนมาไหนเอง	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ยังมีปัญหาเรื่องการปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้

ตารางที่ 3 ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผลรายที่ 1	ผลรายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
LDL ‹100 mg/dl	112.68	55.25	รายที่ 1 สูง รายที่ 2 ปกติ
Triglyceride ‹150 mg/dl	341	118	รายที่ 1 สูง รายที่ 2 ปกติ
FBS 70-110 mg/dl	183	131	สูงทั้ง 2 ราย
HbA1C 4.5-6.3 %	6.9	7.0	สูงทั้ง 2 ราย
Creatinine F=0.52-1.4 mg/dl	1.4	0.8	ปกติทั้ง 2 ราย
Clearance F=88-128 ml/min	45	45.9	ต่ำทั้ง 2 ราย
eGFR มากกว่า 90 มล./นาที	37	66	รายที่ 1 stage 3 รายที่ 2 stage 2

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามแบบบันทึกการเยี่ยมแบบ INHOMESS แบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน แบบประเมิน ADL แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม[4] ประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน นำข้อมูลทั้งหมดมาพิจารณาจัดลำดับความสำคัญ วิเคราะห์สรุปข้อมูลภาวะสุขภาพปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว[5] กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการการพยาบาลตั้งแต่แรกรับ และประเมินผลการพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากการดูแล ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย ตามปัญหาที่พบ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
- ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง มีภาวะพึ่งพิงจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกายตามวัย **เป้าหมาย** เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและจัดการสุขภาพตัวเองได้ดีขึ้น	- ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลงมีภาวะพึ่งพิงจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกายตามวัย **เป้าหมาย** เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและจัดการสุขภาพตัวเองได้ดีขึ้น	- มีความแตกต่างกันคือ รายที่ 1 ยังช่วยเหลือตัวเองได้บ้างในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่นลุกนั่งใส่เสื้อผ้า มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง รายที่ 2 ต้องอาศัยคนอื่นช่วยเหลือพยุงลุกนั่งและใส่เสื้อผ้า มีภาวะพึ่งพิงรุนแรง
- เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม **เป้าหมาย** เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและพลัดตกหกล้ม	- เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้มเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม **เป้าหมาย** เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและพลัดตกหกล้ม	- มีความแตกต่างกันคือ รายที่ 1 มีความเสี่ยงมากกว่าเนื่องจากเป็นบ้านไม้ยกพื้นสูง มีระเบียง 2 ชั้น มีบันไดขึ้นลง ส่วนรายที่ 2 อาศัยอยู่ชั้นล่างพื้นบ้านเรียนเสมอกัน
- มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมควบคุมโรคไม่ได้ **เป้าหมาย** เพื่อไม่ให้เกิภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น	- มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมควบคุมโรคไม่ได้ **เป้าหมาย** เพื่อไม่ให้เกิภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น	- ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะ แทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากการควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตไม่ได้จากการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม
- มีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลงมีภาวะพึ่งพิง **เป้าหมาย** เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล	- เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่ก้น และขาเนื่องจากนั่งท่าเดียวนาน ใช้ก้น และขาเป็นหลักในการเคลื่อนไหว **เป้าหมาย** เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่ก้นและขา	- ผู้ป่วยรายที่ 1 รับรู้การเจ็บป่วยของตนเองมากกว่า - รายที่ 2 มีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยที่ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ป่วยรายที่ 2 รับรู้ต่อการเจ็บป่วยลดลง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยกว่า เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่ก้น และขามากกว่ารายที่ 1

ตารางที่ 4 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
- สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง เนื่องจากไม่สามารถไปไหนมาไหนได้เอง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย **เป้าหมาย** เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น	- สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง เนื่องจากไม่สามารถไปไหนมาไหนได้เอง ลูกหลาน ญาติไม่อยากมาเยี่ยม สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่สะอาด **เป้าหมาย** เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น	- ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลงเนื่องจากไปไหนมาไหนไม่ได้ ต่างกันที่รายที่ 1 ยังมีลูกหลานเปลี่ยนกันดูแลหลายคน รายที่ 2 มีผู้ดูแลคนเดียวสุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดีมีกลิ่นปัสสาวะเหม็นฉุนทำให้คนอื่นๆ ไม่ค่อยอยากมาเยี่ยม
- ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและการดูแลฟื้นฟู **เป้าหมาย** เพื่อให้ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวลและสามารถฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยได้	- ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและขาดศักยภาพในการดูแลฟื้นฟู **เป้าหมาย** เพื่อให้ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวลและสามารถฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยได้	- รายที่ 1 มีผู้ดูแลเป็นลูกชายหลายคน ยังแข็งแรงมีศักยภาพในการดูแล แต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่เหมาะสม รายที่ 2 มีผู้ดูแลเป็นลูกสาวคนเดียว สูงอายุและมีโรคประจำตัวทำให้ศักยภาพในการดูแลบกพร่อง
- เสี่ยงต่อการเป็นผู้ป่วยติดเตียง[6] เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสุขภาพ **เป้าหมาย** ไม่ให้เป็นผู้ป่วยติดเตียง	- เสี่ยงต่อการเป็นผู้ป่วยติดเตียง[6] เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกายตามวัย **เป้าหมาย** ลดระยะเวลาการเป็นผู้ป่วยติดเตียง	- รายที่ 1 ยังมีศักยภาพในการฟื้นฟูสุขภาพ ความเสี่ยงน้อยกว่ารายที่ 2 ส่วนรายที่ 2 มีโอกาสเป็นผู้ป่วยติดเตียงได้มากเนื่องจากอายุมากความเสื่อมมีมากขึ้นร่วมกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง

3. การพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม และให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ Empowerment และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติชี้ให้เห็นศักยภาพในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ

3. ร่วมกับผู้ดูแลจัดตารางรายการอาหารที่เหมาะสมกับโรค กำหนดปริมาณอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสมในแต่ละมื้อ และเน้นไม่ให้ปรุงรสชาติเพิ่ม เครื่องดื่มเน้นให้หวานน้อย ไม่เติมน้ำตาลเพิ่ม

4. แนะนำการบริหารยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แขนขาข้อต่อต่างๆ การขมิบก้น วันละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

5. แนะนำญาติจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านไม่วางของเกะกะทำราวจับบันได 2 ข้างและปรับพื้นดินให้สะอาดเรียบเสมอกันให้ผู้ป่วยฝึกเดิน

6. ร่วมกับผู้ดูแลจัดตารางการฝึกเดินออกกำลังกายของผู้ป่วย

- สัปดาห์ที่ 1-2 ให้ฝึกเดินโดยใช้ walker วันละ 1-2 ครั้ง ประเมินศักยภาพผู้ป่วยและค่อยๆ เพิ่มจำนวนและเวลาตามศักยภาพผู้ป่วย

- สัปดาห์ที่ 3-4 ให้ฝึกเดินจับราวไม้ไผ่วันละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 2-3 รอบ ประเมินศักยภาพและค่อยๆ เพิ่มจำนวนและเวลาตามศักยภาพผู้ป่วย

7. ตรวจสอบการกินยา และแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง

8. ติดตามตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต และนัดตรวจเลือดประจำปี พ.ศ.2567

9. ติดตามเยี่ยมในชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง และติดตามประเมิน ADL

10. ส่งต่อให้ผู้ดูแล Long Term Care[6] เพื่อมอบหมายให้ Care giver[6] ติดตามเยี่ยมเสริมพลังกระตุ้นผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

- ในระหว่างดูแลไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเพิ่มขึ้น

- ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยสามารถเดินโดยใช้ Walker ในระยะใกล้ๆและฝึกเดินจับราวได้เองวันละ 2-3 รอบ ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้เองมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลงและมีกำลังใจในการฟื้นฟูสุขภาพ

- ประเมิน ADL=13 คะแนน ซึ่งหมายถึงไม่มีภาวะพึ่งพา ติดตามตรวจ DTX=136mg/dl ความดันโลหิต 134/78 mmHg ชีพจร 78 ครั้ง

-นัดตรวจเลือดประจำปีวันที่ 25 ธันวาคม 2566

-มีทีม อสม. และ Care giver ติดตามเยี่ยมเสริมพลังในชุมชนเดือนละ 1-2 ครั้ง

กิจกรรมการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 2

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค แนวทางการรักษา รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้น เสริมสร้าง Empowerment และให้กำลังใจผู้ดูแลชี้ให้เห็นศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย

2. ร่วมกับญาติจัดตารางรายการอาหาร ที่เหมาะสมกับโรค กำหนดปริมาณอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสม และเน้นไม่ให้ปรุงรสชาติเพิ่มเครื่องดื่มเน้นให้หวานน้อยไม่เติมน้ำตาลเพิ่ม

3. แนะนำการทำกายภาพบำบัด ท่าบริหารข้อต่างๆ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อให้ผู้ดูแล และร่วมจัดตารางการทำกิจกรรมโดย

- สัปดาห์ที่ 1-2 ทำวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ค่อยๆ เพิ่มจำนวนในสัปดาห์ที่ 3-4 ประเมินศักยภาพผู้ป่วย และผู้ดูแลและปรับตามความเหมาะสมตามความสามารถที่ทำได้

4. เตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ ต่างๆที่จำเป็น ให้อยู่ใกล้มือผู้ป่วยเพื่อสะดวกในการหยิบใช้ในระหว่างวัน

5. ถ้าผู้ดูแลไม่ได้อยู่ด้วยให้ปิดประตูบ้านทุกครั้งหรือใช้โต๊ะมากั้นประตูป้องกันผู้ป่วยคลานออกไปที่ถนน

6. ทำราวจับให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งได้ง่ายขึ้น

7. ขอความร่วมมือเพื่อนบ้านให้ช่วยเป็นหูเป็นตา ถ้าเห็นผู้ป่วยคลานออกไปที่ถนนให้รีบบอกญาติ

8. แนะนำผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดเป็นที่เป็นทาง และใช้น้ำยาถูพื้นเพื่อดับกลิ่นหลังผู้ป่วยปัสสาวะราด เปลี่ยนกางเกงผ้านุ่งทุกครั้งไม่หมักหมม ปล่อยให้แห้งเองใช้วาสลีนทาก้นให้ชุ่มชื้นลดผิวแห้ง และการเกิดแผล

9. ใช้เบาะนั่งรองก้นเพื่อลดการเสียดสีกับพื้นโดยตรงเวลาผู้ป่วยนั่งหรือกระเถิบเคลื่อนที่ในบ้าน

10. ติดตามตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต นัดตรวจเลือดประจำปี พ.ศ.2567

11. ติดตามเยี่ยมในชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง และติดตามประเมิน ADL

12. ส่งต่อให้ผู้ดูแล Long Term Care6 เพื่อมอบหมายให้ Care giver[6] ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง กระตุ้นผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

- ในระหว่างดูแลไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเพิ่มขึ้น ไม่มีแผลกดทับที่ก้นและขา ญาติมีความวิตกกังวลลดลง มีความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยหยิบจับสิ่งของเองทำกิจวัตรง่ายๆ ได้เพิ่มขึ้น ญาติมีกำลังใจในการฟื้นฟูสุขภาพ ประเมิน ADL=9 คะแนน ซึ่งหมายถึงมีภาวะพึ่งพาปานกลาง ติดตามตรวจ DTX=126mg/dl ความดันโลหิต 138/84 mmHg ชีพจร 86 ครั้ง

- นัดตรวจเลือดประจำปีวันที่ 25 ธันวาคม 2566

- มีทีม อสม.และ Care giver ติดตามเยี่ยมเสริมพลังในชุมชนเดือนละ 1-2 ครั้ง

วิจารณ์

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมานาน จะบกพร่องในการดูแล และจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อน มีภาวะพึ่งพิง ยิ่งทำให้การฟื้นฟูสุขภาพยุ่งยากซับซ้อนกว่าคนอายุน้อยๆ พยาบาลชุมชน[5] มีบทบาทสำคัญในการประสานการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงการดูแลได้ต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น รวมถึงการวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care plan)[6] และ Empowerment เพิ่มความตระหนักในการดูแลตนเอง (Self-Care) โดยผสมผสานบริการครบถ้วนทั้ง 4 มิติ คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ[5] เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน มีศักยภาพ และความสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ให้มีสุขภาพดี ลดการป่วย การตาย ความพิการจากโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีวิธีป้องกันได้ จะทำให้มีประชาชนจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อน จะบกพร่องในการดูแลและจัดการภาวะสุขภาพตนเอง ทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมลงเร็วกว่าคนอายุน้อยๆ มีภาวะพึ่งพิง ทำให้คนในครอบครัวมีภาระด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น ในด้านของพยาบาลชุมชน การให้การพยาบาลผู้ป่วยต้องประเมินครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย ถ้าพยาบาลชุมชนมุ่งให้การพยาบาลเฉพาะบุคคล ทำให้บุคคลนั้น หายจากโรคที่กำลังเป็นอยู่ แต่ถ้ากลับไปอยู่บ้านในสภาพเดิมก็อาจกลับมาป่วยอีกครั้ง ดังนั้นการพิจารณาปัญหาของผู้ป่วยจึงควรพิจารณาปัญหาสิ่งอื่นๆ ในครอบครัวนั้นด้วย[5] เพราะครอบครัวเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น การเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมๆกันจะทำให้การพยาบาลบรรลุวัตถุประสงค์ได้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรัง และกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ. นนทบุรี; 2560.
2. ทิฐินันท์ บุญเต็ม. การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะพึ่งพิง : กรณีศึกษา. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2565;6(11):66-84.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. Health Data Center [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php.
4. คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564. นนทบุรี; 2564.
5. ทิตยาวดี อินทรางกูร. กระบวนการพยาบาลชุมชนอนามัยครอบครัว อนามัยโรงเรียน อาชีวอนามัย. บุรีรัมย์: เรวัตการพิมพ์; 2564.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่. นนทบุรี; 2559.

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care for Preeclampsia with severe features : Two Case Studies

อรุณี วิชิต*
Arunee Wichit
Corresponding author: E-mail: aruneewichit569@gmail.com
(Received: December 11, 2023; Revised: December 19, 2023; Accepted: January 22, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาแนวทางการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงในระยะคลอด

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้คลอดที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง จำนวน 2 ราย ที่มารับบริการงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น มีการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบในการศึกษาผู้คลอดครอบคลุมระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) รวมทั้งการพยาบาลทารกแรกเกิด

ผลการศึกษา : พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 20 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 36^{+3} สัปดาห์ ไม่ได้ฝากครรภ์ มาด้วยอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัวมีอาเจียน 1 ครั้ง ขณะให้การดูแลรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีอาการชัก 1 ครั้ง แพทย์วินิจฉัย Eclampsia ให้การรักษาโดยให้ยาป้องกันการชัก แมกนีเซียมซัลเฟตและยาลดความดันโลหิต ส่งต่อห้องคลอดเพื่อเตรียมผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์อายุ 31 ปี ตั้งครรภ์ที่ 3 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ตามนัด ตรวจพบมีความดันโลหิตสูง แพทย์วินิจฉัยเป็น Preeclampsia with severe features จึงส่งต่อห้องคลอดเพื่อรับไว้รักษา โดยให้ยาป้องกันการชักแมกนีเซียมซัลเฟต และยาลดความดันโลหิต และยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด ผู้คลอดกรณีศึกษาทั้ง 2 รายและทารกแรกเกิดปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าภาวะครรภ์เป็นพิษหากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ และทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดต้องมีความรู้ และทักษะในการประเมินภาวะเสี่ยงที่รวดเร็ว รายงานแพทย์ได้ทันท่วงที มีความรู้เรื่องการบริหารยา จะทำให้ลดความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงได้ส่งผลให้มารดาและทารกปลอดภัย

คำสำคัญ : การพยาบาล; ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล

ABSTRACT

Purposes : To study guidelines for using the nursing process in births with severe pre-eclampsia during labor.

Materials and Methods : This was a comparative study of 2 births diagnosed with severe pre-eclampsia who received birth nursing services at Phon Hospital, Khon Kaen Province. Health status was assessed using Gordon's 11 health plans and the nursing process was used as a framework for birth education covering the prenatal period. Birth and postpartum period (first 2 hours after birth) including newborn nursing.

Main findings : It was found that case study number 1, a pregnant woman aged 20 years, second pregnancy, 36+3 weeks of pregnancy, did not receive prenatal care. Came with a headache, blurred vision, and vomited 1 time. While receiving care at the Accident and Emergency Department, there was 1 seizure. The doctor diagnosed Eclampsia and gave treatment by giving anti-seizure medication. Magnesium sulfate and blood pressure medicines Transferred to the delivery room to prepare for emergency cesarean section. As for the second case study, a 31-year-old pregnant woman, her third pregnancy, 38 weeks of pregnancy, came for prenatal care as per her appointment. Detected to have high blood pressure The doctor diagnosed Preeclampsia with severe features and sent him to the delivery room for treatment. By giving the anti-seizure drug magnesium sulfate. And blood pressure medicine and terminating the pregnancy by cesarean section. The two case study deliverers and their newborns were safe and had no complications.

Conclusions and recommendations : This study shows that if pre-eclampsia was not treated, it will increase the severity of the disease. Causes harm to the mother and fetus. And cause death Therefore, delivery room nurses must have the knowledge and skills to quickly assess risk. Report to the doctor in a timely manner Have knowledge about drug administration. This will reduce the severity and prevent complications from severe preeclampsia, resulting in the safety of mothers and babies.

Keywords : Nursing; Severe preeclampsia

* Registered Nurse Professional Level, Phon Hospital

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy-induced hypertension: PIH) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย คือความชุกทั่วโลกประมาณร้อยละ 4.6 ของการตั้งครรภ์ และรายที่รุนแรงถึงขั้น Eclampsia พบได้ประมาณ 1:1000-1:1500 ของการคลอด เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาและทารก ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ที่มีประวัติคนในครอบครัวมีความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงเป็นเกือบ 3 เท่าของอุบัติการณ์ทั่วไป ประวัติมีความดันโลหิตสูงในครรภ์ก่อนโอกาสเป็นในครรภ์ต่อมาเพิ่มเป็น 7 เท่า[1] สาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์โดยเฉพาะภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) ยังไม่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตามอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ทารกในครรภ์และแรกคลอด จะลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา[2]

Preeclampsia หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันเลือดสูงร่วมกับมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ถ้ามีอาการ และอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าโรคมีความรุนแรงหรือเรียกว่ามี Severe features จึง เรียกว่า Preeclampsia with severe features สำหรับภาวะชักที่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยอาจมีหรือไม่มี Severe features นำมาก่อนก็ได้และการชักไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น เรียกว่าโรคพิษแห่งครรภ์ระยะชัก (Eclampsia)[3]

จากข้อมูลกองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565-2566 พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ 25.86 และ 21.40 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย ตามลำดับซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาเป็นอันดับ 2 รองจากภาวะตกเลือดหลังคลอด[4] สถิติของโรงพยาบาลพลในปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2566 มีจำนวนผู้คลอด 898, 866, 886 รายตามลำดับ พบผู้คลอดมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 2.23, 1.62 และ 1.5 ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ.2566 พบมีผู้คลอดมีภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงจำนวน 1 ราย แต่ยังไม่พบมารดาเสียชีวิต แม้ว่าสถิติการเกิดภาวะนี้จะพบได้น้อยและมีแนวโน้มลดลง แต่ยังมีความรุนแรงที่นำไปสู่การเสียชีวิตของมารดา และทารกได้ ดังนั้นจึงได้ศึกษากรณีศึกษาเพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลห้องคลอด ให้มีทักษะประเมินภาวะสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ได้ถูกต้อง และใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงได้ครอบคลุมตามมาตรฐานเพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงในระยะคลอด

วิธีการศึกษา

ศึกษาผู้คลอดที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง จำนวน 2 รายที่มารับบริการงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ทำการศึกษาผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมีนาคม 2566 ผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 2 ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนเมษายน 2566 รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบในการศึกษาผู้คลอดครอบคลุมระยะก่อนคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอด (2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) รวมทั้งการพยาบาลทารกแรกเกิด

กรณีศึกษา

ผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 1 อายุ 20 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 36^{+3} สัปดาห์ รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2566 และคลอดในวันเดียวกัน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 7 มีนาคม 2566 การวินิจฉัยโรคครั้งแรก G2P1001 Gestationalage 36^{+3} weeks with Eclampsia with previous cesarean section การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Cesarean section with TR due to Eclampsia with previous cesarean section ผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 2 ผู้คลอดอายุ 31 ปี ตั้งครรภ์ที่ 3 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 26

เมษายน 2566 และคลอดในวันเดียวกัน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 30 เมษายน 2566 การวินิจฉัยโรคครั้งแรก G3P2002 Gestational age 38 weeks with Preeclampsia with severe features การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Cesarean section with TR due to Preeclampsia with severe features

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ตาพร่ามัว และมีคลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง	มาฝากครรภ์ตามนัดตรวจพบความดันโลหิตสูง แพทย์ให้รับไว้รักษาที่ห้องคลอด
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง และมีอาการตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัด ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ขณะตรวจร่างกายที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีอาการชัก 1 ครั้ง ได้รับยา $MgSO_4$ และยาลดความดันโลหิต ส่งห้องคลอดเตรียมผ่าตัดฉุกเฉิน	มาฝากครรภ์ตามนัดตรวจพบความดันโลหิตสูง 157/110 -170/110 มิลลิเมตรปรอท) ไม่มีอาการปวดศีรษะหรือตาพร่ามัว ยังไม่เจ็บครรภ์ เด็กดิ้นดี แพทย์ให้รับไว้รักษาที่ห้องคลอด
ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด	ผู้คลอดตั้งครรภ์ที่ 2 (G2P1001) บุตรคนแรก อายุ 2 ปี อายุครรภ์ 36^{+3}สัปดาห์ by U/S ไม่ได้ฝากครรภ์ - ครรภ์แรกคลอดโดยผ่าตัดคลอด ปีพ.ศ.2564 เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,000 กรัม แข็งแรงดีปัจจุบันอายุ 2 ปี ปฏิเสธ ประวัติการล้วงรกหรือขูดมดลูกการตกเลือดหลังคลอด	ผู้คลอดตั้งครรภ์ที่ 3 (G3P2002) บุตรคนที่ 2 อายุ 1 ปี 11 เดือน อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ by U/S ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพล 12 ครั้ง ตรวจพบเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 19^{+1} สัปดาห์ รักษาแบบควบคุมอาหารและเคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ที่ 2 รักษาโดยการควบคุมอาหาร ระหว่างตั้งครรภ์นี้ ไม่มีอาการผิดปกติอื่นๆ ระดับน้ำตาลในเลือด 78-106 mg% ปฏิเสธประวัติการล้วงรกหรือขูดมดลูก การตกเลือดหลังคลอด

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธโรคประจำตัว การแพ้ยาและอาหารหรือสารเคมีมีประวัติการได้รับการผ่าตัดคลอด ปี พ.ศ.2564	ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงของบุคคลในครอบครัว	มารดาผู้คลอดเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รักษาโดยการควบคุมอาหารสามารถควบคุมได้
การตรวจร่างกาย	แรกรับที่ห้องคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ซึมเล็กน้อย ยังไม่เจ็บครรภ์ วัดสัญญาณชีพ: T= 36.6 °C PR=130 /min, RR=20/min BP=180/117 mmHg, $SpO_2$100 % , DTRs 2+ On O_2 mask with bag10 L/min ระดับมดลูก 3/4>ระดับสะดือ EFW 3,000 gm, FHS150 bpm	แรกรับรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการปวดศีรษะหรือตาพร่ามัว ยังไม่เจ็บครรภ์ วัดสัญญาณชีพ T = 36.4 °C PR=98 /min, RR=20/min BP=170/110 – 180/115 mmHg SpO_2 99 % , DTRs 2+ ระดับมดลูก 3/4>ระดับสะดือ EFW 3,000 gm, FHS 130-154 bpm
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	วันที่ 3 มีนาคม 2566 CBC: Hct 41 % Hb 13.5 gm% Platelet count 278,000 cell/cumm VDRL, HIV, HBsAg ปกติ DTX 92 mg/dl, Uric acid 7.9 mg/dl BUN, Creatinine, Electrolyte ปกติ Liver function test ที่ผิดปกติ AST 98 U/L, ALT 73 U/L ALK 145 U/L Urine albumin = 2+	26 เมษายน 2566 CBC : Hct 34.3 % Hb 11.1 gm% Platelet count 269,000 cell/cumm FBS=95 mg% Creatinine=0.5 mg/dl Uric acid, Electrolyte ปกติ Liver function test ที่ผิดปกติ ALK 199 U/L Urine Albumin = trace
การวินิจฉัยโรค	G2P1001 GA 36^{+3} weeks with Eclampsia with previous cesarean section	G3P2002 GA 38 weeks with Preeclampsia with severe features

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แผนการรักษา	- ให้ยากันชัก Magnesium sulfate ($MgSO_4$)	- ให้ยากันชัก Magnesium sulfate ($MgSO_4$)
	- ให้ยาลดความดันโลหิต Hydralazine	- ให้ยาลดความดันโลหิตHydralazine
	- ยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด	- ยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะรอคลอด	1. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก/ชักซ้ำเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง	1. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง	ระยะรอคลอด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง
	2. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการได้รับยา Magnesium sulfate ($MgSO_4$)	2. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการได้รับยา Magnesium sulfate ($MgSO_4$)	ชนิดรุนแรงเหมือนกัน แต่กรณีศึกษารายที่ 1 มีประวัติการชักที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมาก่อนและอยู่ในระยะวิกฤตมีโอกาสชักซ้ำมากกว่าซึ่งต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกัน แต่กรณีศึกษารายที่ 1 ทารกอยู่ในภาวะคับขัน (fetal distress) มากกว่าผล EFM Category II ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและยุติการตั้งครรภ์ทันที
	3. ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและความเจ็บป่วย	3. ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและความเจ็บป่วย	
	4. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกและรกไม่เพียงพอเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูง	4. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกและรกไม่เพียงพอเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูง	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด	5. ผู้คลอดและทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	5. ผู้คลอดและทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	ในระยะคลอด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่เหมือนกัน และเฝ้าระวังป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นเดียวกัน
	6. ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (Birth asphyxia)	6. ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (Birth asphyxia)	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
	2. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการได้รับยา Magnesium sulfate ($MgSO_4$)	2. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการได้รับยา Magnesium sulfate ($MgSO_4$)	ชนิดรุนแรงเหมือนกัน แต่กรณีศึกษารายที่ 1 มีประวัติการชักที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมาก่อนและอยู่ในระยะวิกฤตมีโอกาสชักซ้ำมากกว่าซึ่งต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกัน แต่กรณีศึกษารายที่ 1 ทารกอยู่ในภาวะคับขัน (fetal distress) มากกว่าผล EFM Category II ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและยุติการตั้งครรภ์ทันที
	3. ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและความเจ็บป่วย	3. ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและความเจ็บป่วย	
	4. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกและรกไม่เพียงพอเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูง	4. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกและรกไม่เพียงพอเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูง	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด	5. ผู้คลอดและทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	5. ผู้คลอดและทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	ในระยะคลอด กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน และเฝ้าระวังป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นเดียวกัน
	6. ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (Birth asphyxia)	6. ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (Birth asphyxia)	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังคลอด	7. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลที่มดลูกและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้การหดรัดตัวของมดลูกลดลง	7. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลที่มดลูกและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้การหดรัดตัวของมดลูกลดลง	ระยะหลังคลอด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการดูแลหลังคลอดที่แตกต่างกันเนื่องจากกรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
	8.ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 9.ผู้คลอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดแผลที่มดลูกและคาสายสวนปัสสาวะ 10.ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo/hyperthermia 11. ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)	8. ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง 9. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดแผลที่มดลูกและคาสายสวนปัสสาวะ 10. ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo/hyperthermia 11. ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)	และหลังผ่าตัดคลอดยังอยู่ในระยะวิกฤตต้องดูแลแบบใกล้ชิดโดยย้ายไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหนัก (ICU) ส่วนกรณี ศึกษารายที่ 2 หลังผ่าตัดคลอดย้ายไปดูแลต่อที่ตึกสูตินรีเวชกรรมตามปกติ และข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเหมือนกัน แต่กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งมีความเสี่ยงสูง จึงต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมง และตรวจติดตามทุก 8 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 10% D/W 100 ml/IV/drip7 ml/hr. ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ทารกครบกำหนดแต่มารดามีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และควบคุมได้จึงตรวจเฉพาะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ซึ่งผลตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผลการศึกษา

ผู้คลอดกรณีศึกษาที่ 1 อายุ 20 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 36^{+3} สัปดาห์ ไม่ได้ฝากครรภ์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และมีอาเจียน 1 ครั้ง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง แรกรับที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินขณะตรวจร่างกายผู้คลอดมีอาการชักเกร็ง 1 ครั้ง วัดความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 164/117-205/110 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นออกซิเจนปลายนิ้ว 98% Deep tendon reflex 2+ สูติแพทย์ประเมินอาการ วินิจฉัยเป็น Eclampsia ให้การรักษาโดยให้ยาป้องกันการชัก ยาลดความดันโลหิต ส่งห้องคลอดเพื่อยุติการนตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องฉุกเฉิน หลังผ่าตัดคลอด

ส่งผู้คลอดดูแลรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนัก (ICU) เพื่อเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ให้ยาป้องกันชักต่อจนถึง 48 ชั่วโมง ระดับแมกนีเซียมในกระแสเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้คลอดมีอาการดีขึ้นตามลำดับไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกแข็งแรงดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมอยู่โรงพยาบาล 4 วัน นัดตรวจติดตามความดันโลหิต 1 สัปดาห์

ผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 2 อายุ 31 ปี ตั้งครรภ์ที่ 3 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ตามนัด ตรวจพบความดันโลหิตสูง 157/110 -170/110 มิลลิเมตรปรอท Deep tendon reflex 2+ แพทย์วินิจฉัย Preeclampsia with severe features ให้รับไว้รักษาที่ห้องคลอด ให้ยาลดความดันโลหิตและยาป้องกันการชัก หลังควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว แพทย์ยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในวันเดียวกัน หลังผ่าตัดคลอดความดันโลหิตลดลง ทารกแรกเกิดแข็งแรงดี ทั้งมารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 4 วัน นัดตรวจติดตามความดันโลหิต 1 สัปดาห์

วิจารณ์

จากการศึกษาผู้คลอดกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ซึ่งมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง จะเห็นว่าทั้ง 2 ราย มีความรุนแรงของโรคต่างกัน ซึ่งผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 1 มีประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์แรกแต่ขาดความตระหนักในการฝากครรภ์จึงทำให้มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นจนเกิดภาวะชัก ส่วนผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 2 มีการฝากครรภ์สม่ำเสมอตามนัดทุกครั้ง ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็ว สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หลักการรักษา คือ การลดความดันโลหิต ป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว ป้องกันการชัก พิจารณายุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากมีความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดอาการชัก เป็นอันตรายต่อมารดาและทารก[5] และหลักการพยาบาล เป้าหมายคือลดความรุนแรงของโรค ป้องกันไม่ให้โรครุนแรงมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะชักหรือชักซ้ำ ป้องกันอันตรายของทารกในครรภ์[6] พยาบาลผู้ให้การดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะในการประเมินภาวะเสี่ยง การบริหารยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา มีการวางแผนการตอบสนองของทีม รวมทั้งการขอความช่วยเหลือเพิ่มเติม เมื่อเกิดเหตุการณ์

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาบุคลากรในห้องคลอด โดยเพิ่มศักยภาพทั้งในด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ มีการฝึกซ้อมจำลองสถานการณ์สูติศาสตร์ฉุกเฉินทุกปี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมที่รวดเร็ว สามารถช่วยเหลือผู้คลอดได้ทันท่วงที

2. พัฒนา/ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงให้ครอบคลุมประเด็นการประเมิน การเฝ้าระวัง ความถี่ของการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต สัญญาณเตือนถึงความรุนแรงของโรค เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลให้เป็นแนวทางเดียวกัน

3. นำเสนอผลการศึกษาต่อคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อรณรงค์เรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ และการติดตามเฝ้าระวังในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา ศิริโชติยกุล, ธีระ ทองสง. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน : ธีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: บริษัทลักษมีรุ่ง; 2564.
2. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ.2556-2558. แนวทางปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2566] เข้าถึงได้จาก: http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/09/OB-018-การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ.pdf
3. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. ครรภ์เป็นพิษและโรคพิษแห่งครรภ์ระยะชัก [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/33344/

4. กรมอนามัย. สถิติสาธารณสุขอัตราส่วนการตายมารดาไทย. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทวงสาธารณสุข; 2566.
5. รังสรรค์ เดชนันทพิพัฒน์, สุชยา ลือวรรณ. ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topicreveiw/6655
6. สุรีย์พร กฤษเจริญ. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์. ใน: สุนันทา ยังวาณิชเศรษฐ์ และคณะ. การพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2567)
Journal of Research and Health Innovative Development Vol.5 No.1 (January - April 2024)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อหินวัดด้วยเครื่องวัดความดันลูกตาแบบ Noncontact tonometer และเครื่องวัดความดันลูกตาแบบ Tonopen tonometer ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการมองไม่ชัดที่มีภาวะโรค ซับซ้อน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of patients glaucoma measured with Noncontract tonometer and Tonopen tonometer in patients with blurred vision with complicated disease : 2 cases study

พิสมัย สัตนาโค*

Pssamai Sattanakho

Corresponding author: E-mail: Pissamail19655@gmail.com

(Received: December 12, 2023; Revised: December 20, 2023; Accepted: January 23, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อหินที่ปัญหาการมองไม่ชัดมีภาวะซับซ้อนคัดกรองด้วย Noncontact tonometer และ Tonopen tonometer : 2 cases study

รูปแบบการวิจัย : กรณีศึกษา 2 ราย (Cases study)

วัสดุและวิธีวิจัย : การเลือกผู้ป่วยโรคต้อหินที่ปัญหาการมองไม่ชัดมีภาวะซับซ้อน ที่มารับบริการในห้องตรวจผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นการเจาะจง เลือกผู้ป่วยต้อหินที่มีภาวะแทรกซ้อนและเสี่ยงตาบอดสูง ในบริบทที่แตกต่างกัน แบบผสมผสาน มีการเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินสภาพ ซัก ประวัติ ข้อมูลร่วมวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์โดยนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ ทฤษฎีทางการพยาบาล และแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม รวมทั้งกระบวนการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาลร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามปัจเจกบุคคล จากนั้นปรับปรุงแก้ไข ตามกระบวนการพยาบาลจนถึงกลับบ้าน

ผลการศึกษา : ผลการพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินได้รับการตรวจวัดสายตาด้วยเครื่อง Non-contact tonometer เหมือนกัน จากประวัติกรณีศึกษารายที่ 1 อายุ 53 ปี เคยมีประวัติผ่าตัดต้อกระจกมาก่อน ครั้งนี้เป็นการกลับตรวจต่อเนื่อง มีโรคประจำตัว คือ โรคไทรอยด์ กรณีศึกษารายที่ 2 อายุ 58 ปี เป็นต้อหินตามนัด มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินได้รับการตรวจวัดสายตาด้วยเครื่อง Non-contact tonometer มาเข้ารับการรักษาตามนัดหมาย ไม่มีการเลื่อนนัดซึ่งรายที่ 2 มาตรวจก่อนนัดเนื่องจากอาการปวดมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ : การดูแลรักษาจนปลอดภัยจากอาการที่เกิดจากโรคต้อหินที่มีความดันลูกตาสูง สามารถคงสภาพของลูกตาไว้แต่ปัญหาการมองเห็นของผู้ป่วยยังคงสภาพเดิมซึ่งมีอาการมัว มองไม่ชัด จากความรุนแรงของโรคประจำตัว และโรคต้อหิน พยาบาลผู้ดูแลได้ให้ความรู้และเพิ่มพูนทักษะการดูแลของญาติให้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้และผู้ป่วยกลับบ้านได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพยาบาล; โรคต้อหิน; การพยาบาลโรคต้อหิน; เบาหวานขึ้นจอประสาทตา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : To study and compare nursing for glaucoma patients with complicated problems screened to Noncontact tonometer and Tonopen tonometer : 2 cases study.

Study design : Cases study.

Materials and Methods : Selecting glaucoma patients with blurred vision was a complicated condition. Receive services in Out-Patient Department at Roi Et Hospital. specifically Select glaucoma patients with complications and High risk of blindness. Data was collected Condition assessment, history taking, information for planning nursing operations according to nursing diagnosis, summarizing and evaluating physical examination, laboratory results. Analyze data using scientific knowledge. Nursing theory and holistic nursing concepts, Including process, planning with nursing practice results the distribution of DMETHOD. Then improve and follow the nursing process until returning home.

Main findings : The results that two case study patients diagnosed with glaucoma and had eyes measured using a non-contact tonometer as well. Case 1, age 53, had a history of cataract surgery before. Has a congenital disease, namely thyroid disease. Case 2, age 58 years, follow glaucoma, congenital diseases is diabetes and high blood pressure. Found that glaucoma patients had eyes measured with non-contact tonometer and tonopen tonometer.

Conclusion and recommendations : Nursing care from symptoms by glaucoma with high intraocular pressure. The condition of the eye can be preserved, but the patient's vision problem remains the same, which is blurry and unclear vision due to the severity of the congenital disease and glaucoma. The nurse in provides knowledge and enhances care skills of relatives so that they can care for patients at home and receive continuous care.

Keywords : Nursing care; Glaucoma; Glaucoma nursing; Diabetic retinopathy

* Expert professional nurse, Out-Patient Department at Roi Et Hospital

บทนำ

ผู้ป่วยตาบอดพบว่าส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเบาหวานขึ้นจอประสาทตาสาเหตุมาจากผู้ป่วยโรคเบาหวานทำลายจอประสาทตา คิดเป็นร้อยละ 34.6 ของผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับประเทศไทยพบว่าเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเป็นสาเหตุของภาวะตาบอดทั้งหมดร้อยละ 5.1[1,3] ปัญหาสายตาผิดปกติเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ดังนั้นการป้องกันภาวะตาบอดถาวรจากโรคต้อหินมุมเปิดนี้คือการควบคุมความดันตาให้อยู่ในเกณฑ์กำหนด โดยมีค่าเฉลี่ย 15.5±2.57 สูงสุด 20.5 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) ค่าความดันตามีค่าสูงกว่าปกติสาเหตุหลักเกิดจากความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา (Aqueous humor)[2-3] จากปัญหาดังกล่าวถ้าได้รับการคัดกรอง และดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง คุณภาพชีวิตของผู้มารับบริการอาจจะดีขึ้นแลปลอดภัยจากภาวะตาบอดได้ คุณภาพทางการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยให้ระบบบริการสุขภาพผู้ที่มีปัญหาด้านสายตาของประเทศได้รับบริการที่ดี[2-3,4] การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย มาตรฐาน และจริยธรรมวิชาชีพโรงพยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการด้านสายตามีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อความคาดหวังของผู้มารรับริการโรคตา จึงเกิดกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้นไปสู่บริการที่มีคุณภาพ[1,5-6]

โรคตาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดเตียงรองรับผู้ป่วย 820 เตียง จากข้อมูลที่พบว่าผู้มารับบริการที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น ปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคทางตา จำนวน 30,686 ราย, 25,238 ราย และ 30,736 ราย ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตาที่มารับการรักษาด้วยโรคต้อหิน จำนวน 2,146 ราย, 2,093 ราย และ 1,897 รายตามลำดับ ผู้ดูแลทางการพยาบาลเฉพาะทางไม่พร้อมหรือขาดทักษะความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเฉพาะโรคตา ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการปลอดภัยโดยเริ่มจากการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย การตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องในหน่วยตรวจโรคจักษุยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างชัดเจน ซึ่งผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญในการคัดกรองผู้มารับบริการด้านจักษุร่วมกับทีมจังหวัดเพื่อให้ได้รับบริการได้ทั่วถึง โดยเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือพิเศษด้านจักษุ ให้กับผู้มารับบริการด้านจักษุที่ต้องเฝ้าระวังและยุ่งยากซับซ้อน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อหินวัดด้วยเครื่องวัดความดันลูกตาแบบ Noncontact tonometer และเครื่องวัดความดันลูกตาแบบ Tonopen tonometer ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการมองไม่ชัดที่มีภาวะโรคซับซ้อน
2. เพื่อเป็นแนวทางในการใช้ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล บทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเป็นมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลร่วมวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อทราบปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์โดยนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ ทฤษฎีทางการพยาบาลและแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม รวมทั้งกระบวนการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาลร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามปัจเจกบุคคล จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามกระบวนการพยาบาลจนถึงกลับบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้รูปแบบวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เชิงเปรียบเทียบ

การพิทักษ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโดยการขออนุญาต

ผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจาและการเซ็นยินยอม ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษากรณีศึกษา 2 กรณี ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 106/2567

กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 53 ปี สถานภาพโสด สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาชีพรับจ้างทั่วไป โดยอาชีพเคยรับจ้างต่างจังหวัดและได้กลับมาบ้านเนื่องจากอาการตามัว ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัวพ่อแม่และน้องสาว พี่สาวและพี่เขย ไม่มีภาระการดูแลครอบครัว รักสันโดษ ชอบอยู่คนเดียว เคยดื่มเหล้าวันละ 1-2 แก้วปัจจุบันเลิกดื่มเหล้า 5 ปี ไม่สูบบุหรี่ ชอบอาหารอีสานปรุงสุก ไม่รับประทานอาหารดิบ สมาชิกครอบครัวรู้ว่ามีแผลที่กระจกตา สอบถามอาการครอบครัวให้การดูแลและมีส่วนร่วมดูแล มีโรคประจำตัวไทรอยด์ ปฏิเสธการแพ้ยา

ประวัติการเจ็บป่วย 3 วันก่อนมา รพ. ผู้ป่วยลื่นหกล้ม จึงได้ประสาน รพ.สต.ให้มารับเพื่อนำส่ง 1 วันก่อนมาตามนัดปวดตามากขึ้น รับประทานกินยาแก้ปวดดีขึ้น วันนี้จึงมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด แรกรับ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที BP 119/80 mmHg ชั่งน้ำหนัก 69 kg. ส่วนสูง 160 cm. มองเห็นไม่ชัดร่วมกับปวดตาเล็กน้อย Dilate pupil BE, Injected LE Corneal edema LE Full/full, Fundus : bony spicule BE ตรวจวัดสายตา VA ตาขวา Pl ตาซ้าย PL ตรวจวัดด้วยเครื่อง Tonopen tonometer ตาขวา 18.0 ตาซ้าย 37.0 Tn วัดไม่ได้ แพทย์วางแผนการรักษาโดยให้ยา Brimonidine ED 0.2% หยอด 2 ข้าง x 3 เวลา Latanoprost ED 0.0005% W/V หยอด 2 ข้าง ทุก 1 ชม. Timolol ED 0.5% W/V หยอด 2 ข้าง x 2 เวลา

กรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี สถานภาพสมรสคู่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาชีพและรับจ้างทั่วไป มีโรคประจำตัวคือ มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน โรคความดัน เคยได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ปี พ.ศ.2557 ปฏิเสธการแพ้ยา อยู่อาศัยกับภรรยา และลูก รายได้ของครอบครัวมาจากผู้ป่วยเป็นหลัก

ประวัติการเจ็บป่วย 2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดตาข้างขวามาก ตาขวามัวมากขึ้น ม่านตาขยาย ชั่งน้ำหนัก 78 kg. ส่วนสูง 158 cm. วัดสัญญาณชีพ ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที BP 108/80 mmHg. วัดระดับการมองเห็น การตรวจวัดสายตา VA=ตาขวา PJ, ตาซ้าย 6/6 Tn=ตาขวา 55.0 mmHg. ตาซ้าย 27.5 mmHg. วัดสายตาด้วยเครื่อง Tonopen ตาขวา Over ตาซ้าย 25.0 แพทย์วินิจฉัยครั้งแรก Glaucoma BE with Primary Angle-closure แผนการรักษาได้ให้ยา acetazolamide 250 mg. 1 x 3 po pc Brimonidine ED 0.2% หยอดตาขวา x 3 เวลา Latanoprost ED 0.0005% W/V หยอดตาขวา ทุก 1 ชม. COSOPT ED20/5 mg. หยอดขวา x 2 เวลา Prednisolone ED 1% W/V หยอดตาขวา ทุก 2 ชม. และนัดตรวจวัดสายตาด้วยเครื่อง Noncontact tonometer และ Tonopen tonometer อีกครั้ง

1 สัปดาห์ก่อนมา ตาข้างขวาปวดลดลง ชั่งน้ำหนัก 78 kg. ส่วนสูง 160 cm. วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศา ชีพจร 89 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที BP 159/95 mmHg การตรวจวัดสายตา VA ตาขวา HM ตาซ้าย 6/6-3 Tn=ตาขวา 29.9 ตาซ้าย 23.7 ตรวจวัดสายตาด้วยเครื่อง Tonopen ตาขวา 19.0 ตาซ้าย 16.0 แพทย์วินิจฉัยเป็นโรค การวินิจฉัยครั้งแรก Glaucoma BE with Primary Angle-closure แพทย์วางแผนการรักษาโดยให้ยา acetazolamide 250 mg. 1 x 3 po pc Brimonidine ED 0.2% หยอดตาขวา x 3 เวลา Latanoprost ED 0.0005% W/V หยอดตาขวา ทุก 1 ชม. COSOPT ED20/5 mg. หยอดขวา x 2 เวลา Prednisolone ED 1% W/V หยอดตาขวา ทุก 2 ชม.

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การวินิจฉัยแรก	Glaucoma BE with Primary Angle-closure	Glaucoma BE with Primary Angle-closure
2. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	- มีภาวะโรคต้อหินเรื้อรัง - ไม่เคยผ่าตัดต้อ - ประวัติโรคประจำตัว คือไทรอยด์	- ผู้ป่วยบาดเจ็บลูกตา - เคยผ่าตัดต้อกระจก 9 ปีที่ผ่านมาแต่ขาดการรักษาต่อเนื่อง - ประวัติโรคประจำตัว คือเบาหวาน ความดันโลหิต - ระดับน้ำตาลในเลือด 107 mg.%
3. อาการและอาการแสดง	มีอาการตาซ้ายมัวมองภาพไม่ชัด ตาขวามองไม่เห็น เป็นโรคต้อกระจกเรื้อรังมานาน	มีอาการตามัวทั้ง 2 ข้าง ตาขวาปวดและมัว เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการตาอักเสบ ปวดตามาก
4. ผลการตรวจด้วยวัดสายตาด้วยเครื่องมือพิเศษ[2]	- การวัด VA ตาขวา= PI ตาซ้าย= PL - วัดด้วยเครื่อง Non-contract tonometer ตาขวา 18.0 mmHg. ตาซ้าย 37.0 mmHg. - อาการ Dilate pupil BE, Injected LE Coneal edema LE Full/full, Fundus : bony spicule BE, AACG LE S/PL-PI LE IOP 18/37.0	- การวัด VA ตาขวา=PJ ตาซ้าย= 6/6 - วัดด้วยเครื่อง Non-contract tonometer ตาขวา 55.0 mmHg. - ตาซ้าย 27.5 mmHg.

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลแผนการรักษา

แผนการรักษา	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
การผ่าตัดและการบำบัด	-รักษาโรคต้อหินด้วยวิธีการยิงเลเซอร์	-ไม่เคยผ่าตัดต้อหิน
การรักษา	- Brimonidine ED 0.2% หยอด 2 ข้าง x 3 เวลา - Latanoprost ED 0.0005% W/V หยอด 2 ข้าง ทุก 1 ชม. - Timolol ED 0.5% W/V หยอด 2 ข้าง x 2 เวลา	- Acetazolamide 250 mg. 1x3 po pc - Brimonidine ED 0.2% หยอดตาขวา x 3 เวลา - Latanoprost ED 0.0005% W/V หยอดตาขวา ทุก 1 ชม. - COSOPT ED20/5 mg. หยอดขวา x 2 เวลา - Prednisolone ED 1% W/V หยอดตาขวา ทุก 2 ชม.

ตารางที่ 2 (ต่อ)

แผนการรักษา	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	สังเกตอาการ - หลังรับยาหยอดตาผู้ป่วยอาการปวดตาลดลง ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน	**สังเกตอาการ** -หลังรับยาหยอดตาผู้ป่วยปวดตามากไม่ลดลง มีอาการวิงเวียนมีอาการคลื่นไส้อาเจียน

กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทยวัยทำงาน ตามองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง มีโรคประจำตัวไทรอยด์ ปฏิเสธการแพ้ยา อาศัยพี่สาว และพี่เขยช่วยดูแล ประวัติการเจ็บป่วย 3 วันก่อนมา รพ. ผู้ป่วยลื่นหกล้ม 1 วันก่อนมาตามนัดปวดตามากขึ้น รับประทานกินยาแก้ปวดดีขึ้น วันนี้จึงมาตรวจตามนัดที่ มองเห็นไม่ชัด ร่วมกับปวดตาเล็กน้อย Dilate pupil BE, Injected LE Corneal edema LE Full/full, Fundus : bony spicule BE ตรวจวัดสายตา VA ตาขวา Pl ตาซ้าย PL ตรวจวัดด้วยเครื่อง Tonopen tonometer ตาขวา 18.0 ตาซ้าย 37.0 Tn

กรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยชายไทยวัยทำงาน มีโรคประจำตัวคือ มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน โรคความดัน เคยได้รับการผ่าตัดต้อกระจกปี พ.ศ.2557 ปฏิเสธการแพ้ยา อยู่อาศัยกับภรรยาและลูก รายได้ของครอบครัวมาจากผู้ป่วยเป็นหลัก 2 สัปดาห์ก่อนมาปวดตามากจึงมาตรวจรักษาก่อนนัด หลังจากได้รับยา 1 สัปดาห์ก่อนมา ตาข้างขวาปวดลดลง การตรวจวัดสายตา VA ตาขวา HM ตาซ้าย 6/6-3 Tn=ตาขวา 29.9 ตาซ้าย 23.7 ตรวจวัดสายตาด้วยเครื่อง Tonopen ตาขวา 19.0 ตาซ้าย 16.0

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย มีดังนี้

1. ไม่สุขสบายปวดตา เนื่องจากความดันตาสูงขึ้น
2. วิตกกังวลกลัวตาบอด เนื่องจาก ขาดความรู้เรื่องโรค และการดูแลตนเองที่บ้าน
3. แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวเปลี่ยนแปลง จากการเจ็บป่วย

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1.ไม่สุขสบายปวดตา เนื่องจากช่องหน้าม่านตาแคบลงทำให้ความดันตาสูงขึ้น **วัตถุประสงค์** ความดันตาอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ปวดตา ไม่ปวดศีรษะนอนพักผ่อนได้มากขึ้น **เกณฑ์ประเมินผล** ความดันลูก < 21 มม.ปรอทไม่ปวดตา แผลแห้ง หนองลดลงจนหมด VA คงที่หรือดีขึ้น	**ข้อมูลสนับสนุน** S: ผู้ป่วยบอก “ตามัวปวดตา” O: ตาบวม ตาแดง **ประเมินผลครั้งที่ 1** ตาซ้ายมัว ปวดตา TN= ข้างขวา 21.3 ข้างซ้าย 19.6 Tonopen ขวา=23/22/20 ผู้ป่วยเล่าว่ากลางคืนนอนหลับได้ดีขึ้น	**ข้อมูลสนับสนุน** S: ตาขวาปวดตามาก pain score =5 O: ตรวจพบฝ้าขาวที่กระจกตาฝั่งใกล้จมูก TN=วัดไม่ได้ **ประเมินผลครั้งที่ 1** ตาขวาปวดตามาก Pain score=4 TN ขวา= 29.9 ซ้าย=23.7 Tonopen ขวา=19.0 ซ้าย=16.0

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายถึงสาเหตุของอาการปวดตา ปวดศีรษะ สู้แสงได้น้อยลง 2. ประเมินระดับความปวดตาด้วย pain score score 1-3 หาวิธีเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น นับเลข 1-10 score>3 รับประทานยาแก้ปวด ประเมินซ้ำหลังทานยา 30-60 นาที ถ้าไม่ดีขึ้นควรมาพบแพทย์ 3. เน้นความสม่ำเสมอในการใช้ยาหยอดตา รับประทาน ยาป้ายตา ตรงเวลา ครบถ้วนถูกต้องตามแผนการรักษา 4. หลีกเลี่ยงการไอจามแรง ระวังท้องผูกไม่เบ่งแรง ไม่ยกของหนักเพราะทำให้เพิ่มความดันตา 5. งดชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง รวมถึงเครื่องดื่มแอลกอฮฮล์	**ประเมินผลครั้งที่ 2** ตาซ้ายมัวคงเดิม ปวดตาลดลง TN=วัดไม่ได้ Tonopen ขวา=18.0 ซ้าย=37.0 **สรุป** หลังการรักษาควบคุมความดันตาผู้ป่วยหายปวดตาการมองเห็นแสงดีขึ้น ทำให้ความดันลูกตาลดลง	**ประเมินผลครั้งที่ 2** ตาขวาปวดลดลง ตามัวคงเดิม TN ขวา = 55.0 ซ้าย=27.5 Tonopen ขวา=60.0 ซ้าย=25.0 **สรุป** อาการตามัวเท่าเดิม ปวดตาลดลง ผู้ป่วยหายปวดตา และศีรษะ การมองเห็นแสงดีขึ้น ความดันตาลดลง สัมพันธ์กับอาการปวดตา
2. วิตกกังวล กลัวตาบอด เนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแลที่บ้าน **วัตถุประสงค์** เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ ปฏิบัติตัวเพื่อดูแลที่บ้านได้เหมาะสม **เกณฑ์ประเมินผล** สีหน้าสดชื่น ปฏิบัติตัวตามหลัก D-METHOD เมื่ออยู่บ้านได้อย่างเหมาะสม	**ข้อมูลสนับสนุน** S: ถามว่าเมื่อไหร่จะหาย O: ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล **ประเมินผลครั้งที่ 1** ผู้ป่วยปวดตา ตามัวมองไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง พูดน้อย แยกตัวรักสันโดษ สีหน้ากังวล ท่าทางแสดงออกว่ามีความเกรงใจญาติผู้ที่มาด้วย แต่สามารถบอกได้ว่าต้องดูแลเรื่องความสะอาดตา เช็ดตา หยอดตา และรับประทานยาตามเวลาอย่างเคร่งครัด	**ข้อมูลสนับสนุน** S: หลังเกิดเหตุ ตามัวปวดตาและอาการแย่ลงใน 4 วัน หลังนอน รพ. เพื่อผ่าตัดเย็บรูทะลุของกระจกตาขวา และรักษาด้วยยากลุ่มต้านเชื้อราและคุมความดันตา 2 ครั้ง จึงนัดติดตามอาการต่อ **ประเมินผลครั้งที่ 1** ผู้ป่วยมาก่อนนัด จากมีอาการขัดเคืองตาขวา จึงเป็นกังวลกลัวต้องกลับเข้านอน รพ.อีกครั้งแพทย์ประเมินอาการคงที่นัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์ pain score=8 คะแนน ตาขวาปวด

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี พูดคุยด้วยความเป็นกันเองกับผู้ป่วยและญาติขณะมารับการตรวจติดตามอาการที่ห้องตรวจตา 2. ดูแลให้ได้รับการตรวจประเมินอาการจากแพทย์เจ้าของไข้ และเป็นสื่อกลางผู้ป่วยรับรู้เข้าใจการดำเนินโรคและมีส่วนร่วมวางแผนการรักษา 3. ประเมินระดับความวิตกกังวล รับฟังด้วยความเข้าใจ ร่วมหาแนววิธีขจัดความกังวลของผู้ป่วยและญาติ 4. วางแผนการจำหน่ายโดย ใช้หลัก D-METHOD (เหมือนข้อการติดเชื้อ) 5. ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับบริการ ควบคู่กับพูดคุยเพื่อประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อ อยู่บ้าน 6. ส่งเสริมให้กำลังใจ ชี้แนะ สาธิตสอนการปฏิบัติตัวที่ควรปรับปรุงเพิ่มเติม 3. แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวเปลี่ยนแปลง จากการเจ็บป่วยครั้งนี้ **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษาวางแผนการดำเนินชีวิตระหว่างรักษาและเมื่อสิ้นสุดการรักษา **เกณฑ์ประเมินผล** เข้าใจแผนการรักษาและโอกาสการมองเห็นหลังรักษาหาย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี เป็นกันเองกับผู้ป่วยและญาติขณะมารับการติดตามอาการที่ห้องตรวจตา 2. ประเมินระดับความวิตกกังวลจากสีหน้าและการแสดงออก	**ประเมินผลครั้งที่ 2** สีหน้าสดชื่น กล้าพูดคุยบอกอาการมากขึ้น ญาติเล่าว่ากลางคืนผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น เนื่องจากปวดตาลดลงญาติทบทวนวิธีการเช็ดตา และการใช้ยาได้ถูกต้อง ใส่แว่นตาดำบางครั้งเมื่อออกนอกบ้าน **สรุป** ผู้ป่วยและญาติรับทราบว่าการมองเห็นไม่ชัดต้องใช้ยาต่อ อาการปวดตามีบางครั้งปวดมาดต้องรับรักษาและมาตรวจติดตามอาการต่อเนื่อง **ข้อมูลสนับสนุน** S: สันโดษ ขอความช่วยเหลือจากญาติ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องมีคนช่วยพยุง **ประเมินผลครั้งที่ 1** ผู้ป่วยดูแลเช็ดตา หยอดตา ทุก 2 ชม. ด้วยตัวเอง ต่อเนื่องตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด **ประเมินผลครั้งที่ 2** สีหน้าสดชื่น พูดเป็นกันเองมากขึ้น หยอดตาทุก 2 ชม. ด้วยตัวเองต่อเนื่อง **สรุป** ผู้ป่วยมีความยอมรับตาซ้ายจะมีแผลเป็นที่ขัดขวางการมองเห็นไม่มีผลต่อรายได้และชีวิตประจำวัน เพราะทำงานกับพ่อและแม่	ลดลง ตามัวคงเดิม TN ขวา=55.0 mmHg. ซ้าย=27.5mmHg. Tonopen ขวา=60.0 mmHg. ซ้าย=25.0 mmHg. ภรรยาดูแลเรื่องการหยอดยา ทุก 2 ชม. ตามแผนการรักษา **ประเมินผลครั้งที่ 2** สีหน้าสดชื่น บอกเล่าอาการได้ว่าไม่ปวดตาและปวดลดลง การมองตายังเห็นมองเห็นเท่าเดิมคงเดิม **สรุป** ผู้ป่วยมีภรรยาช่วยให้กำลังใจ และดูแลการเจ็บป่วยได้ดี อาการปวดจะเกิดขึ้นได้ตลอดและรับรู้อาการมองเห็นจะคงที่แต่การรักษาด้วยยาหยอดตาต้องใช้เวลานาน **ข้อมูลสนับสนุน** S: ผู้ป่วยเป็นคนหารายได้คนเดียวของครอบครัว ให้ญาติดูแลระหว่างรักษา **ประเมินผลครั้งที่ 1** ภรรยาเล่าว่าผู้ป่วยหยุดทำงานรับจ้างพักรักษา ภรรยาช่วยดูแลเรื่องการใช้ยาตามแผนการรักษาหยอดตาทุก 2 ชม. **ประเมินผลครั้งที่ 2** ผู้ป่วยเล่าว่าไม่ปวดตา ตาเห็นคงเดิม ต้องรักษาด้วยยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน หยอดตาทุก 2 ชม. **สรุป** ผู้ป่วยยังไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ เพราะต้องหยอดยาทุก

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติพูดคุยบอกเล่าผลของความเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม 4. รับฟังด้วยความสนใจตั้งใจฟัง มีท่าทีรับรู้และเข้าใจ เห็นใจในปัญหา 5. เป็นสื่อกลางกระตุ้นให้ผู้ป่วย และญาติร่วมหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ลดความวิตกกังวล		2 ชม. ต่ออย่างต่อเนื่องจกว่าจะหายปวดตา ความคาดหวังว่าผู้ป่วย และภรรยาบอกว่าถ้าอาการหายเร็ววันก็สามารถขับรถค้าขายได้ ซึ่งภรรยาขับรถยังไม่ได้ต้องหยุดขับรถขายของ

วิจารณ์

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหิน ได้รับการตรวจวัดสายตาด้วยเครื่อง Non-contract tonometer เหมือนกัน จากประวัติกรณีศึกษารายที่ 1 อายุ 53 ปี เคยมีประวัติผ่าตัดต้อกระจกมาก่อนครั้งนี้ เป็นการกลับตรวจต่อเนื่อง มีโรคประจำตัว คือ โรคไทรอยด์ ตรวจวัดสายตา VA ตาขวา Pl ตาซ้าย PL ตรวจวัดด้วยเครื่อง Tonopen tonometer ตาขวา 18.0 ตาซ้าย 37.0 Tn วัดไม่ได้ แพทย์วางแผนการรักษาโดยให้ยา Brimonidine ED 0.2% หยอด 2 ข้าง x 3 เวลา Latanoprost ED 0.0005% W/V หยอด 2 ข้าง ทุก 1 ชม. Timolol ED 0.5% W/V หยอด 2 ข้าง x 2 เวลา กรณีศึกษารายที่ 2 อายุ 58 ปี เป็นต้อหินตามนัด มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงแพทย์วินิจฉัยเป็นโรค การวินิจฉัยครั้งแรก Glaucoma BE with Primary Angle-closure แพทย์วางแผนการรักษาโดยให้ยา Acetazolamide 250 mg. 1 x 3 po pc Brimonidine ED 0.2% หยอดตาขวา x 3 เวลา Latanoprost ED 0.0005% W/V หยอดตาขวา ทุก 1 ชม. COSOPT ED20/5 mg. หยอดขวา x2 เวลา Prednisolone ED 1%W/V หยอดตาขวาทุก 2 ชม. จากประวัติและการประเมินสภาพผู้ป่วยสามารถนำมากำหนด เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินได้รับการตรวจวัดสายตาด้วยเครื่อง Non-contract tonometer มาเข้ารับการรักษาผ่าตัดตามนัดหมาย ไม่มีการเลื่อนนัดซึ่งรายที่ 2 มาตรวจก่อนนัดเนื่องจากอาการปวดมาก ผู้ป่วยมาตรวจได้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำผู้ป่วยปลอดภัยจากการรักษา และสุขสบายจากอาการปวดสามารถกลับบ้านได้

สรุปผลและการนำไปใช้

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยต้อหินผู้ป่วยโรคต้อหินได้รับการตรวจวัดสายตาด้วยเครื่อง Tonopen tonometer ในการศึกษารายกรณีนี้ ผู้จัดทำได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหิน ซึ่งในการรักษาโรคในปัจจุบัน มีเทคโนโลยีมากมายที่ช่วยในการวินิจฉัย รักษา ทั้งในด้านการรักษาด้วยยา ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางจักษุผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันในดูแลรักษาผู้ป่วย ในด้านการพยาบาล จะเห็นได้ว่า พยาบาล มีบทบาทสำคัญในการดูแลผสมผสานในด้านการป้องกันโรค การรักษา ส่งเสริม และการฟื้นฟู ที่เป็นมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง การประเมิน และเฝ้าระวังอาการผู้รับบริการต่อเนื่อง การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล พยาบาลที่ให้การดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค แนวทางการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. การสืบค้นข้อมูลเพื่อใช้ในการดำเนินการจัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด นอกจากจะสืบค้นในห้องสมุดของโรงพยาบาลแล้ว ควรสืบค้นในแหล่งสืบค้นข้อมูลอื่น ๆ เช่น อินเตอร์เน็ต ห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ งานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลแนวทางการพยาบาลที่หลากหลาย มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน เชื่อถือได้

2. ควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มพูนความรู้ สร้างมาตรฐาน และปรับปรุงคุณภาพทางการพยาบาล

3. ส่งเสริมสนับสนุนการจัดทำคลิปให้ความรู้จากหน่วยงานให้ได้มากขึ้น ส่งเสริมงานด้าน IT หรือประสานขอสนับสนุนหน่วยงานที่เชี่ยวชาญเรื่องการจัดทำสื่อให้ออกมาน่าสนใจ เป็นสากล สามารถเผยแพร่สู่โลกออนไลน์ได้ ในนามกลุ่มงาน หน่วยงาน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อให้สังคมออนไลน์ได้เห็นถึงคุณภาพการพยาบาลเชิงประจักษ์

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
2. งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ, อุษณีย์ เหรียญประยูร, อนิตา มนัสสากร. ตำราพื้นฐานการผ่าตัดต้อกระจก Fundamentals of Cataract Surgery. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
3. ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, ธนาพงษ์ สมกิจรุ่งโรจน์. จักษุวิชาการ. เล่ม 2. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย; 2561.
4. สุปราณี เสนาดิสัย. การพยาบาลขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทอง; 2558.
5. องุ่น น้อยอุดม, ปิยาณี ณ นคร, สุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ Adult and Gerontological Nursing. กรุงเทพฯ: โครงการตำรารามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
6. อติพร ตวงทอง, วณิชา ชื่นกองแก้ว, อภิชาต สิงคาลวณิช. ความรู้พื้นฐานทางจักษุวิทยา.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช สำนักงานคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่ต้องการดูแลความยุ่งยากซับซ้อน : กรณีศึกษา 2 ราย
A Nursing care for cataract surgery patients who want to take care of complexities : 2 cases study

กฤติยา แสงเนตร*
Krittiya Sangnet
Corresponding author: E-mail: Krittiyaya2510@gmail.com
(Received: December 13, 2023; Revised: December 21, 2023; Accepted: January 24, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ที่ต้องการดูแลความยุ่งยากซับซ้อนในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กรณีศึกษา 2 ราย

รูปแบบการศึกษา : Case study design

วัสดุและวิธีการวิจัย : เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเจาะจง ในผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ต้องการดูแลความยุ่งยากซับซ้อน ศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และกระบวนการพยาบาล ในการประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน และปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แล้วประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา : พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มองเห็นชัดขึ้น อาการปวดทุเลา ไม่พบอุบัติการณ์พลัดตก หกล้ม หรือภาวะติดเชื้อ และสามารถปฏิบัติตัวได้ตามคำแนะนำ

สรุปและข้อเสนอแนะ : การพยาบาลผู้ป่วยต้อกระจก โดยนำหลักปฏิบัติในการพยาบาล มีความยุ่งยาก และซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีอาการ และการเกิดโรคที่แตกต่างกัน จึงต้องนำความรู้ทางวิชาการทฤษฎีต่าง ๆ และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมาปรับใช้กับบริบทของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก; โรคต้อกระจก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : To study and compare nursing care for cataract surgery patients who want to take care of complexities 2 cases study.

Study design : Case study design

Materials and Methods : To study the comparison amongst two patients, purposive sampling is collect from cataract patients who want to take care of complexity. Study patient history, medical treatment by collecting information from the medical records of Roi-Et Hospital, using the concepts of Gordon's 11 health patterns. and nursing process in assessing health status. Set nursing diagnosis, planning and implementation according to nursing diagnoses. Then evaluate nursing outcomes for specific patients. Proceed between October - November 2023.

Main findings : From the study of two patients, it is found that they are improve vision, pain relieved, no incidents fall or infected and able to practice according to instruction.

Conclusion and recommendations : Nursing care cataract patients by implementing nursing practices are difficult and complexities because each patient has different symptoms and disease. In the matter of having to apply academic knowledge, various theories and expert skills of nursing care to the patient contextual, to keep patients safety.

Keywords : Cataract surgery nursing care; Cataracts

* Registered Professional Nurse Level, ward eye ear throat nose, Roi-Et Hospital

บทนำ

ต้อกระจกเป็นสาเหตุตาบอดอันดับหนึ่งในประทศไทย และเป็นสาเหตุตาบอดอันดับหนึ่งของโลก โรคนี้สามารถรักษาได้โดยไม่ทำให้ตาบอด หากรักษาได้ทันเวลา ซึ่งต้อกระจกจากการเสื่อมของเลนส์ตามอายุเป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด แม้ว่าปัจจุบันการผ่าตัดต้อกระจกจะสามารถทำได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ แต่ด้วยจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามแนวโน้ม aging society ต้อกระจกจึงยังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข[1-2] ประเทศไทยมีการสำรวจภาวะ ตาบอดมาแล้ว 4 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2526, 2530, 2537 และ 2540 ตามลำดับ การสำรวจทั้ง 4 ครั้ง พบว่าสาเหตุจากโรคต้อกระจกมากที่สุด โดยพบร้อยละ 47.1, 71.3, 74 และ 56.61 ตามลำดับ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการจัดทำแผนพัฒนาระบบสุขภาพ สาขาจักษุวิทยาขึ้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพเครือข่ายบริการ โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาภาวะตาบอด และสายตาพร่ามัวของประชากร ในการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน[3] ต้อกระจกคือ ภาวะที่เกิดการขุ่นมัวของเลนส์แก้วตา (Crystalline lens) ทำให้มีอาการตามัว โดยมากเกิดจากความเสื่อมตามธรรมชาติ นับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียสายตา[4] และผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การผ่าตัดต้อกระจก โดยนำเลนส์ที่เป็นต้อกระจกออกแล้วใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทน จึงจะทำให้การมองเห็นดีขึ้น ซึ่งการผ่าตัดต้อกระจกต้องทำโดยจักษุแพทย์เท่านั้น

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขนาด 820 เตียง จากข้อมูลปี พ.ศ.2563 ถึง 2565 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคตาที่มารับการรักษามากที่สุดคือ โรคต้อกระจก โดยมีผู้ป่วยนอกจำนวน 4,593, 4,530 และ 5,344 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยป่วยในจำนวน 2,067, 1,336 และ 1,836 ราย ตามลำดับ เพื่อคุณภาพ และมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสภาพ การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัด การดูแลต่อเนื่อง ตลอดจนการดำเนินการของโรค เพื่อที่จะได้นำมาวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ การพยาบาลก่อน และหลังผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย พึงพอใจ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต้อกระจก ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ที่ต้องการดูแลความยุ่งยากซับซ้อน กรณีศึกษา 2 ราย เพื่อเป็นแนวทางในการใช้ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล บทบาทพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ที่ต้องการดูแลความยุ่งยากซับซ้อน กรณีศึกษา 2 ราย ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ที่ต้องการดูแลความยุ่งยากซับซ้อน กรณีศึกษา 2 ราย ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1) ความรู้เรื่องโรคต้อกระจก การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก

2) มาตรฐานการบริการผู้ป่วยใน ของกองการพยาบาล 11 มาตรฐาน[5]

3) แนวคิดทฤษฎีแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน[6-7]

4) ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม รวมทั้งกระบวนการพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา ใช้รูปแบบกรณีศึกษา (Case study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง อย่างเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัดต้อกระจก ในหอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่าง

เดือนตุลาคม –พฤศจิกายน พ.ศ.2566

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ซึ่งเชื่อถือได้และการสังเกตอาการ การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบพยาธิสภาพและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแผนสุขภาพ 11 แบบของกอร์ดอน และได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญใน 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะวางแผนจำหน่าย

การเก็บรวบรวมข้อมูล รวบรวมข้อมูลทั่วไป ประวัติเจ็บป่วย ตรวจร่างกาย ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ การรักษา และการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เชิงเปรียบเทียบ โดยนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม รวมทั้งกระบวนการพยาบาลมาวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุป ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง วางแผนจำหน่าย แบบ D-METHOD มาใช้ใน การดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย จากนั้นปรับปรุงแก้ไข ตามกระบวนการพยาบาลจนถึงกลับบ้าน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย โดยได้ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 009/2567 โดยศึกษาได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับ โดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูลทุกอย่างจะมีระบบการป้องกันไม่ให้สามารถเข้าถึงตัวของอาสาสมัครแต่ละคนได้

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1

1) ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 56 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพสมรส สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาชีพทำนา

2) ข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการสำคัญ คือ ตาขวามัวก่อนมาโรงพยาบาล 6 เดือน แพทย์นัดผ่าตัด ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไม่แพ้ยาและประวัติแพ้อื่นๆ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ตาขวามัวลงเรื่อย ๆ จึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด แพทย์วินิจฉัย nuclear sclerosis cataract with epiretinal membrane right eye with hypertension นัดผ่าตัด Phacoemulsification with Intraocular Lens with pars plana vitrectomy with membrane peeling with fluid air exchange right eye 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด

3) การตรวจร่างกาย ตาขวามัว มองไม่ชัด VA ตาขวา 5/60E ตาซ้าย 6/36 ตรวจวัดด้วยเครื่อง Noncontact tonometer (Tn) ตาขวา 19 mmHg ตาซ้าย 17 mmHg 4) ผลการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ : WBC 9,200/uL, Hct. 37.6 %, Hb 11.3 g/dL, Platelet 301,000/uL, Neutrophil 50 %, Lymphocyte 35 %, Monocyte 7 %, ได้รับการวินิจฉัยเป็น nuclear senile cataract right eye with Epiretinal membrane right eye

5) การรักษา Set ผ่าตัด Phacoemulsification with Intraocular Lens pars plana vitrectomy with membrane peeling with fluid air exchange right eye วันที่ 12 ตุลาคม 2566 ให้ยา Paracetamol (500) 1 tab oral prn ทุก 6 hr. Pred forte ED 0.2 % หยอดตาขวา ทุก 2 ชม. Poly oph ED หยอดตาขวาวันละ 4 ครั้ง Maxitrol EO ป้ายตาก่อนนอน

ผู้ป่วยรายที่ 2

1) ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 81 ปี HN 000257539 AN 660058486 เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพสมรส สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาชีพทำนา

2) ข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการสำคัญ คือ ตาขวา

บอด ตาซ้ายมัว ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ปี ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไม่แพ้ยาและประวัติแพ้อื่นๆ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด แพทย์นัดผ่าตัด Extracapsular cataract extraction with Intraocular Lens left eye 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์นัดนอนโรงพยาบาล เพื่อทำการผ่าตัด

3) การตรวจร่างกาย ตาขวามัว มองไม่ชัด VA ตาขวา No PL ตาซ้าย 5/60 ตรวจวัดด้วยเครื่อง Noncontact tonometer (Tn) ตาขวา 8 mmHg ตาซ้าย 11 mmHg

4) ผลการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ : WBC 9,800/uL, Hct. 40.0 %, Hb 12.0g/dL, Platelet 144,000/uL, Neutrophil 38 %, Lymphocyte 34 %, Monocyte 6 %, ได้รับการวินิจฉัยเป็น Nuclear sclerosis cataract left eye with hypertension

5) การรักษา Set ผ่าตัด Extracapsular cataract extraction with Intraocular Lens left eye วันที่ 10 ตุลาคม 2566 ให้ยา Paracetamol (500) 1tab oral prn ทุก 6 hr. Ativan (0.5 mg) 1 เม็ด ก่อนนอน Ciprofloxacin (250mg) 2 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น Pred forte ED 0.2 % หยอดตาขวา ทุก 2 ชม. Vigamox ED หยอดตาขวา วันละ 4 ครั้ง Maxitrol EO ป้ายตาก่อนนอน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	เพศ ชาย	เพศ หญิง
อายุ	อายุ 56 ปี	อายุ 81 ปี
การวัด VA	ตาขวา 5/60E ตาซ้าย 6/36	ตาขวา No PL ตาซ้าย 5/60
วัดด้วยเครื่อง Noncontact tonometer (Tn)	ตาขวา = 19.0 mmHg. ตาซ้าย = 17.0 mmHg.	ตาขวา = 8.0 mmHg. ตาซ้าย = 11.0 mmHg.
อาการเจ็บป่วย	- มีแก้วตาขุ่น ตามัวลงช้าๆ เป็นมา 6 เดือน ไม่มีอาการปวดตา ตรวจดูโดยไฟฉายจะเห็นรูม่านตาขาวขุ่น แต่ Pupillary light reflex ดีอยู่ แม้เลนส์จะขุ่นมาก มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง	- มีแก้วตาขุ่น ตามัวลงช้าๆเป็นมา 1 ปี ไม่มีอาการปวดตา ตรวจดูโดยไฟฉายจะเห็นรูม่านตาขาวขุ่น แต่ Pupillary light reflex ดีอยู่ แม้เลนส์จะขุ่นมาก มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง
การผ่าตัด	โดยวิธีการสลายต้อกระจก ตาขวา (Phacoemulsification with Intraocular Lens with pars plana vitrectomy with membrane peeling with fluid air exchange right eye: PE with IOL with PPV with MP with FAX RE)	โดยวิธีเอาต้อระจกออกทั้งก้อนตาซ้าย (Extracapsular cataract extraction with intraocular lens left eye: ECCE with IOL LE)

การวิเคราะห์เปรียบเทียบ

กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นเพศชาย อายุ 56 ปี ส่วนรายที่ 2 เป็นเพศหญิง อายุ 81 ปี กรณีศึกษาทั้งสองรายมีการคัดกรองโรคจากการวัดสายตา และวัดความดันลูกตาโดยเครื่องตรวจพิเศษ Noncontact tonometer เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคต้อกระจก พบผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการตามัว ความดันลูกตาปกติ จากอาการเจ็บป่วยกรณีศึกษาทั้งสองรายมีอาการตามัวลงช้าๆ ไม่มีอาการปวดตา รูม่านตาตอบสนองต่อแสง และมีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงเหมือนกัน ซึ่งสาเหตุการเกิดโรค เกิดจากอายุมากขึ้นของผู้ป่วยทำให้เลนส์ตาขุ่นตามวัยทั้งสองราย ผู้สำหรับวิธีการผ่าตัด กรณีศึกษารายที่ 1 ผ่าตัดด้วยวิธีสลายเลนส์แล้วดูดเศษเลนส์ออกมาก่อนจึงใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไป ซึ่งจะมีขนาดแผลเล็ก ร่วมกับการผ่าตัดวุ้นตา และลอกผังพืดตาข้างขวา ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ผ่าตัดด้วยวิธีเอาต้อระจกออกทั้งก้อน แล้วจึงใส่เลนส์แก้วตาเทียมซึ่งจะมีแผลขนาดใหญ่มากกว่ารายแรก

เปรียบเทียบข้อวินิจฉัย และการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพใช้กรอบแนวคิดตาม 11 แบบแผนของ Gordon นำมากำหนดปัญหาทางการพยาบาล และได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแบ่งการพยาบาลที่ให้เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนผ่าตัด 2) ระยะหลังผ่าตัด และ 3) ระยะวางแผนจำหน่าย

1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1.1 วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัว

วัตถุประสงค์ เข้าใจแผนการรักษาพยาบาลและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

เกณฑ์ประเมินผล สีหน้าสดชื่น และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัว

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลสนับสนุน	**ข้อมูลสนับสนุน**
S: ผู้ป่วยตามัวมาก กลัวไม่หาย	S: ผู้ป่วยตามัวมาก กลัวไม่หาย
O: ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล	O: ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล
กิจกรรมการพยาบาล	**กิจกรรมการพยาบาล**
1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี พูดคุยด้วยความเป็นกันเองกับผู้ป่วยและญาติขณะมารับบริการในหอผู้ป่วย	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี พูดคุยด้วยความเป็นกันเองกับผู้ป่วยและญาติขณะมารับบริการในหอผู้ป่วย
2. ดูแลให้ได้รับการตรวจประเมินอาการจากแพทย์เจ้าของไข้ และเป็นสื่อกลางผู้ป่วยรับรู้ เข้าใจการดำเนินโรค และมีส่วนร่วมวางแผนการรักษา	2. ดูแลให้ได้รับการตรวจประเมินอาการจากแพทย์เจ้าของไข้ และเป็นสื่อกลางผู้ป่วยรับรู้ เข้าใจการดำเนินโรค และมีส่วนร่วมวางแผนการรักษา
3. ประเมินระดับความวิตกกังวล รับฟังด้วยความเข้าใจ ร่วมหาแนววิธีขจัดความกังวลของผู้ป่วย และญาติ	3. ประเมินระดับความวิตกกังวล รับฟังด้วยความเข้าใจ ร่วมหาแนววิธีขจัดความกังวลของผู้ป่วย และญาติ
4. อธิบายแผนการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัวตลอดจนตอบข้อซักถาม	4. อธิบายแผนการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัวตลอดจนตอบข้อซักถาม
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดแล้ว	5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดแล้ว
6. ส่งเสริมให้กำลังใจชี้แนะการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด	6. ส่งเสริมให้กำลังใจชี้แนะการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด

ตารางที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประเมินผล ผู้ป่วยมีภรรยาช่วยให้กำลังใจและดูแลการเจ็บป่วย สีหน้าสดชื่น คลายวิตกกังวลเล็กน้อย ยังกลัวว่าผ่าตัดแล้วจะมองไม่เห็น	**ประเมินผล** ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลง รับรู้แผนการรักษา

การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความวิตกกังวล เนื่องจากกลัวไม่หายจากโรคที่เป็นอยู่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความวิตกกังวล กลัวผ่าตัดแล้วตาบอด เนื่องจากตาอีกข้างบอดแล้ว ซึ่งทั้ง 2 ราย ให้การพยาบาลเหมือนกัน

1.2 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม และเดินชนสิ่งของ เนื่องจากมีภาวะสายตาเลือนราง

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดอุบัติเหตุเกณฑ์

ประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีการเกิดอุบัติเหตุ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม และเดินชนสิ่งของ เนื่องจากมีภาวะสายตาเลือนราง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยตามัว ให้ญาติเฝ้าได้ไหม O: เดินช้าๆ ค่อยๆมองกลัวชน	**ข้อมูลสนับสนุน** S: ผู้ป่วยตามัวมาก เดินชนเก้าอี้บางครั้ง O: เดินช้าๆ ค่อยๆมองกลัวชน มีญาติเฝ้า
กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยและการใช้กริ่งเพื่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ พร้อมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวาง ติดป้ายสะท้อนแสงในจุดอันตรายที่ผู้ป่วย เดินผ่าน เช่น ประตูทางเข้าห้องน้ำ และห้องน้ำต้องมาราวจับ 2. จัดให้นอนเตียงเตี้ย และล้อสามารถล็อคได้ และอยู่ใกล้ห้องพยาบาลในรายตามัวมาก และไม่มีผู้ดูแล 3. ประเมินการมองเห็น (Visual Acuity) และเฝ้าระวังตามระดับความรุนแรงของการมองเห็น 4. ประเมิน Fall Risk Score และเฝ้าระวังตามเกณฑ์	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. อธิบายสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยและการใช้กริ่งเพื่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ พร้อมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวาง ติดป้ายสะท้อนแสงในจุดอันตรายที่ผู้ป่วยเดินผ่านเช่น ประตูทางเข้าห้องน้ำ และห้องน้ำต้องมาราวจับ 2. จัดให้นอนเตียงเตี้ย และล้อสามารถล็อคได้ และอยู่ใกล้ห้องพยาบาลในรายตามัวมาก และไม่มีผู้ดูแล 3. ประเมินการมองเห็น (Visual Acuity) และเฝ้าระวังตามระดับความรุนแรงของการมองเห็น 4. ประเมิน Fall Risk Score และเฝ้าระวังตามเกณฑ์

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประเมินผล ผู้ป่วยขณะนอนรอผ่าตัดไม่มีการเกิดอุบัติเหตุ มีญาติเฝ้า	**ประเมินผล** ผู้ป่วยขณะนอนรอผ่าตัดไม่มีการเกิดอุบัติเหตุ มีญาติเฝ้าช่วยเหลือกิจกรรม

การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะสายตาเลือนราง เสี่ยงอุบัติเหตุน้อยกว่ารายที่ 2 เนื่องจากรายที่ 2 ตาขวาบอดตาซ้ายมัวมาก ต้องให้การดูแลเฝ้าระวังอุบัติเหตุอย่างใกล้ชิด และ ให้ญาติเฝ้าได้ตลอดเวลา

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

2.1 ไม่สุขสบายปวดตา เนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์ ไม่ปวดตา นอนพักผ่อนได้เกณฑ์

ประเมินผล ไม่ปวดตา Pain score=0

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดไม่สุขสบายปวดตาเนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลังผ่าตัด

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบ่นปวดแผล O: Pain score = 3 กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินระดับความปวดตาด้วย pain score และให้การพยาบาลจัดการความปวด โดยการใช้ยา และไม่ใช้ยา เช่น การลดความวิตกกังวล โดยการใช้เทคนิคผ่อนคลาย, การจัดท่า, การนวด/สัมผัส เป็นต้น 2. ให้ความรู้ และข้อมูลผู้ป่วย และญาติถึงสาเหตุของอาการปวดตา และแนวทางแก้ไข 3. สังเกตอาการผิดปกติ และตรวจประเมินหาสาเหตุของการปวดเช่น มีเลือดซึมมาก คลื่นไส้อาเจียนจากภาวะความดันลูกตาสูง 4. แนะนำให้นอนคว่ำหน้า แต่ไม่ให้ทับตาข้างผ่าตัด โดยใช้หมอนรองคว่ำหน้าชนิดพิเศษสำหรับผู้ป่วยผ่าจอตา ซึ่งหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก และพิเศษมหาวิโร 2 จัดทำไว้ให้สำหรับผู้ป่วยผ่าจอตา 5. หลีกเลี่ยงการไอจามแรง ระวังท้องผูก ไม่เบ่งแรงไม่ยกของหนักเพราะทำให้เพิ่มความดันตา 6. ติดตาม และบันทึกอาการปวด หลังจัดการความปวด	**ข้อมูลสนับสนุน** S: S: ผู้ป่วยบ่นปวดแผล และให้ญาติมาขอยาแก้ปวด O: Pain score = 3 กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินระดับความปวดตาด้วย pain score และให้การพยาบาลจัดการความปวด โดยการใช้ยา และไม่ใช้ยา เช่น การลดความวิตกกังวล โดยการใช้เทคนิคผ่อนคลาย, การจัดท่า, การนวด/สัมผัส เป็นต้น 2. ให้ความรู้ และข้อมูลผู้ป่วย และญาติถึงสาเหตุของอาการปวดตา และแนวทางแก้ไข 3. สังเกตอาการผิดปกติ และตรวจประเมินหาสาเหตุของการปวดเช่น มีเลือดซึมมาก คลื่นไส้อาเจียนจากภาวะความดันลูกตาสูง 4. แนะนำไม่ให้นอนตะแคงทับตาข้างผ่าตัด ซึ่งจะเพิ่มความดันลูกตา และปวดตาเพิ่ม 5. หลีกเลี่ยงการไอจามแรง ระวังท้องผูก ไม่เบ่งแรงไม่ยกของหนักเพราะทำให้เพิ่มความดันตา 6. ติดตาม และบันทึกอาการปวด หลังจัดการความปวด

ตารางที่ 4 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประเมินผล หลังให้ยาแก้ปวด รวมถึงให้ข้อมูลผู้ป่วย รู้สึกผ่อนคลาย อาการปวดทุเลา Pain score=0 และพักผ่อนได้	**ประเมินผล** หลังให้ยาแก้ปวด ร่วมกับใช้เทคนิคผ่อนคลาย อาการปวดทุเลา Pain score=0 และพักผ่อนได้

การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ผู้ป่วยรายที่ 1 เสี่ยงต่อการไม่สุขสบายปวดตามากกว่ารายที่ 2 เนื่องจากผ่าตัดจอตาร่วมด้วยต้องนอนคว่ำหน้า ซึ่งอาจทำให้ความดันลูกตาสูง ทำให้ปวดตาได้ ดังนั้นพยาบาลต้องเฝ้าประเมินอาการ และให้คำแนะนำ พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะปวดตาระดับ 3 ให้การพยาบาลโดยให้ยาลดอาการปวด และแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดป้องกันการปวดตาจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยทั้งสองรายปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ปวดตาลดลง และพักผ่อนได้

2.2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อภายในลูกตา (Endophthalmitis) เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะติดเชื้อภายในลูกตา โดยความดันตาอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ปวดตาไม่ปวดศีรษะ

เกณฑ์ประเมินผล ความดันตา<21 mmHg/ ไม่ปวดตา VA คงที่ หรือดีขึ้น/ ตรวจตาไม่พบภาวะติดเชื้อในลูกตา

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบการวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อภายในลูกตา (Endophthalmitis) เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอก “หลังผ่าฝาครอบตาเปิดเมื่อไหร่” O: ผ่าตัด PE with IOL RE with pars plana vitrectomy with MP with FAX under LA **กิจกรรมการพยาบาล** 1.แนะนำวิธีการทำความสะอาดใบหน้าโดยใช้ผ้าชุบน้ำหมาดๆ เช็ดระวังไม่ให้น้ำเข้าตาข้างผ่าตัด 2. ให้การปฏิบัติตามพยาบาลทุกขั้นตอนด้วยวิธีปลอดเชื้อ ล้างมือทุกครั้งก่อนทำการเช็ดตา หรือหยอดตา 3. แนะนำผู้ป่วยให้สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดได้ เช่น ปวดตาอย่างรุนแรง กินยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น มีอาการน้ำตาไหลมากผิดปกติ	**ข้อมูลสนับสนุน** S: ต้องปิดตาตลอดไหมหมอ O: ผ่าตัด ECCE with IOL LE under LA **กิจกรรมการพยาบาล** 1. แนะนำวิธีการทำความสะอาดใบหน้าโดยใช้ผ้าชุบน้ำหมาดๆเช็ด ระวังไม่ให้น้ำเข้าตาข้างผ่าตัด 2. ให้การปฏิบัติตามพยาบาลทุกขั้นตอนด้วยวิธีปลอดเชื้อ ล้างมือทุกครั้งก่อนทำการเช็ดตา หรือหยอดตา 3. แนะนำผู้ป่วยให้สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดได้ เช่น ปวดตาอย่างรุนแรง กินยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น มีอาการน้ำตาไหลมากผิดปกติ

ตารางที่ 5 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4. เช็ดตา Sterile ดูแลให้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 5. อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายจากการติดเชื้อเพราะการติดเชื้อที่รุนแรงควบคุมไม่ได้สามารถทำให้ตาบอดได้ **ประเมินผล** ตาขวามองภาพชัดขึ้น ไม่ปวดตา ไม่มีขี้ตา	4. เช็ดตา Sterile ดูแลให้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 5. อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายจากการติดเชื้อเพราะการติดเชื้อที่รุนแรงควบคุมไม่ได้สามารถทำให้ตาบอดได้ **ประเมินผล** ตาซ้ายมองภาพชัดขึ้น ไม่ปวดตา ไม่มีขี้ตาปิดตาตามคำแนะนำ ไม่เปิดเอง

การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีแผลขนาดใหญ่มากกว่ารายที่ 1 จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่า ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด

3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลการพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย

3.1 ผู้ป่วย และผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแลตนเองที่บ้าน

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษา วางแผนการดำเนินชีวิตระหว่างรักษา และเมื่อสิ้นสุดการรักษา

เกณฑ์ประเมินผล เข้าใจแผนการรักษา และโอกาสการมองเห็นหลังรักษา

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบการวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลระยะวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแลตนเองที่บ้าน

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยเป็นคนหารายได้คนเดียวของครอบครัว ให้ญาติดูแลระหว่างรักษา O: ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว **กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี เป็นกันเองกับผู้ป่วย และญาติ ทบทวนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การเช็ดตา หยอดตา 2. ประเมินระดับความเข้าใจการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติพูดคุยบอกเล่าผลของความเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม	**ข้อมูลสนับสนุน** S: ผู้ป่วยบอกลุกเดินลำบาก O: ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ขอความช่วยเหลือจากญาติ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องมีคนช่วยพยุง **กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี เป็นกันเองกับผู้ป่วย และญาติ ทบทวนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การเช็ดตา หยอดตา 2. ประเมินระดับความเข้าใจการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติพูดคุยบอกเล่าผลของความเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4. รับฟังด้วยความสนใจตั้งใจฟัง มีท่าทีรับรู้ และเข้าใจเห็นใจในปัญหา 5. เป็นสื่อกลางกระตุ้นให้ผู้ป่วย และญาติร่วมหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 6. วางแผนการให้ข้อมูลเพื่อปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านโดยใช้หลัก D-METHOD **ประเมินผล** ผู้ป่วย และญาติเข้าใจ การปฏิบัติตามคำแนะนำ และมีกำลังใจมากขึ้นความคาดหวังว่าจะได้กลับไปทำงานได้ตามปกติ	4. รับฟังด้วยความสนใจตั้งใจฟัง มีท่าทีรับรู้ และเข้าใจเห็นใจในปัญหา 5. เป็นสื่อกลางกระตุ้นให้ผู้ป่วย และญาติร่วมหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 6. วางแผนการให้ข้อมูลเพื่อปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านโดยใช้หลัก D-METHOD **ประเมินผล** ผู้ป่วย และญาติเข้าใจการปฏิบัติตามคำแนะนำ คาดหวังว่าจะสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่เคยผ่าตัดต้อกระจกมาก่อน จะขาดทักษะการดูแลตัวเองหลังผ่าตัดแต่ผู้ป่วยรายที่ 1 อายุน้อยกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ทำให้ผู้ป่วยรายที่ 1 เข้าใจทักษะการดูแลตัวเองหลังผ่าตัดได้ดีกว่ารายที่ 2 ซึ่งต้องให้ญาติร่วมรับฟังการปฏิบัติตัวผ่าตัด และต้องให้ญาติเช็ดตา หยอดตาให้ผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วิจารณ์

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายแรกเป็นภาวะโรคต้อกระจกสาเหตุจากความเสื่อมตามวัย และมีพังผืดที่จอตา โรคประจำตัว HT มีอาการโรคตามัวประมาณ 6 เดือน เนื่องจากตามัวไม่ได้รักษาที่ไหนมาก่อน แพทย์ตรวจ 9 ตุลาคม 2566 นัดมานอนโรงพยาบาล 11 ตุลาคม 2566 แพทย์วินิจฉัย Nuclear sclerosis cataract with epiretinal membrane right eye with hypertension ผ่าตัดโดยวิธี Phacoemulsification with Intraocular Lens with pars plana vitrectomy with membrane pilling 12 ตุลาคม 2566 ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สามารถหายขาดได้ ซึ่งหลังการผ่าตัดวันที่ 13 ตุลาคม 2566 เปิดเช็ดตาหยอดตา เปลือกตาไม่บวม กระจกตาใส ตาไม่แดง pain scale 0 คะแนน มองภาพชัดขึ้น วัด VA ตาขวา 6/36 PH 6/24 +2 ไม่ปวดตา ให้ยา Paracetamol (500) 1 tab oral prn ทุก 6 hr. Pred forte ED 0.2 % หยอดตาขวา ทุก 2 ชม. Poly oph ED หยอดตาขวาวันละ 4 ครั้ง Maxitrol EO ป้ายตาก่อนนอน

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะโรคต้อกระจก ความเสื่อมตามวัย และโรคประจำตัว HT ตาขวาบอด มีอาการตาซ้ายมัว ตั้งแต่ปี พ.ศ.2565 ครั้งนี้แพทย์นัดผ่าตัดต้อกระจกจากอาการตาซ้ายมัว การวินิจฉัยแรกรับ Nuclear sclerosis cataract with hypertension แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาล วันที่ 9 ตุลาคม 2566 Set ผ่าตัด Extracapsular cataract extraction with Intraocular Lens วันที่ 10 ตุลาคม 2566 ก่อนผ่าตัดได้ยา Vigamox ED + Maxitrol eye ointment หลังผ่าตัด 11 ตุลาคม 2566 เปิดเช็ดตาหยอดตา เปลือกตาไม่บวม กระจกตาซ้ายใส ตาไม่แดง Pain scale 0 คะแนน มองภาพชัดขึ้น วัด VA ตาซ้าย 6/24 PH 6/24

+2 ได้ยาลดอาการอักเสบเป็นชนิดรับประทาน และหยอดตา เพื่อให้ตาหายเร็ว แพทย์ให้กลับบ้าน นัดตรวจอาการอย่างต่อเนื่องอีก 1 สัปดาห์

จากการศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายมีภาวะของโรคต้อกระจกที่สาเหตุการเกิดจากการเสื่อมตามวัย และมีภาวะความดันโลหิตสูง แต่พบว่าผู้ป่วยรายแรกตรวจพบมีอาการ 6 เดือน แพทย์ให้มารับการรักษาก่อนผู้ป่วยรายที่ 2 เนื่องจาก มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคพังผืดที่จอตา ซึ่งมีผลกระทบต่อการมองเห็น ถ้าไม่รีบรักษา ผู้ป่วยรายแรก ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี PE with IOL with pars plana vitrectomy with membrane pilling ส่วนรายที่ 2 ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Extracapsular cataract extraction with Intraocular Lens ซึ่งเป็นวิธีผ่าตัดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นมาก่อนรักษา ทำให้การพยาบาลมีข้อพึงระวังแตกต่างกัน ผลการรักษาอาจไม่ดีเท่ากัน หลังผ่าตัดมีการนัดตรวจต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ และทุก 1 เดือน ในการศึกษารายกรณีนี้ ผู้จัดทำได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคต้อกระจก ซึ่งในการรักษาโรคในปัจจุบันโดยใช้เทคโนโลยีช่วยในการวินิจฉัย และการรักษาทั้งในด้านการรักษาด้วยยารวมทั้งการรักษาด้วยการผ่าตัด ผลที่ได้แตกต่างกันซึ่งเกิดจากการเข้าถึงบริการที่ล่าช้า และการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกเป็นโรค แต่สิ่งจำเป็นที่สำคัญจะต้องมีบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางจักษุผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันในดูแลรักษาผู้ป่วยในด้านการพยาบาล จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลในด้านการป้องกันโรค การรักษา ส่งเสริมและการฟื้นฟูที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพได้แก่ การตรวจคัดกรองการประเมิน และเฝ้าระวังอาการผู้รับบริการต่อเนื่องทางการปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล พยาบาลที่ให้การดูแลต้องมีภูมิความรู้ ทักษะ และความเข้าใจในเรื่องโรค และแนวทางการรักษาอย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก
2. ควรมีการจัดอบรมเพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มพูนความรู้ สร้างมาตรฐาน และปรับปรุงคุณภาพทางการพยาบาล
3. สนับสนุนการจัดทำสื่อให้ความรู้จากหน่วยงานให้ได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทีมวิชาการ และทีมงานสุขภาพที่ให้การสนับสนุนให้คำปรึกษา และมีส่วนช่วยให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อรวสี จุทอง, วิวรรณ ศันสนยุทธ, ชวิต สนธิสมบัติ. BASIC OPHTHALMOLOGY จักษุวิทยาเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2562.
2. ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, ธนาพงษ์ สมกิจรุ่งโรจน์. จักษุวิชาการ. เล่ม 2. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย; 2561.
3. จรัส สุวรรณเวลา, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, ชานิ จิตตรีประเสริฐ. เส้นทางสู่การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อประชาชน. กรุงเทพฯ: ดีไซร์; 2549.
4. ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, กิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล. ตำราพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2551.
5. ธัญรดี จิรสินธิปก, เพียงใจ เจิมวิวัฒน์กุล, สุวิภา นิตยางกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณสิริ, สารา วงษ์เจริญ. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
6. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์อักษร จำกัด; 2555.
7. อารี ชีวเกษมสุข. กระบวนการพยาบาล และการประเมินสุขภาพ: ทฤษฎี และการปฏิบัติ. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2551.

การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหาร
The Development of Risk Managing in Nursing System in Inpatient Department, Changhan Hospital

สมพิศ ขจรมณี*
Sompit Khajohnmanee
Corresponding author: E-mail: sompitmoon@hotmail.com
(Received: December 14, 2023; Revised: December 22, 2023; Accepted: January 25, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์ระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหาร

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (Practical action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาลจำนวน 21 คน การวิจัยแบ่งเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง การพัฒนาระบบ และประเมินผลระบบ ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึงกันยายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสังเกต และแบบประเมิน วิเคราห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย : 1) ความเสี่ยงในงานผู้ป่วยย้อนหลัง 3 ปี พบว่า มีจำนวน 150 ครั้ง ส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับ E จำนวน 53 ครั้ง รองลงมา คือ ระดับ F จนวน 50 ครั้ง ตามลำดับ พยาบาลวิชาชีพขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนสำคัญของการจัดการความเสี่ยง ต้องการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงที่เข้าใจง่ายและมีส่วนร่วมจากเจ้าหน้าที่ทุกคน ระบบการจัดการความเสี่ยงประกอบด้วย 6 ขั้น คือ (1) การเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการ (2) การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (3) จัดทำ Risk management tool (4) ปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อจัดการความเสี่ยง (5) การสื่อสารการจัดการความเสี่ยงโดยประสานความร่วมมือผ่าน PCT และ (6) กำกับติดตาม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง 2) พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางทางการจัดการความเสี่ยงโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 91.25 ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก และ 3) หลังการพัฒนา พบว่า ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับ Low Risk (เสี่ยงต่ำ) ระดับปานกลาง ระดับ D มากที่สุด จำนวน 11 ครั้ง รองลงมา คือ ระดับ C จำนวน 6 ครั้ง

สรุปและข้อเสนอแนะ : ระบบการจัดการความเสี่ยงครั้งนี้ส่งผลให้ความเสี่ยงลดลง ดังนั้นควรส่งเสริมให้งานผู้ป่วยในนำระบบนี้ไปในพื้นที่

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ; การจัดการความเสี่ยงทางพยาบาล; งานผู้ป่วยใน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจังหาร

ABSTRACT

Purposes : To study the situation, develop the system, and evaluate results of risk managing system Inpatient department in Changhan Hospital.

Study design : Practical action research**.**

Materials and Methods : Total of 24 key informants were those involved in nursing risk management. Number. Research was divided into risk situation analysis, system development and system evaluation. It was conducted from October 2022 to September 2023. Data were collected using questionnaires, observational forms, and evaluation forms. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and content analysis.

Main findings : 1) Risks in patient work over the past 3 years were found to be 150 times, with the majority having severity at level E, 53 times, followed by level F, 50 times, respectively, nurses lack knowledge and understanding about steps. Important episodes of risk management want to develop a risk management system that was easy to understand and involves all staff. The risk management system consists of 6 steps: (1) monitoring risks at every service point (2) developing personnel competency (3) creating a risk management tool (4) adjusting the environment to be conducive to risk management (5) Communicate risk management by coordinating cooperation through PCT. And (6) continuously monitor and exchange knowledge. 2) Nurses follow overall risk management guidelines. Accounting for 91.25 percent, overall satisfaction was at a high level and 3) after development, it was found that most of the risks that occurred were at the low risk level, moderate level, level D, the most, 11 times, followed by was level C, 6 times.

Conclusion and recommendations : This risk management system results in reduced risks. Therefore, inpatient work should be encouraged to bring this system to the area.

Keywords : Development of Risk Managing; Nursing System ; Inpatient

* Registered Nurse Professional Level, Inpatient department, Changhan Hospital.

บทนำ

การบริหารหรือการจัดการเป็นศิลปะในการทำงานร่วมกันของกลุ่มคนในองค์กร เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่องค์กรกำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยลักษณะการบริหารมีทั้งเชิงระบบ (System) และเชิงกระบวนการ (Process) ลักษณะที่เป็นระบบ หมายความว่า องค์กรนั้นต้องมีการกำหนดทิศทางนโยบายขององค์กร โครงสร้างสายการบังคับบัญชา มีการแบ่งบทบาทหน้าที่การทำงานออกเป็นหมวดหมู่ โดยในทุกองค์ประกอบของระบบต้องมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทั้งภายนอกและภายใน ลักษณะที่เป็นกระบวนการประกอบด้วยกิจกรรมการบริหารที่มีความสัมพันธ์กันโดยใกล้ชิด และมีขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เป็นลักษณะของกระบวนการที่มีระบบระเบียบเชื่อมโยงต่อเนื่องกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้[1] ขณะเดียวกันความเสี่ยงเป็นเหตุการณ์หรือการกระทำใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอนและมีโอกาสส่งผลกระทบหรือสร้างความเสียหายให้แก่องค์กรได้ เช่น การลดโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมายขององค์กร การประสบกับความสูญเสียหรือเกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เช่น การบาดเจ็บ การเสียชีวิต การสูญสียทรัพย์สิน การสูญเสียชื่อเสียง เป็นต้น[2] โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่มีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพมีหลายระบบงานย่อยในระบบใหญ่ ดังนั้น การบริหารโรงพยาบาลจึงต้องมีทั้งการบริหารเชิงระบบและเชิงกระบวนการที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกันระหว่างทีม และระหว่างระบบย่อยต่างๆ ภายในโรงพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ความเสี่ยงจึงมีโอกาสเกิดขึ้นได้ในทุกกระบวนการของการทำงาน และเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นจึงมีโอกาสที่จะเกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและต่อโรงพยาบาลตามมา ดังนั้น การบริหารจัดการเพื่อป้องกันความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ทุกโรงพยาบาลต้องคำเนินการ[3]

ถึงแม้ว่าความเสี่ยง (Risk) เป็นอุบัติการณ์ หรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้แต่ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ใช้บริการ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรือการเกิดอันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล นำสู่ภาระในการชดใช้ค่าเสียหายการจัดการความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient safety) จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทุกคนต้องตระหนัก และให้ความสำคัญตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพทั้งหมด มีการส่งเสริมให้นานาประเทศร่วมพัฒนามาตรฐาน และแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย รวมทั้งกระตุ้นการสร้างวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพทั่วโลก สำหรับประเทศไทย สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยได้กำหนดมาตรฐานการบริหารองค์กรพยาบาลและผดุงครรภ์ โดยระบุว่าองค์กรพยาบาลและการผคุงครรภ์ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับต้องมีระบบบริหารความเสี่ยง และต้องจัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการพัฒนาคุณภาพขององค์กร[3]

The Joint Commission on Accreditation of Health care Organization ได้รวบรวมสถิติความเสี่ยงทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ (Sentinell event) ที่เกิดขึ้นในแต่ละปี พบว่าสูงถึง 3,000 เหตุการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ให้เกิดการเสียชีวิตพบว่า ร้อยละ 60.0 เป็นความเสี่ยงในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ เช่น การให้ยาผิด การผูกมัดผู้ป่วยทำให้บาดเจ็บและเสียชีวิตร้อยละ 55.0 เป็นเรื่องของการพลัดตกหกล้มร้อยละ 45.0 เป็นเรื่องผู้ป่วยทำร้ายตนเองในประเทศไทยคณะกรรมการ[4] เช่นเดียวกับรายงานของกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[5] ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 รอบ 6 เดือน มีเรื่องร้องเรียนเข้าใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 263 เรื่อง เขตสุขภาพที่ 4 ได้รับเรื่องร้องเรียนมากที่สุด จำนวน 30 เรื่อง (ร้อยละ 11.41) รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 28 เรื่อง (ร้อยละ 10.65) และเขตสุขภาพที่ จำนวน 29 เรื่อง (ร้อยละ 10.27) ของจำนวนเรื่องร้องเรียนเข้าใหม่ทั้งหมดตามลำดับ เขตสุขภาพที่ได้รับเรื่องร้องเรียนน้อยที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ 11จำนวน 10 เรื่อง (ร้อยละ 3.80) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รายงาน

จำนวนเรื่องการร้องเรียนเกี่ยวกับมาตรฐานการแพทย์ในปี พ.ศ.2564 พบว่า มีถึง 1,978 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องความไม่พึงพอใจหรือความขัดแย้งที่รุนแรงระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และเรื่องภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดผลที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ และครอบครัว ทั้งนี้จากรายงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์ เผยแพร่ของสาขาเวชศาสตร์ชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.2551 ได้ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน 4,000 ราย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งพบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งป้องกันได้

เช่นเดียวกับรายงานอุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงในงานผู้ป่วยของโรงพยาบาลจังหารตั้งแต่ พ.ศ.2561-2565 พบว่าเกิดอุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงดังนี้ ปี พ.ศ.2561 พบอุบัติการณ์ระดับ E จำนวน 10 ครั้ง ระดับ F จำนวน 14 ครั้ง ระดับ H จำนวน 10 ครั้ง ปี พ.ศ.2562 พบอุบัติการณ์ระดับ E จำนวน 12 ครั้ง ระดับ F จำนวน 9 ครั้ง ระดับ H จำนวน 11 ครั้ง ปี พ.ศ.2563 พบอุบัติการณ์ระดับ E จำนวน 15ครั้ง ระดับ F จำนวน 5 ครั้ง ระดับ H จำนวน 9 ครั้ง ปี พ.ศ.2564 พบอุบัติการณ์ระดับ E จำนวน 9 ครั้ง ระดับ F จำนวน 10 ครั้ง ระดับ H จำนวน 12 ครั้งปี พ.ศ. 2565 พบอุบัติการณ์ระดับ E จำนวน 7 ครั้ง ระดับ F จำนวน 12 ครั้ง ระดับ H จำนวน 5 ครั้ง[6] อย่างไรก็ตามความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของบริการสุขภาพ และเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพบริการทั้งในมิติของสถานพยาบาลและผู้ใช้บริการ (WHO) แม้จะมีการพัฒนาระบบและแนวทางเฝ้าระวังความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลต่อความสูญเสีย จากสถิติทั่วโลกพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 10 ได้รับอันตรายจากความคลาดเคลื่อนในการรักษาพยาบาล (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล[7] ข้อมูลย้อนหลังของกระทรวงสาธารณสุข 20 ปี (พ.ศ. 2539 - พ.ศ.2560) พบว่ามีสถิติฟ้องร้องทางการแพทย์ที่มีสาเหตุจากความคลาดเคลื่อนสามารถพบได้ในทุกระดับของสถานพยาบาล คิดเป็นมูลค่าประมาณ 3,192 ล้านบาท[8] เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในส่งผลกระทบต่อชีวิต ภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ค่าใช้จ่ายและความไว้วางใจต่อสถานพยาบาล ดังนั้นทำให้สถานพยาบาลทุกระดับให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ และกำหนดเป็นนโยบายที่ทุกหน่วยบริการต้องมีระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนเอกสารข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้ถึงบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์ระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหาร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจังหาร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหาร และ 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงกันยายน 2566

การเลือกพื้นที่การศึกษา การดำเนินการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหาร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ระดับ F2 ให้บริการตรวจรักษาในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน และระบบ EMS มีบริการคลินิกตรวจโรคทั่วไป คลินิกเฉพาะโรค ให้บริการผู้ป่วยใน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด ให้บริการเฉพาะด้าน ได้แก่ ทันตกรรม กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก การบำบัดยาเสพติด/บุหรี่/สุรา บริการ X- ray Ultrasound

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การศึกษาครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาล คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก Patient care team (PCT) เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยในที่ให้บริการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเพาะเจาะจง

ที่มีคุณสมบัติคัดเข้าที่กำหนดไว้ การศึกษาครั้งนี้มีผู้ร่วมวิจัย จำนวน 3 กลุ่ม รวม 21 คน ประกอบด้วย **กลุ่มที่ 1** หัวหน้าพยาบาลงานผู้ป่วยในและพยาบาลประจำงานผู้ป่วยใน จำนวน 10 คน **กลุ่มที่ 2** แพทย์ประจำบ้านที่ประจำ PCT งานผู้ป่วยใน จำนวน 3 คน และ **กลุ่มที่ 3** เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พนักงานช่วยการพยาบาล 8 คน ที่มีคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลที่คัดเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) ปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ปี และ (2) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ (1) ย้ายสถานที่ทำงานระหว่างทำวิจัย และ (2) ไม่ได้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องระหว่างที่มีการศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือ (Practical action research) โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง ระยะการพัฒนาระบบ และประเมินผลระบบ และเพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปอย่างถูกต้องและไม่ละเมิดสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในการให้บริการในงานผู้ป่วยในวัตถุประสงค์ของการศึกษาระยะที่ 1 เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ความเสี่ยงการบริหารความเสี่ยงในงานผู้ป่วยใน ให้ได้ข้อมูลสถานการณ์ความเสี่ยงและระบบที่จะนำไปพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงในงานผู้ป่วยใน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาล การดำเนินการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงโดยใช้กรอบการพัฒนาเชิงระบบโดยวิเคราะห์โอกาสพัฒนาตามโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหารดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผนการปฏิบัติร่วมกับการสังเกต และสะท้อนกลับ มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ร่างพัฒนาระบบครั้งที่ 1 โดยสร้างจากข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในขั้นตอนที่ 1 เชิญประชุมผู้มีส่วนร่วมกลุ่มเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่มคืนข้อมูลที่ได้ และเพื่อระดมความคิดเห็นต่อการร่าง รูปแบบครั้งที่ 1

2. นำร่างพัฒนาระบบฯ ครั้งที่ 1 มาตรวจสอบคุณภาพโดยการสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญตรวจสอบ และประเมินความถูกต้อง มีประโยชน์เหมาะสม ด้านมาตรฐานและครอบคลุมด้านความเสี่ยง 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ประจำ PCT ประธานความเสี่ยงทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้จัดการความเสี่ยง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาเสนอแนะมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง และคู่มือชุดความรู้ 9 มาตรฐานสำคัญที่จำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับงานผู้ป่วยและแบบสอบถามความพึงพอใจของการใช้คู่มือทั้งสองเล่ม รวมถึงแบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตามรูปแบบทุกจุดบริการแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างวางแผนจัดอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงและการใช้เครื่องมือความเสี่ยง Non-technical skill วางแผนให้บุคลากรทำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการอบรม รวมเครื่องมือในขั้นตอนพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงทั้งหมด 7 รายการ ผู้วิจัยได้ขอคำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการเครื่องมือทั้งหมดจากอาจารย์ที่ปรึกษา และหลังจากนั้น นำเครื่องมือทั้ง 7 รายการ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ความตรงต่อเนื้อหา ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งานพร้อมข้อเสนอแนะ

4. พัฒนาระบบ ฯ ครั้งที่ 2 เป็นการนำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิในการปรับร่างระบบการบริหารความเสี่ยงในงานผู้ป่วยหลังจากนั้นนำไปดำเนินการพัฒนาระบบผ่านกระบวนการตามวงรอบ

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Acting) ดำเนินการโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับกลุ่มบุคลากรในงานผู้ป่วยใน 1 วัน เพื่อนำเสนอร่างการพัฒนาระบบครั้งที่ 2 ผู้วิจัยชี้แจงและทำความเข้าใจกับผู้ร่วมวิจัยเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินงานแนวทางการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของงานผู้ป่วยและร่วมกันวางแผนในการ

ดำเนินกิจกรรม นำร่างรูปแบบครั้งที่ 2 ไปสู่การปฏิบัติ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ (1) การพัฒนาอบรมการบริหารความเสี่ยง อบรมการใช้เครื่องมือบริหารความเสี่ยงอบรมการคัดกรองด้วยระบบ ES ให้ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพได้ทดลองใช้คู่มือบริหารความเสี่ยง 1 เล่ม และคู่มือชุดความรู้ 9 มาตรฐานจำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับงานผู้ป่วยใน 1 เล่มโดยกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องนำร่างรูปแบบครั้งที่ 2 ไปปฏิบัติ รวมทั้งจัดประชุมออนไลน์ชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยง โดยมีการปฏิบัติดังนี้ รวมทั้งการเชิญวิทยากรอบรมออนไลน์เรื่องการคัดกรอง ESI มีการสอบ และทำความเข้าใจหลังการอบรมเจ้าหน้าที่ทุกระดับและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรของงานผู้ป่วยในโดยอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงและการใช้เครื่องมือบริหารความเสี่ยง จัดอบรม Non-technical skill กับให้ กลุ่ม Non-nurse ทดลองการใช้คู่มือบริหารความเสี่ยง และคู่มือ ชุดมาตรฐานความรู้ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย ของงานผู้ป่วยในกับกลุ่มพยาบาล หลังการสอนให้ความรู้และการใช้คู่มือบริหารความเสี่ยงจึงได้ทำแบบสอบถามความพึงพอใจ (2) กำหนดแนวทางบริหารความเสี่ยงทุกจุดบริการ (3) ปรับปรุงพื้นที่เพื่อเอื้อต่อการบริหารความเสี่ยงตามที่ทุกคนนำเสนอความคิดเห็นใน Risk prevention (4) พัฒนารูปแบบการสื่อสารร่วมกับทีมนำทางคลินิก (PCT) ในการบริหารความเสี่ยง ประชุมร่วมกับทีมนำทางงานผู้ป่วยในในการจัดตั้งทีมงานและผู้รับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยงร่วมกันและพัฒนาเครื่องมือในการสื่อสารการรายงานความเสี่ยงในทีมนำทางงานผู้ป่วยในโดยมีระบบการรายงานทุกเดือนและประชุมเพื่อหาทางแก้ไขหาต้นตอของปัญหาร่วมกัน

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในระยะลงมือปฏิบัติการ

คู่มือบริหารความเสี่ยงสำหรับงานผู้ป่วยใน 1 เล่ม และคู่มือชุดความรู้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับงานผู้ป่วยใน 1 เล่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตาม 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยเป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดโดยคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลอนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กรในขั้นที่ 3 และขั้นก้าวหน้า รวมคู่มือสำหรับประกอบการบริหารความเสี่ยง 2 เล่ม

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) ในระยะปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือโดยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นสร้างข้อคำถามตามขอบเขตและวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำถาม และแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง ชัดเจนตามโครงสร้างเนื้อหาในให้ตรงกับกรอบแนวคิดการวิจัย หลักของการวิจัยแล้วหาความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านความเสี่ยง

2.3 ขั้นตอนการสังเกต (Observing) แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรทุกกลุ่ม ทุกจุดบริการในงานผู้ป่วยในเป็นแบบสังเกตเป็นคำถามเป็นแบบ (Check list) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากบริบทของงานผู้ป่วยในและการทบทวนเอกสารมาตรฐานความปลอดภัยการปฏิบัติงานผู้ป่วยใน และจากสถาบันรับรองคุณภาพ แนวปฏิบัติเฉพาะโรค และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้คะแนนปฏิบัติเป็น 1 ไม่ปฏิบัติเป็น 0 จำนวน 5 ข้อในการนำร่างรูปแบบครั้งที่ 2 ไปปฏิบัติทุกจุดบริการหลังการทดลองใช้ระบบการบริหารความเสี่ยงไปแล้ว 1 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของขั้นตอนการสังเกต แบบสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานผู้ป่วยใน แบบประเมินมีระบบการหาความเชื่อมั่นของแบบสังเกต (Interrater reliability) ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้สังเกต 2 คน คือ ที่ปรึกษาและผู้วิจัยโดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สังเกตผลการสังเกตพบว่า ตรงกันทุกข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.00

2.4 ขั้นตอนการสะท้อนกลับ (Reflecting) หลังได้ร่างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทของงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหารแล้วแจ้งหัวหน้าตึกผู้ป่วยใน 1 ประกาศใช้ระบบการบริหารความเสี่ยงของงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหาร ขั้นตอนนี้เป็นการสะท้อนความคิดของกลุ่มเป้าหมาย โดยการสัมภาษณ์ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ ในการอบรม

Non-technical skill และสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องมือ 2 เล่ม นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสัมภาษณ์สะท้อนคิดความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัยเครื่องมือในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้คู่มือบริหารความเสี่ยงและชุดความรู้มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยสำหรับงานผู้ป่วยใน มีจำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร Non - nurse ภายหลังการอบรม Non- technical skill ในงานผู้ป่วยใน ประกอบด้วยข้อคำถามต่อความพึงพอใจต่อเนื้อหารูปแบบการจัดรายการ 11 ข้อ ลักษณะคำถามของแบบประเมินความพึงพอใจเป็นแบบมาตราส่วนประกอบประมาณค่า (Rating scale) แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานเก็บข้อมูลภายหลังนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล คำนวณค่า CV=0.95 และ (2) แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานภายหลังนำระบบการบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจังหารไปใช้ CVI=1.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของระยะสะท้อนกลับ (1) แบบประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลงานผู้ป่วยใน (2) แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการอบรม Non-technical skill งานผู้ป่วยใน CVI=0.92 และ (3) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในระยะสะท้อนกลับ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยเชี่ยชาญ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการหาความตรงของเนื้อหา การทดสอบความตรงตามสภาพหลังจากนั้นและนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 3 ขั้นประเมินผลลัพธ์ของการใช้ระบบการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาล ระยะการประเมินผลลัพธ์ของระบบการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาลของงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหารหลังการทดลองใช้ 1 เดือน จึงประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการโดยสอบถามความคิดเห็นต่อระบบการจัดการความเสี่ยงจากผู้ร่วมปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานผู้ป่วยในติดตามอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

เครื่องมือในระยะการดำเนินการวิจัยขั้นประเมินผลประกอบด้วย (1) แบบรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลจังหาร ใช้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในระยะประเมินผลลัพธ์ติดตามรายงานอุบัติการณ์ในงานผู้ป่วยในและรายงานตามแบบฟอร์มอุบัติการณ์ และ (2) แบบสอบถามประเมินความคิดเห็นของระบบการจัดการความเสี่ยงจากผู้ร่วมปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานผู้ป่วยใน จำนวน 11 ข้อ (3) แบบประเมินการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติในการนำไปปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ ในการนำร่างรูปแบบครั้งที่ 2 ไปปฏิบัติทุกจุดบริการหลังการทดลองใช้ระบบการบริหารความเสี่ยงไปแล้ว 1 เดือน

แบบสังเกตการปฏิบัติตามระบบการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาล แบบประเมินมีระบบการหาความเชื่อมั่นของแบบสังเกต (Interrater reliability) จำนวน 11 ข้อ ที่สังเกตค่าความเชื่อมั่น ≥ 0.98 ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้สังเกต 2 คน คืออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้วิจัยโดยผลการสังเกต ตรงกันทุกข้อและค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.00

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นประเมินผลระบบการจัดการความเสี่ยง การใช้แบบสังเกตการปฏิบัติของกลุ่มเป้าหมายในการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาลแต่ละจุดบริการแล้วนำมาวิเคราะห์ ความถี่และร้อยละของการปฏิบัติ แบบสอบถามประเมินความคิดเห็นด้านความเป็นไปได้ของระบบความเสี่ยงว่าใช้ได้จริงจากผู้ร่วมปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานผู้ป่วยในและสอบถามด้านความครอบคลุมในการปฏิบัติจริง นำไปวิเคราะห์เชิงปริมาณรายด้าน รายข้อ ร้อยละและรวมใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สรุปแสดงสร้างรูปแบบการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาลการให้บริการผู้ป่วยใน

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้มีการวิเคราะห์เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณมีรายละเอียดดังนี้

(1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่รวบรวมจากการสนทนากลุ่ม ในระยะศึกษาสถานการณ์และแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ตามหลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และข้อมูลจากแบบสอบถาม

และแบบสังเกตนำไปวิเคราะห์เชิงปริมาณรายด้านรายข้อ ร้อยละ และรวมใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยทุกขั้นตอนตลอดการศึกษาตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย โดยเสนอโครงร่งวิจัย และเครื่องมือการวิจัย เพื่อขอรับรองด้านจริยธรรมทำการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1142565

ผลการวิจัย

1. วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในงานผู้ป่วยของโรงพยาบาลจังหารตั้งแต่ พ.ศ.2561-2565 พบว่ามีจำนวน 150 ครั้ง ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในปี พ.ศ.2561 จำนวน 34 ครั้ง รองลง คือ พ.ศ.2562 จำนวน 32 ครั้ง และพ.ศ.2564 จำนวน 31 ครั้ง ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามระดับความรุนแรงพบว่า ส่วนใหญ่เกิดใน ระดับ E จำนวน 53 ครั้ง รองลงมา คือ ระดับ F จนวน 50 ครั้ง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนอุบัติการณ์เกิดความเสี่ยงงานผู้ป่วยใน

ปี พ.ศ.	ระดับความเสี่ยง (ครั้ง)			
	ระดับ E	ระดับ F	ระดับ H	รวม
พ.ศ.2561	10	14	10	34
พ.ศ.2562	12	9	11	32
พ.ศ.2563	15	5	9	29
พ.ศ.2564	9	10	12	31
พ.ศ.2565	7	12	5	24
โดยรวม	53	50	47	150

2. สรุปผลการสนทนากลุ่มของพยาบาลวิชาชีพมีข้อสรุปสำคัญ คือ ส่วนใหญ่พยาบาลไม่เข้าใจภาพรวม และขั้นตอนสำคัญของการบริหารความเสี่ยง ต้องการเห็นรูปแบบหรือระบบบริหารความเสี่ยงที่เป็นรูปธรรมเข้าใจง่าย และพัฒนามาจากเจ้าหน้าที่ทุกคน เป็นรูปแบบ คู่มือหรือมีการนำไปใช้ได้ง่ายและทันสมัยต่อเหตุการณ์ และสอดคล้องกับนโยบายระบบการคัดกรองที่ยังไม่ครอบคลุม ไม่มีการบันทึก ESI (Emergency severity index) ในระบบการบันทึกของโรงพยาบาล บันทึกไม่ครบไม่มีระบบการกำกับการคัดกรองระบบ ESI อย่างเป็นระบบทำให้เกิดอุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาดระบบการรายงานผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังไม่ชัดเจนระบบการคัดกรอง พัฒนาระบบกำกับติดตามกระบวนการคัดกรองการเฝ้าระวังอาการ Early warning sign ของโรคต่าง ๆ ไม่มีระบบ Nurse round ไม่มีพื้นที่เฝ้าระวังถึงอาการเปลี่ยนแปลงกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังไม่มี ระบบการประเมินซ้ำหลังการคัดกรองรอตรวจทำให้เกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจระบบการเรียกตรวจ ไม่มีการจัดพื้นที่การคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ไม่มีระบบการมอบหมาย Assign งานการถ่ายโอนความเสี่ยงระบบการรายงานพยาบาลและแพทย์อย่างรวดเร็วยังไม่เข้าใจกิจกรรม 12 กิจกรรมทบทวน ไม่มีระบบการทบทวนที่ชัดเจน แต่มีความกระตือรือร้นในการทำงานพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและไม่มีคู่มือที่นำไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ข้อสรุปได้ว่า

การจัดการความเสี่ยง ขาดความไวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามระบบ ESI ควรการพัฒนาอบรม Non-technical skill ติดตามความพึงพอใจบริหารความเสี่ยงและการนิเทศการคัดกรอง นิเทศงานกำกับติดตาม โดยพยาบาล ติดตามงานด้านความไวต่อความเสี่ยงในการรายงานพยาบาลเมื่อเหตุการณ์ที่เสี่ยงในระดับ Near miss

3. พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาลงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหาร การดำเนินการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงมีการดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน โดยผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมคทากาท (Kemmis & McTaggart) มาใช้แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตติดตาม และการสะท้อนกลับ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ (1) การเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการ (2) การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (3) จัดทำ Risk management tool (4) ปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อจัดการความเสี่ยง (5) การสื่อสารการจัดการความเสี่ยงโดยประสานความร่วมมือผ่าน PCT และ (6) กำกับติดตาม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

4. ผลการประเมินผลลัพธ์ของระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาลงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหาร พบว่า พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางทางการจัดการความเสี่ยงโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 91.25 โดยมีขั้นตอนการรับผู้ป่วยใหม่และขั้นตอนการจำหน่ายมีคะแนนมากที่สุด (100%) รองลงมา คือ การเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย (85.0%) ตามลำดับ ภายหลังนำระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาลไปใช้พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อระบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.20, SD.=0.50) โดยที่ระบบที่พัฒนาขึ้นตรงกับปัญหาความเสี่ยงที่จะแก้ไขมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (Mean=4.51, SD=.0.84) และความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระดับ Low Risk (เสี่ยงต่ำ) ระดับปานกลาง ระดับ D มากที่สุด จำนวน 11 ครั้ง รองลงมา คือ ระดับ C จำนวน 6 ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 2-4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในงานผู้ป่วยใน

จุดบริการ	ปฏิบัติ (%)	ไม่ปฏิบัติ (%)
การเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วย		
1. ความพร้อมของบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งสถานที่	85.0	15.0
การรับผู้ป่วยใหม่		
2. ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการตอนรับ และการให้ข้อมูล	100.0	0.0
3. มีเอกสารข้อมูลและการประสานงานที่ดี		
การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย		
4. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ	80.0	20.0
การจำหน่าย		
5. ผู้ป่วย/ญาติได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน	100.0	0.0
โดยรวม	91.25	8.75

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานภายหลังนำระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาลไปใช้ (N=10)

ข้อคำถาม	Mean(SD.)	ระดับความพึงพอใจ
1. นำไปปฏิบัติจริง	3.80(1.22)	มาก
2. นำไปปฏิบัติได้ง่ายไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน	4.40(0.84)	มาก
3. ความเหมาะสมกับหน่วยงาน	4.20(0.91)	มาก
4. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นปฏิบัติได้โดยบทบาทอิสระด้านความครอบคลุมในการปฏิบัติจริง	4.10(0.87)	มาก
5. ครอบคลุมทุกจุดบริการ	4.20(1.03)	มาก
6. สามารถนำไปใช้กับผู้ใช้บริการได้ทุกกลุ่มบริการ	4.10(1.10)	มาก
7. ตรงกับปัญหาความเสี่ยงที่จะแก้ไข	4.51(0.84)	มากที่สุด
8. ด้านคุณค่าในการทำงาน	4.40(0.84)	มาก
9. ลดเวลาในการทำงาน	4.40(0.84)	มาก
10. ทำให้มีโอกาสดูแลผู้ใช้บริการได้มากขึ้น	4.20(1.03)	มาก
11. มีความคุ้มค่าในการนำไปใช้ ก่อให้เกิดประโยชน์ไม่เกิดความเสี่ยงไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	3.90(1.97)	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	4.20(0.50)	มาก

ตารางที่ 4 จำนวนความถี่ของระดับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในงานผู้ป่วยใน

กลุ่ม	ความรุนแรง	ระดับ	จำนวน(ครั้ง)
Near miss (เกือบพลาด)	น้อย	A	1
		B	3
Low Risk (เสี่ยงต่ำ)		C	6
	ปานกลาง	D	11
Moderate Risk	ปานกลาง	E	5
(เสี่ยงปานกลาง)		F	1
High Risk (เสี่ยงสูง)	มาก	G	0
		H	0
		I	0

วิจารณ์

1. สภาพปัญหาจากการวิจัยครั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาสถานการณ์การจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า ความเสี่ยงเกิดจากเจ้าหน้าที่ขาดความตระหนักและขาดความรอบคอบ ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ร่วมกับมีความเหนื่อยล้าจากการทำงาน เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้น ต้องการการยอมรับ การแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว การสร้างขวัญกำลังใจ และต้องการความช่วยเหลือจากทีมบริหาร ผลการศึกษานำไปสู่การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง เช่น ปรับปรุงแนวทางการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาล การนิเทศ และการทำ RCA[9]

2.ระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาล งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหารครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการวิจัยในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้มี 10 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ศึกษารวบรวมข้อมูล 2 สำรวจความรู้ และการปฏิบัติก่อนพัฒนา 3) วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และตั้งเป้าหมาย 4) ประชุมกำหนดแผนปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม 5) พัฒนาระบบการจัดการยา 6) พัฒนาระบบเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา 7) พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านยา 8) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมระหว่างดำเนินการ และหลังการดำเนินงาน 9) ประเมินผล และ 10) จัดเวทีถอดบทเรียน[10]

3. ผลลัพธ์ของระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาล ครั้งนี้สอดคล้องกับเช่นเดียวกับการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานีซึ่งข้อค้นพบจากการวิจัยชี้ให้เห็นว่า หลังการทดลองใช้ระบบการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องประเภทของความเสี่ยง ความหมายและเป้าหมายของความเสี่ยงทางการพยาบาล สูงขึ้น พยาบาลวิชาชีพมีการรายงานความเสี่ยงทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น มีการลดลงของระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทางการพยาบาล นอกจากนี้พบว่า ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลโดยเฉพาะในเรื่อง ทิศทางนโยบายการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลสู่การปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น จากผลการวิจัยชี้แนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดน โยบายเรื่องการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับกลางควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดทำโครงการอบรมบุคลากรทางการพยาบาลเรื่องการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นควรจัดทำข้อปฏิบัติในการนิเทศพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล[11] สอดคล้องกับผลของกระบวนจัดการความเสี่ยงส่งผลให้ผู้กลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และการปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา เปลี่ยนแปลงดีขึ้น และอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยนอกลดลงจากเดิม 10.85 ครั้งต่อพันใบสั่งยาเป็น 9.82 ครั้งต่อพันใบสั่งยา การดำเนินงานในครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบเบื้องต้นในการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลเขาวง ที่เรียกว่า “K- W- S- C model” ที่มีจุดเน้นที่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านยาในองค์กร[10] และสอดคล้องกับผลของการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง พบว่าอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านกายภาพและด้านข้อร้องเรียนมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ด้านกระบวนการทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยามีแนวโน้มลดลง ส่วนอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความคิด ทัศนคติและการรับรู้เชิงบวกต่อการจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาลและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเพิ่มขึ้นการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีควรสร้างความตระหนักให้รับผิดชอบร่วมกันมุ่งเน้นการปฏิบัติตามแนวทาง การจัดระบบงานเพื่อลดการเกิดข้อผิดพลาด และสร้างความสุขในงาน[9]

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ประเด็นการนำระบบการจัดการความเสี่ยงทาง

พยาบาลไปปฏิบัติจริงมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ทั้งนี้การนำระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาลนั้นต้องได้รับความร่วมือจากทุกๆ ฝ่าย ดังนั้น ผู้รับผิดชอบการจัดการความเสี่ยงจะต้องเน้นการสื่อสารภายในหน่วยงานให้มากทุกช่องทางและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาสถานการณ์ความปลอดภัยผู้ป่วยในมุมมองของผู้รับบริการโดยใช้เครื่องมือประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยในมุมมองผู้รับบริการ เพื่อช่วยสะท้อนภาพความปลอดภัยได้ครอบคลุมมากขึ้นและควรทำการศึกษาการพัฒนาการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากผลที่ได้จากการทำ RCA อุบัติการ์ณ์รุนแรงส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. รัชนี อยู่ศิริ. การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย; 2551.
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน; 2558.
3. สภาการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาล และการผดุงครรภ์ 2540 [อินเตอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : http://www.tnc.or.th/aw/page-6.html
4. The Joint Commission. Critical access hospital and hospital national patient safety goals [Internet]. 2006 [cited 2012 Dec 14]. Available from: http://www.splashcap.com /JCA-HO_2006-NPSG-3D.pdf
5. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 รอบ 6 เดือน. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564.
6. โรงพยาบาลจังหาร. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจังหาร; 2565.
7. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). รายงานประจำปี 2561 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2561.
8. อิทธิพล สูงแข็ง. บรรยายพิเศษเรื่องการบริหารจัดการความขัดแย้งในการบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2019/01/16725
9. จิราวรรณ รุ่งเรืองวารินทร์, พรพิมล พลอยประเสริฐ, สมทรง บุตรชีวัน. การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2560;25(7):25-36.
10. วรัญญา ญาติปราโมทย์. การจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2563;9:20-30.
11. นิยตา ดีอินทร์. ประสิทธิผลของระบบการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี. [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม. มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.

การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย

The Development of Triage Patients Model by Emergency Nurses in Emergency Department at Kaset wisai Hospital

ญวนใจ มุมกลาง*

Yaunjai Mumklang

Corresponding author: E-mail: cnn25162512@gmail.com

(Received: December 15, 2023; Revised: December 22, 2023; Accepted: January 26, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ สร้างและตรวจสอบคุณภาพ และทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาล

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจำนวน 14,709 ราย ที่ได้มาจากการคัดเลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม-กันยายน 2566 การดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ การพัฒนารูปแบบ การนำรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยไปใช้และการประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบ แบบประเมิน และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ Percentage differences

ผลการวิจัย : พบปัญหาและความต้องการในการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลแผนกฉุกเฉินด้าน (1) บุคลากรผู้ปฏิบัติงานทั้งจำนวน สมรรถนะและการพัฒนาสมรรถนะ (2) กระบวนการ สถานที่ และ (3) เครื่องมือการคักแยก รูปแบบการคัดแยกฯ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนคือ (1) การประเมินอาการเพื่อคัดแยกผู้ป่วย (Primary Assessment (2) จำแนกและจัดลำดับความเร่งด่วน (3) วินิจฉัยและให้การรักษาพยาบาลตามแนวปฏิบัติ (4) ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤติที่เป็นอันตรายและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตตามแนวปฏิบัติ (5) รายงานแพทย์หรือทีมดูแล (6) ประเมินและคัดแยกโรคระบบทางเดินหายใจและแยกโซนรอตรวจ และ (7) ลงบันทึกการคัดแยกเบื้องต้น และพยาบาลมีคะแนนความรู้ภายหลังการฝึกอบรมเพิ่มขึ้น (89.63%) สามารถนำเครื่องมือการคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้อง (99.27%) ผลการคัดแยกผู้ป่วยมีข้อผิดพลาดลดลง พบว่า การประเมินระดับความรุนแรง Under triage (0.18%) (18/9,800) และการประเมินระดับความรุนแรง Over triage (0.55%) (54/9,800)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ส่งผลให้ Under Triage/over Triage ลดลง ดังนั้นหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรไปใช้พัฒนางาน

คำสำคัญ : การคัดแยกผู้ป่วย; พยาบาลวิชาชีพ; งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

ABSTRACT

Purposes : To study the problems and needs, create and check quality and trial, and evaluation of patient triage model by nurses.

Study design : Research and development approach**.**

Materials and Methods : Nine of nurses target group were consisted and 28 of admitted patients who were selected purposive sampling. We were conducted research from January - August 2023. A process research were four steps, studying of problems and needs, developed model, Implementation, and evaluation. Data were collected using tests, assessments and group discussion questions. Data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation and compare the mean knowledge scores regarding patient sorting using Percentage differences.

Main findings : Found that problems and needs in patient sorting among emergency department nurses in (1) the entire number of working personnel competency and skill development (2) process, location and (3) separation equipment, The triage model consisted of seven steps: (1) Assessing symptoms to separate patients (Primary Assessment), (2) Classifying and prioritizing urgency, (3) Diagnosing and providing medical treatment according to guidelines, (4) Providing first aid in dangerous crisis situations and risk of death according to guidelines (5) Report to doctor or care team (6) Assess and separate respiratory diseases and separate zones waiting to be examined and (7) Record the preliminary separation. And nurses' knowledge scores after training increased (89.63%) and were able to use patient triage tools correctly by (99.27%). Results of patient triage decreased with errors. It was found that the assessment of the level of severe under triage(0.18%) (18/9,800) and severe over triage (0.55%) (54/9,800).

Conclusion and recommendations : The results of this research result in a reduction in Under Triage/over Triage. Therefore, accident and emergency departments should use them to develop their work.

Keywords : Triage ; Nurses; Emergency Department.

* Registered Nurse, Professional Level, Kaset wisai Hospital

บทนำ

การบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการให้บริการพยาบาลแก่บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บและ/หรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ทั้งระบบร่างกายและจิตใจ โดยการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที โดยให้การพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุและที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก[1] ตลอดจนรับไว้สังเกตอาการเฉพาะหน้า ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือห้องสังเกตอาการ พยาบาลที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะต้องปฏิบัติโดยใช้ความรู้ ความสามารถ และตัดสินใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วน ปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ แต่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในระบบสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีผลให้ขอบเขตของการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องยืดหยุ่นเพียงพอที่จะสามารถตอบสนองประเด็นการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและควบคุมกำกับให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพ ได้มาตรฐานสร้างความประทับใจแก่ผู้ใช้บริการ[2] เช่นเดียวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาตรฐานที่ 2 การตรวจ และบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ประเด็นการคัดกรองผู้ป่วย (Comprehensive Triage) โดยพยาบาลวิชาชีพ คัดกรองการเจ็บป่วยสำคัญของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกราย และจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล (Priorities of Care) ตามสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายทันท่วงที โดยผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง (Triage) ปัญหาการเจ็บป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามลำดับความรุนแรง/เร่งด่วนของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่คุกคามชีวิต (Life Threatening) อย่างทันท่วงที และผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้[3]

เช่นเดียวกับหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาจากนอกโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือทางการแพทย์อย่างทันท่วงที การให้บริการมุ่งเน้นแก้ไขภาวะที่คุกคามชีวิต จัดการกับภาวะวิกฤตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบันได้มีจำนวนผู้ป่วยมาใช้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น นอกจากจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้นแล้ว ความรุนแรงและความซับซ้อนของการเจ็บป่วยก็มากขึ้นเช่นกัน ส่งผลให้การรักษามีความซับซ้อน และต้องใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมากยิ่งขึ้น แพทย์ต้องใช้เวลาในการตรวจรักษาผู้ป่วยนานขึ้น[4] ทำให้เกิดความแออัดของผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้การให้บริการการรักษาพยาบาลเกิดความล่าช้า[5] ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่แต่ละโรงพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญในการแก้ไข[6]

ดังรายงานจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเกษตรวิสัยตั้งแต่ พ.ศ.2561-2565 พบว่า มีจำนวน 45,951 ราย,39,155ราย, 36,220 ราย, 32,794 ราย และ 34,096 ราย ตามลำดับเมื่อพิจารณาตัวชี้วัดสำคัญ คือ ร้อยละผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินมีการคัดแยกคลาดเคลื่อน Under Triage/ระดับEขึ้นไป (เป้าหมาย≤5%) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2565 พบว่า 0.60%(275/13), 0.65%(254/11), 0.30%(108/10), 0.27%(90/8) และ 0.25%(85/7) ตามลำดับ และ Over Triage (เป้าหมาย≤15%) 2.0%,1.8% 1.30% 0.62% และ 0.67%[7] จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ร้อยละผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้รับการคัดแยกถูกต้องจากการทบทวนในปี พ.ศ.2563 พบ Under triage จำนวน 108 ราย เป็นระดับ E ขึ้นไป จำนวน 10 ราย จำแนกเป็นระดับ I จำนวน 2 ราย Diagnosis เป็น Pneumonia with Respiratory failure และ Diagnosis เป็น Cirrhosis with

bleeding internal hemorrhoids ระดับ H จำนวน 4 ราย Diagnosis เป็น Sepsis with Respiratory failure, Acute pulmonary embolism, Diagnosis เป็น Left side heart failure และ Pulmonary TB, ระดับ F จำนวน 4 ราย Diagnosis เป็น Stroke Fast track และ STEMI ได้รับยาล่าช้า ต่อมาในปี พ.ศ. 2564 พบว่า Over triage 0.62% จำนวน 204 ราย จำแนกเป็นให้ระดับตามอาการผู้ป่วยไม่ได้พิจารณากิจกรรม เช่น ไข้, AGE, ผู้ป่วยอุบัติเหตุ, Common cold, อาการสะอึก, Diarrhea, Dizziness, Fatigue และ Case CA ต่างๆ Under triage 0.27% (90 ราย) พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงเช่น Multiple fractures of ribs, Mid trauma brain injury, Hypoglycemia, NSTEMI, Alcoholic ketoacidosis, Pneumonia, Viral croup, CHF, Pain ตำแหน่งสำคัญ และ Under triage ไม่ได้พิจารณากิจกรรม เช่น Dyspepsia, Dizziness, AFI Under triage ระดับ E ขึ้นไป 8 ราย จำแนกเป็นความเสี่ยงระดับ I จำนวน 1 ราย Diagnosis เป็น Simple hyperglycemia ระดับ H จำนวน 1 ราย Diagnosis เป็น Complete heart block ระดับ F จำนวน 2 ราย Diagnosis เป็น Stroke Fast track ระดับ E จำนวน 4 ราย Asthma, HT, Viral croup, Mid trauma brain injury และ ในปี พ.ศ.2565 พบ Under triage 85 ราย จำแนกเป็นระดับ E ขึ้นไป จำนวน 7 ราย ทั้ง 7 ราย เป็นความเสี่ยงระดับ E Diagnosis เป็น Sepsis shock, Hyperthyroid , AGE, UGIB with Hypokalemia, Acute stroke ผู้ป่วยประเภท 2 ประเมินเป็นประเภท 3, Respiratory failure, COPD และ Volume over load ผู้ป่วยประเภท 1 ประเมินเป็นประเภท 2 ทำให้การรักษาไม่ได้ตามมาตรฐานส่งผลให้ผู้ป่วย Admitted นานขึ้น เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจาก Competency ของบุคลากร ขาดการประเมินซ้ำตามระดับความเร่งด่วน บันทึกเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ ครอบคลุม ระบบมอบหมายงานพยาบาลยังไม่ครอบคลุม ส่วน Under triage อื่นๆ พบว่า ไม่คิดกิจกรรมในการประเมิน

จากการเพิ่มขึ้นของผู้ใช้บริการ แต่ทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ เครื่องมือทางการแพทย์และสถานที่มีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น เพื่อที่จะใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์และสามารถดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยมากที่สุด การปฏิบัติงานในห้องอุบัติและเหตุฉุกเฉินจึงให้ความสำคัญกับการใช้ระบบการคัดแยกผู้ป่วย (Triage systems) ในการจัดระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและลำดับความเร่งด่วนของการช่วยเหลือ เพื่อระบบการให้บริการผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากที่สุด การคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดลำดับความเร่งด่วนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจากความรุนแรง อาการของโรคและทรัพยากรที่มีอยู่ ระดับของการคัดแยกเป็นสิ่งสำคัญที่จะใช้ในการระบุว่าผู้ป่วยคนใดจะได้รับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉินและจัดลำดับก่อนหลังในการรักษา และระบบการคัดแยกผู้ป่วยจะช่วยในการตัดสินใจทางคลินิกเพื่อจัดลำดับก่อนหลังในผู้ป่วยทุกราย[8] เช่นเดียวกับผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนของพยาบาลคัดกรองงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จำนวน 39,889 ฉบับ พบว่า ภายหลังการทดลองระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อยและเจ็บป่วยทั่วไปน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความแม่นยำของการคัดกรองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง แต่การปฏิบัติบทบาทพยาบาลคัดกรองหลังทดลองทั้งรายด้าน และรายรวม ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงการนำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนสามารถลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และทำให้การคัดกรองมีความแม่นยำมากขึ้น[8]

กระบวนการคัดแยกผู้ป่วย (Triage) เป็นกระบวนการประเมินสภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เพื่อตัดสินความเร่งด่วนของอาการและนำมาใช้ในการจัดลำดับความเร่งด่วนของอาการและการรักษาอย่างเหมาะสม เป็นกลไกสำคัญในการบริหารความเสี่ยงของผู้รับบริการ และเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย และระหว่างรอรับการตรวจรักษาอาจนำไปสู่การเสียชีวิต

อย่างกะทันหัน หรือเกิดทุพพลภาพอย่างถาวรได้ ดังนั้น พยาบาลที่ให้บริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงต้องมีความสามารถในการประเมินเพื่อระบุปัญหา และความต้องการที่เร่งด่วนและสำคัญได้อย่างแม่นยำ และครอบคลุม[9] ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมการคัดกรองประเภทผู้ป่วยทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความละเอียด เที่ยงตรงและมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด จะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน สามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาที่มีความเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย ลดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างแท้จริงลดค่าใช้จ่าย และทรัพยากรขององค์กรที่ต้องนำมาใช้เกินความจำเป็น ลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดกรอง ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และลดความแออัดในพื้นที่การรักษาได้[10]

อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งจึงมีการพัฒนารูปแบบการคัดกรองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีการจัดลำดับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นจนกระทั่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้มีประกาศให้สถานพยาบาลดำเนินการตรวจคัดกรองระดับความฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วน แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดให้ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดกรองระดับความฉุกเฉิน ของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 ซึ่งเป็นมาตรฐานของสหรัฐอเมริกาที่เน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนักหรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วนและเน้นความลื่นไหลในการทำงาน[10] เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายใช้ระยะเวลาในการคัดกรองสั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Singer และคณะ[11] ซึ่งพบว่า ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจต่อขั้นตอนปฏิบัติของการคัดกรองอยู่ในระดับสูง และมีความถูกต้องมากกว่าการคัดกรองรูปแบบอื่นๆ แต่ก็ยังพบว่ามีการนำไปใช้ค่อนข้างน้อย จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดแยกผู้ป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางคัดกรองให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ สร้างและตรวจสอบคุณภาพและทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย โดยพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีระยะเวลาการดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม-กันยายน 2566 มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน **กลุ่มเป้าหมาย คือ** 1) ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ อุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเกษตรวิสัยระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2566 จำนวน 9,505 ราย กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาค้นจากข้อมูลเวชระเบียนงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2566 จำนวน 4,909 ราย ยกเว้น ผู้ป่วยที่มาด้วยระบบส่งต่อและระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ป่วยรายเก่าที่มารับการรักษาตามนัดป่วยที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ที่มารับบริการทำหัตถการต่อเนื่อง โดยนำมาวิเคราะห์เพื่อประเมินผลการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลในเบื้องต้น 2) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มหัวหน้าทีมและสมาชิกทีมแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยเป็นหัวหน้าทีม และสมาชิกทีมที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 3 ปี ขึ้นไป 9 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ขั้นตอนที่ 2 แหล่งข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ และพยาบาลชำนาญการพิเศษ ขั้นตอนที่ 3 พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน 14 คน และขั้นตอนที่ 4 ประชากรเป็นบุคลากรโรงพยาบาลเกษตรวิสัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย ที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานร่วมกับพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย และมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 3 ปี ขึ้นไป จำนวน 30 คน ประกอบด้วย

แพทย์ พยาบาลประจำการตึกผู้ป่วยนอก และพยาบาลตึกผู้ป่วยใน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน และเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนนี้ มีดังนี้ 1) ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นการจัดกลุ่มแบ่งระดับความรุนแรงฉุกเฉินผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับตามความเร่งด่วน คือ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเสี่ยงระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง และระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป[13] ใช้เป็นเครื่องมือในการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ผู้วิจัยใช้วิเคราะห์เพื่อประเมินผลการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลในเบื้องต้น และ 2) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้ทบทวนและกำหนดกรอบประเด็นแนวคำถามจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของสำนักการพยาบาล พ.ศ. 2551

ขั้นตอนที่ 2 เครื่องมือวิจัยในขั้นตอนนี้ ได้แก่ รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาล งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 3 ส่วน ได้แก่ 1) กิจกรรมการฝึกอบรม คู่มือ และแบบวัดประเมินผลการฝึกอบรม 2) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยตามบริบท และ 3) กรอบสมรรถนะ และภาระงานของพยาบาลผู้คัดแยกผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังนี้ 1) แบบทดสอบความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 2) แบบทดสอบการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 3) ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และ 4) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการจัดกิจกรรมการฝึกอบรม

ขั้นตอนที่ 4 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ 1) แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินที่มีต่อรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย และ 2) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยมีกรอบประเด็นในการสนทนา ได้แก่ รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติและเหตุฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น มีข้อดีข้อเสียหรือส่งผลกระทบอย่างไร ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยอย่างไร การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือทั้งหมดที่ใช้ในการทำวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE1042565/2566 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือแสดงเจตนายินยอมในการบันทึกข้อมูลใดๆ ผู้วิจัยไม่มีการระบุชื่อเพื่อปกป้องสิทธิในด้านความเป็นส่วนตัว กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และผู้วิจัยทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังจากที่เผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาล งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โดย 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเวชระเบียนงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินย้อนหลัง 3 เดือน ทั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ร่วมกับการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ[12] เพื่อประเมินผลการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในเบื้องต้น และ 2) การสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จำนวน 14 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มสมาชิกกลุ่ม ๆ ละ 7 คน ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มด้วยตนเอง มีผู้ช่วย 2 คน (ผู้ช่วยบันทึกการสนทนา 1 คน และผู้ช่วยอำนวยความสะดวกทั่วไป 1 คน ประเด็นคำถามซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนและกำหนดกรอบประเด็นจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินของสำนักการพยาบาล พ.ศ. 2551 ประเด็นหลักที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ประเด็น คือ 1) รูปแบบ

การคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ 2) คุณลักษณะและสมรรถนะพยาบาลผู้คัดแยกผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่วิเคราะห์จากผลการคัดแยกผู้ป่วย และผลการวิเคราะห์เนื้อหาการสนทนากลุ่ม ในขั้นตอนที่ 1 รวมถึงมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและกรอบนโยบายของโรงพยาบาลเกษตรวิสัย มาพิจารณาในการสร้างรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเกษตรวิสัยโดยองค์ประกอบของรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการฝึกอบรมและคู่มือสำหรับการฝึกอบรมเพื่อเตรียมความรู้ และความพร้อมของพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 2) เครื่องมือในการคัดแยกผู้ป่วยตามบริบทโรงพยาบาลเกษตรวิสัย และ 3) กรอบสมรรถนะและภาระงานของพยาบาลผู้คัดแยกผู้ป่วย หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำร่างองค์ประกอบของรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกษตรวิสัย ดังกล่าว ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ พิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกษตรวิสัยที่สร้างและพัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 14 คน ดังนี้ 1) กิจกรรมการฝึกอบรมเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพในแผนกทุกคนเข้ารับการอบรม จำนวน 15 ชั่วโมง การทดสอบความรู้ก่อน และภายหลังการอบรม การประเมินการฝึกปฏิบัติก่อน และภายหลังการอบรมด้วยการประเมินผลการคัดแยกผู้ป่วยในเหตุการณ์จริง โดยคณะผู้วิจัยทั้งหมดเป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมการฝึกอบรม โดยมีบทบาทเป็นวิทยากรเป็นทีมวิทยากรร่วมเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาประจำกลุ่มและเป็นผู้นำในการจัดการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระหว่างการฝึกอบรม 2) เครื่องมือในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามบริบทโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ประกอบด้วยแผนภูมิช่วยตัดสินใจ (Algorithm) ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (Emergency Severity Index version 4) ที่แปลโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ[13] โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการนำใช้เครื่องมือและการฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือในสถานการณ์จริง โดยมีทีมผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอบรมและเป็นพี่เลี้ยงในการฝึกปฏิบัติและทดสอบในสถานการณ์จริงภายหลังการอบรม 3) กรอบสมรรถนะและภาระงานของพยาบาลผู้คัดแยกผู้ป่วย โดยการสัมมนากำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกรอบสมรรถนะและภาระงานของพยาบาลผู้มีหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีทีมผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมมนา

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แบ่งเป็น 1) การประเมินความคิดเห็นของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีต่อรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย และ 2) การสนทนากลุ่มในประเด็นความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีต่อการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มด้วยตนเอง สมาชิกกลุ่มประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลประจำการตึกผู้ป่วยนอก และพยาบาลตึกผู้ป่วยใน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูล เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยจากเวชระเบียนงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ใช้ความถี่และร้อยละ ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลภายหลังกิจกรรมการฝึกอบรมเพื่อเตรียมความรู้ และความพร้อมของพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ใช้การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการฝึกอบรม และ 2) การวิเคราะห์ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มรวมทั้งความคิดเห็นของพยาบาลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีต่อรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยใช้วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาผลการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่เดือนมกราคมถึงมีนาคม

2566 จำนวน 4,909ราย พบว่า มีข้อผิดพลาดในการประเมินระดับความรุนแรง (Triage level) ได้แก่ 1) ประเมินระดับความรุนแรงต่ำกว่าการคัดแยกผู้ป่วย (Under triage) คิดเป็นร้อยละ 0.24(12/4,909) และประเมินระดับความรุนแรงเกินเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วย (Over triage) คิดเป็นร้อยละ 0.63(31/4,909) 2) การใช้บุคคลทางการแพทย์เกินความจริง เช่น การจัดผู้ป่วยเข้าผิดจุดรักษา การใช้เตียงและอุปกรณ์รองรับผู้ป่วยหนักและการใช้เครื่องมือแพทย์และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกินความจำเป็น 3) ผลกระทบต่อผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินอื่นไม่ได้รับการช่วยเหลือทันท่วงทีตามลำดับความเร่งด่วน จากการวิเคราะห์สาเหตุการคัดแยกผู้ป่วยที่ผิดพลาด (Error) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์การทำงานของพยาบาลผู้คัดแยก และความเร่งรีบในการคัดแยกผู้ป่วย เช่นเดียวกับข้อค้นพบสนทนากลุ่มสรุปเป็นสาระสำคัญ ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานคัดแยกขาดประสบการณ์ 2) ความรู้และทักษะ และ 3) เครื่องมือทางการแพทย์ที่เหมาะสมความต้องการในการคัดแยกผู้ป่วยจากการกับบริบทจริง ผลการวิจัยในขั้นตอนนี้นำสู่การสร้างรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยและเครื่องมือประเมินในตอนที่ 2

2. ผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จากสภาพปัญหาและความต้องการข้างต้น ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันออกแบบแนวทางแก้ไขเป็น 7 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินอาการเพื่อคัดแยกผู้ป่วย (Primary Assessment (2) จำแนกและจัดลำดับความเร่งด่วน (3) วินิจฉัยและให้การรักษาพยาบาลตามแนวปฏิบัติ (4) ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤติที่เป็นอันตรายและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตตามแนวปฏิบัติ (5) รายงานแพทย์หรือทีมดูแล (6) ประเมินและคัดแยกโรคระบบทางเดินหายใจและแยกโซนรอตรวจ และ (7) ลงบันทึกการคัดแยกเบื้องต้น รูปแบบฯ ดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 คน พบว่า ผลการประเมินความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.43, SD.=0.86)

3. ผลการศึกษากระบวนการนำรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาลไปใช้ พบว่า 1) พยาบาลมีคะแนนความรู้ภายหลังการฝึกอบรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 89.63 คะแนนความรู้เฉลี่ย 23.24 จากคะแนนเต็ม 25 โดยใช้แบบทดสอบความรู้ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน 2) พยาบาลมีประสบการณ์จริงและสามารถนำใช้เครื่องมือการคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องร้อยละ 99.27 โดยการฝึกปฏิบัติ และทดสอบในสถานการณ์จริงภายหลังการอบรม ผลการคัดแยกผู้ป่วยมีข้อผิดพลาดลดลง พบว่า การประเมินระดับความรุนแรง Under triage (0.18%) (18/9,800) และการประเมินระดับความรุนแรง Over triage (0.55%) (54/9,800)

นอกจากนี้ในระหว่างการนำใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย พบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับพยาบาลดังนี้ 1) พยาบาลผู้คัดแยกมีความมั่นใจ เห็นคุณค่าและตระหนักถึงความสำคัญของการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และ 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการและหลักการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

4. ผลการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาล พบว่า (1) พยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย โดยเห็นว่ากิจกรรมการเตรียมความรู้ และความพร้อมทำให้ตนเองมีความรู้ความเข้าใจและมีความมั่นใจเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เครื่องมือและแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นช่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานดีขึ้น ลดการผิดพลาด รู้สึกมีความสุขและเห็นคุณค่าในการปฏิบัติของตนเองมากขึ้น และ (2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเห็นว่ารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และเหมาะสมกับบริบทแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่งผลกระทบในทางบวกทั้งต่อผู้ป่วย ตัวพยาบาล การปฏิบัติงานของพยาบาล และผู้ร่วมปฏิบัติงานในแผนกอย่างดียิ่ง พบประเด็นเด่น คือ การปฏิบัติงานด้วยความรู้ และเข้าใจทำให้พยาบาลคัดแยกผู้ป่วยถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รักษาทันท่วงทีก่อให้เกิดคุณภาพของการบริการดียิ่งขึ้น

วิจารณ์

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาผลการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาล แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ชี้ให้เห็นว่ายังมีมีข้อผิดพลาดในการประเมินระดับความรุนแรง (Triage level) ได้แก่ ประเมินระดับความรุนแรงต่ำกว่าการคัดแยกผู้ป่วย (Under triage) คิดเป็นร้อยละ 0.24 (12/4,909) และประเมินระดับความรุนแรงเกินเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วย (Over triage) คิดเป็นร้อยละ 0.63 (31/4,909) การใช้บุคคลทางการแพทย์เกินความจริง เช่น การจัดผู้ป่วยเข้าผิดจุดรักษา การใช้เตียงและอุปกรณ์รองรับผู้ป่วยหนักและการใช้เครื่องมือแพทย์และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกินความจำเป็น และผลกระทบต่อผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินอื่นไม่ได้รับการช่วยเหลือทันท่วงทีตามลำดับความเร่งด่วน เช่นเดียวกับการศึกษาการคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทยพบปัญหา อุปสรรคของการคัดแยกที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาล ผู้แสดงความคิดเห็นปัญหา อุปสรรคและสิ่งที่ควรได้รับการปรับปรุงสามารถอธิบายเนื้อหาออกเป็น 7 ประเด็นย่อย คือปัญหาขาดแคลนบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ในการคัดแยก โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอต่อภาระงานทำให้บาง โรงพยาบาลมีบริการคัดแยกเป็นบางช่วงเวลา (ส่วนใหญ่ระบุเวลาที่ 08.00-20.00 น.) ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ 24 ชั่วโมง ประสบการณ์หรือทักษะความรู้ในการคัดแยกต่างกัน ปัญหาเรื่องสถานที่ในการคัดแยกผู้รับบริการไม่เข้าใจการคัดแยกตามหลักปฏิบัติทางวิชาการ ปัญหาระบบคัดแยกภายในโรงพยาบาลไม่ตรงกัน เช่น ระบบคัดแยกในโรงพยาบาลระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินใช้เกณฑ์ระดับความรุนแรงไม่ตรงกัน มีวิธีหรือเครื่องมือการแบ่งระดับต่างกัน บุคลากรได้รับการอบรมความรู้มาคนละแบบทำให้การให้บริการเกิดความสับสน ปัญหาความยุ่งยากของเครื่องมือคัดแยกและระบบคัดแยกของแต่ละโรงพยาบาลและระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่ตรงกัน[10]

2. รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาลครั้งนี้ พบว่ามี 7 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินอาการเพื่อคัดแยกผู้ป่วย (Primary Assessment (2) จำแนก และจัดลำดับความเร่งด่วน (3) วินิจฉัยและให้การรักษาพยาบาลตามแนวปฏิบัติ (4) ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤติที่เป็นอันตรายและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตตามแนวปฏิบัติ (5) รายงานแพทย์หรือทีมดูแล (6) ประเมินและคัดแยกโรคระบบทางเดินหายใจและแยกโซนรอตรวจ และ (7) ลงบันทึกการคัดแยกเบื้องต้น สอดคล้องกับการคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลน่าน ซึ่งพบว่ามีองค์ประกอบ 3 ส่วน 1) กิจกรรมการฝึกอบรมและคู่มือสำหรับการฝึกอบรมเพื่อเตรียมความรู้และความพร้อมของพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 2) เครื่องมือสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยตามบริบทโรงพยาบาลน่าน และ 3) กรอบสมรรถนะ และภาระงานของพยาบาลผู้คัดแยกผู้ป่วย[14]; แนวทางการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดคือ 1) จัดให้มีพยาบาลรับผิดชอบงานวัณโรคปอด 2 ใช้แบบคัดกรองวัณโรคปอดที่จุดคัดกรอง 3) กรณีพบผู้ป่วยสงสัยวัณโรคปอดส่งปรึกษาแพทย์ช่องทางด่วน 4) เพิ่มการสื่อสารผู้เกี่ยวข้อง 5) เพิ่มช่องทางด่วนส่งตรวจเอกซเรย์ 6 มีระบบนัดวันเวลาการส่งตรวจเสมหะ 7) ส่งพบแพทย์ตามแนวทางการรักษาวัณโรคปอด[15]

3. ผลการศึกษากระบวนการนำรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาลไปใช้ พบว่า 1) พยาบาลทุกคนมีความรู้ภายหลังการฝึกอบรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 89.63 คะแนนความรู้เฉลี่ย 23.24 จากคะแนนเต็ม 25 โดยใช้แบบทดสอบความรู้ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน 2) พยาบาลมีประสบการณ์จริงและสามารถนำใช้เครื่องมือการคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องร้อยละ 99.27 โดยการฝึกปฏิบัติ และทดสอบในสถานการณ์จริงภายหลังการอบรม ผลการคัดแยกผู้ป่วยมีข้อผิดพลาดลดลง พบว่าการประเมินระดับความรุนแรง Under triage (0.18%) (18/9,800) และการประเมินระดับความรุนแรง Over triage (0.55%) (54/9,800)

นอกจากนี้ในระหว่างการนำใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยพบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับพยาบาลดังนี้ 1) พยาบาลผู้คัดแยกมีความมั่นใจ เห็นคุณค่าและตระหนักถึงความสำคัญของการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุ และ

ฉุกเฉินมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการ และหลักการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น พบผลเช่นเดียวกับผลการวิจัยการคัดแยกประเภทผู้ป่วยในช่วงปรับกระบวนการใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงมิถุนายน 2566 พบว่า มีการคัดแยกถูกต้อง ร้อยละ 99.13, 99.17, 99.20 และ 99.20 ตามลำดับ มีการคัดแยกไม่ถูกต้องร้อยละ 0.87, 0.83, 0.80 และ 0.80 ตามลำดับ มีการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Under triage) ร้อยละ 0.50, 0.30, 0.26 และ 0.24 ตามลำดับ มีการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Over triage) ร้อยละ 0.37 , 0.53, 0.54 และ 0.56 ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรงร้อยละ 99.13, 99.17, 99.20 และ 99.20 ตามลำดับ

4. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า (1) พยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยเห็นว่ากิจกรรมการเตรียมความรู้ และความพร้อมทำให้ตนเองมีความรู้ความเข้าใจและมีความมั่นใจเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เครื่องมือและแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นช่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานดีขึ้น ลดการผิดพลาด รู้สึกมีความสุขและเห็นคุณค่าในการปฏิบัติของตนเองมากขึ้น และ (2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเห็นว่ารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และเหมาะสมกับบริบทแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่งผลกระทบในทางบวกทั้งต่อผู้ป่วย ตัวพยาบาล การปฏิบัติงานของพยาบาล และผู้ร่วมปฏิบัติงานในแผนกอย่างดียิ่ง พบประเด็นเด่น คือ การปฏิบัติงานด้วยความรู้ และเข้าใจทำให้พยาบาลคัดแยกผู้ป่วยถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รักษาทันท่วงทีก่อให้เกิดคุณภาพของการบริการดียิ่งขึ้น เช่นเดียวกับการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโพนพิสัย หลังพัฒนารูปแบบการคัดกรองวัณโรคปอดมีความครอบคลุมมากขึ้น ได้แนวทางการคัดกรองวัณโรคปอด การประเมินการใช้แบบคัดกรองวัณโรคปอดสามารถคัดกรองถูกต้อง (90.91%) ผลการประเมินความรู้ความเข้าใจการคัดกรองของบุคลากรก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางหลังการพัฒนาความรู้ของบุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยคะแนน 12.57 เป็น 15.64 แตกต่างกัน 1) บุคลากรด้านการแพทย์มีความพึงพอใจต่อระบบคัดกรองผู้ป่วยวัณรคในระดับมากและพึงพอใจมากที่สุดคือเป็นประโยชน์ต่อบุคลากร และผู้มารับบริการ[15] และสอดคล้องกับผลการประเมิน พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ภายหลังการพัฒนาระบบการคัดกรองอยู่ในระดับมาก เละมีความพึงพอใจมากกว่าก่อนพัฒนา อัตราการปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดกรองของพยาบาลคัดกรอง (98.24%) อัตราการคัดดกรองถูกต้องตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยของพยาบาลคัดกรอง (94.80%) และส่วนใหญ่มีการคัดกรองเป็นระดับความรุนแรงมากกว่าปกติ (Over triage)(76.47%) ระยะเวลารอคอยพบแพทย์ระหว่างพัฒนามีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนพัฒนา ระยะเวลาทั้งหมดที่อยู่ในห้องฉุกฉินก่อนและระหว่างมีการพัฒนาระบบคัดกรองไม่แตกต่างกัน และไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะรอตรวจ[17]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ (1) จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ประสบการณ์ของพยาบาลมีความสำคัญต่อผลการคัดแยก ดังนั้นควรกำหนดสมรรถนะเรื่องการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กำหนดนโยบายในการปรับปรุงงานบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และ (2) ควรนำแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยและการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตไปใช้ในการดูแลช่วยเหลือและการพยาบาลตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จุดแรกรับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก และตรวจโรคทั่วไป รวมถึงการส่งต่อและเชื่อมโยงเครือข่ายห้องฉุกเฉินภายในจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะการปฏิบัติการพยาบาล (1) บุคลากรทางการพยาบาลควรมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและมีการทบทวนอุบัติการณ์ข้อผิดพลาดในการคัดแยกผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการพัฒนางานต่อเนื่อง (2) ควรสนับสนุนส่งเสริมแนวทางการพัฒนาศักยภาพหรือสมรรถนะการคัดแยก

ผู้ป่วยฉุกเฉินให้แก่พยาบาลทุกแผนก รวมถึงกลุ่มสหสาขาวิชาชีพอื่นที่ทำงานร่วมกันเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินกรณีที่มีผู้มารับบริการจำนวนมาก (3) สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบคัดแยกผ่านกระบวนการ PDCA ทำการศึกษาความเที่ยงความเชื่อมั่น และความสอดคล้อง การทำวิจัย R2R รวมทั้ง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายบริการเพื่อให้เกิดกระแสของการแข่งขันในเชิงพัฒนา (4) ระบบคัดแยกของแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรเป็นระบบเดียวกัน เพื่อลดความเสี่ยงของการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและเร่งด่วน อีกทั้งลดความขัดแย้งของบุคลากรในการส่งต่อระหว่างแผนก และ (5) การฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับระบบคัดแยกมีความจำเป็น และควรทำต่อเนื่องอย่างน้อย 1 -2 ครั้งต่อปี เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ด้านระบบคัดแยกที่ทันสมัยและไปในทิศทางเดียวกัน และมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์เพื่อทำความเข้าใจ และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับระบบคัดแยกผู้ป่วยให้กับประชาชนและผู้ป่วยมีความสำคัญ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการร้องเรียน รวมทั้งสร้างความตระหนักและการเสียสละให้กับคนที่มีอาการฉุกเฉินมากกว่า ด้วยการผ่านคลิปในขณะนั่งรอตรวจหรือทำความเข้าใจในระดับชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
2. สภาการพยาบาล. มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล; 2548.
3. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาล (ฉบับฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี). กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2548.
4. Johnson K D, Winkelman C. The Effect of Emergency Department Crowding on Patient Outcomes A Literature Review. Advanced Emergency Nursing Journal. 2011;33:39-54.
5. Hoot N R, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Cause, Effects and Solutions. Annals of Emergency Medicine. 2008;52:126-36.
6. อรวรรณ ฤทธิ์อินทรางกูร, วรวุฒิ ขาวทอง, ปารินันท์ คงสมบูรณ์, สมศรี เขียวอ่อน. การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารกรมการแพทย์. 2561;43(2):146-51.
7. โรงพยาบาลเกษตรวิสัย. ผลการดำเนินงานการคัดแยกผู้ป่วย. ร้อยเอ็ด: กลุ่มการพยาบาล; 2565.
8. วัชราภรณ์ โต๊ะทอง. ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ความแม่นยำการคัดกรองและการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลคัดกรองงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข. 2565;1(2):1-11.
9. รังสฤษฎ์ รังสรรค์. การคัดกรองผู้ป่วยด้วยระบบ Emergency Severity Index (ESI) A Triage Tool for Emergency Department Care. Version 4 Implementation Hand book [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://ergold book.blogspot.com/2012/10/emergency-sevcrity-index-esi.html
10. พรทิพย์ วชิรดิลก, ธีระ ศิริสมุด, สินีนุช ชัยสิทธิ์, อนุชา เศรษฐเสถียร. การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล; 2559;31(2):96-108.
11. Singer R F, Infante A A, Oppenheimer C C, West C, Siegel B. The use of and satisfaction with The Emergency Severity Index. Journal of Emergency nursing. 2012;28(2):120-26.
12. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ.2562-2565. บริษัท อัลทิเมท พริ้นติ้ง จำกัด; 2562.
13. สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดระบบบริการ

การแพทย์ฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: L.T.Press Co.Ltd; 2548.

14. พรรณพิมล สุขวงษ์, ปาณิสรา หลีค้วน, นัทชา จงศิริฉัยกุล, พัชรินทร์ ไชยบาล. รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลน่าน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564; 29(4):58-67.
15. เพ็ญจันทร์ โฮมหงษ์, ศุภรดา ภาแสนทรัพย์, น้ำฝน เสาวภาคย์ไพบูลย์. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโพนพิสัย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2564;29:96-110.
16. เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลโชคชัย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(36):160-78.
17. กงทอง ไพศาล. การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ. 2562;12:93-100.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง

Development of a Care Patients with Respiratory Infection at Emergency and Forensic Unit, Bandung crown prince Hospital

วัชรียา โภคเสถียร*

Watchareeya Poksathien

Corresponding author: email: Watchareeya523@gmail.com

(Received: December 16, 2023; Revised: December 23, 2023; Accepted: January 27, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยผู้ใช้บริการ พยาบาลวิชาชีพและผู้ร่วมวิจัย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม 2566 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ วิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาระบบบริการ และประเมินผลลัพธ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก แบบประเมินการปฏิบัติ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาการบริการทั้งด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ ระยะพัฒนาระบบบริการพบว่ามีกระบวนการพัฒนา 2 วงจรคุณภาพเกี่ยวกับ 1) การนำส่งต่อผู้ป่วยเข้าตรวจที่โซนผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 2) ตรวจคัดกรองโดยพยาบาล 3) การปฏิบัติตาม CPG 4) การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) 5) การจำหน่าย 6) การส่ง Cases กับพยาบาล ARI คลินิก พร้อมแนบใบคัดกรองฯ 7) ติดป้ายแจ้งเตือนที่เปลนอน/รถเข็น (ในกรณี ATK +ve) และ 8) ปิดผ้าปิดปาก/จมูกให้ผู้ป่วย ระยะประเมินผลพบว่า การปฏิบัติตาม CPG การดูแลผู้ป่วยและพยาบาลเป็นผู้คัดกรอง (100.0%) แจ้งทีม SRRT ควบคุมติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง (90.0%) การส่งต่อ Cases กับพยาบาล ARI คลินิกแนบใบคัดกรองและปิดผ้าปิดปาก/จมูกให้ผู้ป่วย (100.0%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว และได้มาตรฐาน

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ; การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ

* พยาบาลวิชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง

ABSTRACT

Purposes : To study a situation, develop a system and evaluate a results of the system for caring for patients with respiratory infections, at Emergency and Forensic Unit, Bandung crown prince Hospital.

Study design : Action research design.

Materials and Methods : Research co-conductor were consisted service users professional nurses and co-researchers, we were conducted research between August and December 2023, divided into three phases: situation analysis, develop a service system and evaluate the results. Data were collected using a recording form, practice evaluation form question guidelines for interviews and group discussions. Data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation and content analysis.

Main findings : A situation analysis phase found that; service problems in both processes. The development of the service system, it was found that there were 2 quality cycles development processes regarding 1) referral of patients for examination at respiratory infection patient zone, 2) screening by nurses, 3) compliance with CPG 4) Diagnosis 5) discharge 6) submitting cases to ARI clinic nurses with screening form attached, 7) attaching a warning sign to stretcher/wheelchair (in the case of ATK +ve) and 8) cloth closing, cover the patient's mouth/nose. During the evaluation period, it was found that compliance with CPG, caring for patients and nurses being the screeners (100.0%), notifying the SRRT team, controlling, monitoring and monitoring risk groups (90.0%), referring cases to ARI nurses, the clinic attaches a screening sheet and covers the mouth/nose with a cloth. Patients (100.0%)

Conclusion and recommendations : A results of this study show that developed care system for patients with respiratory infections can help patients received care quickly and standardized.

Keywords : Development; Care patients with respiratory Infection.

* Registered Nurse, Professional Level, Bandung crown prince Hospital

บทนำ

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจตั้งแต่โพรงจมูกจนถึงกล่องเสียงเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มโรคเรื้อรังมีโอกาสติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน เกิดภาวะหลอดลมอักเสบ และปอดอักเสบเพิ่มขึ้น และอาจรุนแรงจนส่งผลให้ระบบการหายใจล้มเหลวถึงขั้นเสียชีวิตได้ จากสถิติประชากรทั่วโลกพบว่า ในปี ค.ศ. 2013 มีอุบัติการณ์โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเพิ่มสูงขึ้นถึง 18.8 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2014 มีอุบัติการณ์เสียชีวิตถึง 3,000 ราย รวมทั้งมีอุบัติการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในบ้านพักคนสูงอายุที่มีสาเหตุจากเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์เอเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (Respiratory syncytial virus: RSV) และฮิวแมนเมตะนิวโมไวรัส (Human metapneumovirus) และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 5.6 เสียชีวิต ร้อยละ 2.8[1] สอดคล้องกับสถิติของประเทศไทยจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข ในระหว่างปี พ.ศ.2560 - 2562 พบผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน และกลุ่มอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันที่ไม่ใช่ไข้หวัดใหญ่ มากที่สุดในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม ซึ่งเป็นช่วงปลายฤดูฝนต้นฤดูหนาว พบผู้ป่วยเฉลี่ยปีละ 8,000 รายต่อปี โดยในปี พ.ศ.2562 พบผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 8,446 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 12.74 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยมากที่สุดในเดือนกันยายน จำนวน 1,345 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 2.05 ต่อแสนประชากร ภาคใต้มีอัตราป่วยสูงที่สุด คิดเป็นอัตราป่วย 15.88 ต่อแสนประชากร รองลงมาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นอัตราป่วย 15.47 ต่อแสนประชากร ภาคเหนือ คิดเป็นอัตราป่วย 10.19 ต่อแสนประชากรและภาคกลาง คิดเป็นอัตราป่วย 9.87 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และในปี พ.ศ.2563 (ข้อมูลเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2563) พบผู้ป่วยทั้งหมด 1,830 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.46 ต่อแสนประชากร ภาคใต้มีอัตราป่วยสูงที่สุดคิดเป็นอัตราป่วย 3.20 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ ภาคเหนือ คิดเป็นอัตราป่วย 2.58 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือคิดเป็นอัตราป่วย 1.37 ต่อแสนประชากร และภาคกลาง คิดเป็นอัตราป่วย 1.34 ต่อแสนประชากร ตามลำดับและในปี พ.ศ.2560-2563 จำนวนผู้สงสัยติดเชื้อไวรัส RSV แยกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 0-5 ปี (67.76%) รองลงมา 25-54 ปี (9.69%) และอายุมากกว่า 65 ปี (7.24%) ตามลำดับ[2]

ปัจจุบันแนวโน้มของโรคยังไม่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ.2562 โดยในปี พ.ศ.2563 การระบาดช้ากว่าปีที่แล้วเนื่องจากมีการปิดโรงเรียนจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 แต่เมื่อโรงเรียนกลับมาเปิดการเรียนการสอนเต็มรูปแบบ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ.2563 ที่ผ่านมา พบจำนวนเด็กป่วยสูงสุดในเดือนกันยายน ถึงปัจจุบัน การระบาดพบมากในกลุ่มเด็กอนุบาล และเด็กในกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี และสถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ตั้งแต่ พ.ศ.2561-2565 พบว่า กลุ่มอายุ 1-14 ปี พบมากเป็นอันดับแรก 46.04%, 49.01, 36.069, 34.43%, และ 38.78% ตามลำดับซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเด็กเล็ก และเด็กโต เป็นกลุ่มเด็กช่วงประถมวัย/มัธยมต้น กลุ่มอายุ 45-64 ปี ที่พบมากเป็นลำดับ 2 ของกลุ่มผู้ป่วยสถานการณ์ติดเชื้อทางเดินหายใจ 16.33%, 15.44%, 21.75%, 18.19% และ 18.77% ตามลำดับ กลุ่มที่ 3 กลุ่มอายุ 25-44 ปี 12.01%, 11.05%, 15.24%, 17.07%, 16.99 กลุ่มที่ 4 คือกลุ่มอายุ 0-1 ปี และกลุ่มที่ 5 กลุ่มอายุ 45-64 ปี กลุ่มที่ 6 เป็นกลุ่มอายุ 15-24 ปีซึ่ง 3 กลุ่มหลังจะสลับกันในแต่ละปี[3] เมื่อป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (RSV) มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องจากเด็กเล็กมีภูมิคุ้มกันต่ำ อาการของโรคคล้ายไข้หวัดทั่วไปทำให้การมาพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคช้า การรักษาเป็นไปได้ยาก โรคนี้ไม่มียารักษาเฉพาะ โดยจะรักษาตามอาการและปัจจุบันไม่มีวัคซีนในการป้องกันโรค ดังนั้น การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันควบคุมโรค การคัดกรองเด็กทุกเช้าการแยกเด็กป่วย และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญมาก หากมีการขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น ทั้งโรงเรียนและสถานรับเลี้ยงเด็กทั้งในสังกัดภาครัฐ และ

เอกชน รวมไปถึงเด็กเล็กในชุมชนอัตราป่วยและอัตราตายจะลดลงได้อย่างชัดเจน[2]

ในปี พ.ศ.2563 ซึ่งมีสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ ไวรัสโคโรน่า (COVID-19) งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชพบอุบัติการณ์ ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ (COVID-19) เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน จำนวน 3 ครั้งในระยะ 2 สัปดาห์ เป็นความเสี่ยงทางคลินิก ระดับ E และเป็นความเสี่ยงทางกายภาพ (Non clinic) ในระดับรุนแรง ส่งผลกระทบเป็นวงกว้างทำให้ต้องปิดพื้นที่ห้องฉุกเฉิน โดยในขณะนั้นยังไม่มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ รวมถึงการแยกโซนออกจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ทำให้มีผู้สัมผัสเสี่ยงสูงจำนวนมากทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เมื่อป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัส ทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) ซึ่งในทุกกลุ่มวัยมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตได้ อาการของโรคจะคล้ายไข้หวัดทั่วไปทำให้มาพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคล่าช้าและมีภาวะแทรกซ้อน อาการแย่ลงอาจนำไปสู่ภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ จากสถิติผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยการติดเชื้อทางเดินหายใจและเกิดอาการปอดอักเสบรุนแรง (Pneumonia with respiratory failure) จาก 5 อันดับโรคแรกที่ได้รับการรักษาและส่งต่อที่ห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2566 (ต.ค.65- ก.ค.66) จำนวน 61,50,71 และ 76 ราย ตามลำดับ[3] เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ป่วย คือ การช่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุดด้วยการประเมินสภาพแรกรับ และให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ หากเกิดความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัยให้การพยาบาลผิดพลาดจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะระบบหายใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้

จากการทบทวนเอกสารที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าการระบุตัวผู้ติดเชื้ออย่างรวดเร็ว โดยการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัยหรือผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อนำมารักษา หรือแยกกักตัว จึงเป็นกลยุทธ์ ที่สำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (World Health Organization, 2023) โดยใช้ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Infection: OPD ARI) เป็นหน่วยงานที่ดำเนินการตรวจคัดกรองโรคหวัด หรือโรคระบบทางเดินหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอมีน้ำมูกหรือหายใจหอบเหนื่อย จัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยแยกผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัย/ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ออกจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติเบื้องต้น ตรวจวัดไข้และคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ความเสี่ยงจะทำการแยกตรวจ ไม่ปะปนกับผู้ป่วยทั่วไป ทำการ Swab เพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และเอกซเรย์ปอด (Chest x-ray) หากผลตรวจพบการติดเชื้อจะดำเนินการตามระบบของกรมควบคุมโรคติดต่อ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมในเรื่องมาตรการป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยให้การดูแล แต่เนื่องจากผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่จะไม่มีอาการหรือมีอาการคล้ายเป็นไข้หวัดใหญ่ทั่วไป ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอก (OPD ARI) จึงจำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจและแนวทางปฏิบัติที่ในถูกต้อง[4]

แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยนักปฏิบัติทางคลินิกด้วยการรวบรวมประเมิน และประยุกต์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่มากและความเห็นในการปฏิบัติที่ดีที่สุดในขณะนั้น โดยมีจุดประสงค์เพื่อช่วยในการตัดสินใจทางคลินิกของนักปฏิบัติทางคลินิกสามารถใช้เพื่อส่งเสริมให้การบริการที่มีคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย การสร้างแนวปฏิบัติต้องสอดคล้องกับสถานการณ์ความต้องการจำเป็นของสังคมนอกจากนี้ยังต้องสอดคล้องกับบริบทของผู้ใช้แนวปฏิบัตินั้นด้วยเช่นกัน ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยนี้จะเป็นตัวกำหนดว่าในการสร้างแนวปฏิบัติหนึ่งๆ นั้นต้องใช้ระเบียบวิธีการใดในการสร้างแนวปฏิบัติเพื่อให้มีความเที่ยงตรง ต้องใช้ทรัพยากรใดบ้างเพื่อให้บรรลุผลตามที่ตั้งไว้ และควรใช้ระยะเวลานานเท่าใดในการพัฒนา และนำไปเผยแพร่[5] เช่นเดียวกับผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาที่มีบุตรอายุ 1-3 ปี ที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ

ส่วนล่างเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร โดยกิจกรรมแทรกแซงเป็นคู่มือการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้แก่มารดาบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม คือ การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสารบทความต่างๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และการใช้คู่มือการให้การพยาบาลนี้ต้องอาศัยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีมีการดำเนินการ พบว่า มารดากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ[6]

ในทำนองเดียวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ประกอบด้วยพยาบาลรับผิดชอบ 3 จุด คือ (1) จุดคัดกรอง (2) จุดลงทะเบียน และ (3) จุดช่วยแพทย์/เตรียม swab โดยแบ่งหน้าที่ดูแลใน 6 ประเด็น คือ (1) การคัดกรอง (2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (3) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากร (4) การจัดสถานที่สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ (5) การลงทะเบียน และ (6) จุดช่วยตรวจ ผลการนำไปใช้ พบว่า (1) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อยู่ในระดับมากและ(2) ไม่พบอุบัติการณ์พยาบาลวิชาชีพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากการปฏิบัติงาน[4]

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง โดยการประยุกต์ใช้หลักคิด 3C หลักคิดสำคัญ คือ ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ความรับผิดชอบของวิชาชีพมี Evidence-based practice และการเรียนรู้ และขับเคลื่อนการพัฒนาและการเรียนรู้โดยใช้แนวคิด PDCA เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันควบคุมโรค การคัดกรองเด็กทุกเช้า การแยกเด็กป่วย และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญมาก หากมีการขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้วงจรการบริหารคุณภาพอย่างต่อเนื่อง“Deming Cycle”ของ Deming & Orsini[7] เป็นเครื่องมือสำหรับการปรับปรุงกระบวนการ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติตามแผน (Do) การตรวจสอบ (Check) และการปรับปรุงการดำเนินการอย่างเหมาะสม (Act) หรือการจัดทำมาตรฐานใหม่ ซึ่งถือเป็นพื้นฐานของการยกระดับคุณภาพ เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะร่วมมือกันทำงานอย่างต่อเนื่อง และดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม 2566

พื้นที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 3 กลุ่มคือ 1) ผู้ใช้บริการได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อทางเดินหายใจในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 10 คน ระยะพัฒนาระบบบริการ จำนวน 15 คน 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จำนวน 10 คน และ 3) ผู้ร่วมวิจัย เป็นบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง และเครือข่ายบริการจำนวน 25 คน ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง และคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ซึ่งผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมอง และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สำหรับแบบประเมินนี้พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักในระบบบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงเป็นผู้ใช้ในการประเมินการปฏิบัติของบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง 3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด 4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแลลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยประเภท Non trauma สีแดง/สีชมพู 3)เข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) มีประวัติเป็นวัณโรคก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ และ 2) มีประวัติโรคหัวใจโรคมะเร็งปอด

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2565 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) สัมภาษณ์ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ จำนวน 10 คน 3) สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 7 คน เจ้าหน้าที่/พนักงาน จำนวน 2 คน และ 4) สนทนากลุ่มในผู้รับผิดชอบหลักในพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจในเครือข่ายบริการ จำนวน 15 คน เป็นพยาบาลจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จำนวน 5 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย จำนวน 5 แห่งๆ ละ 2 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยประเมินจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ 3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และ 4) แนวทางการสัมภาษณ์ตามแนวปฏิบัติการตามระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยเรื่องนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี UDREC 17566 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1) การวิเคราะห์สถานการณ์ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในระยะพัฒนาระบบทั้งหมด 10 คน พบว่า ผลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 78.5 แต่มีรายการประเมินที่ปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 21.5 ได้แก่ รายการประเมิน (1) ไข้ < 36.0C ร่วมกับมีอาการหนาวสั่นไอ หายใจหอบ (2) ไอเรื้อรังนาน > 2 สัปดาห์ (3) WBC >12,000/mm^3, < 4,000/mm^3 หรือมี band form neutrophil>10% และ (4) การประเมินคะแนน SOS score ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความถูกต้องของผลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจระยะพัฒนาระบบ (N=10)

	รายการประเมิน	จำนวน(%)
1	1.1 ไข้ ≥ 37.5C ร่วมกับ ไอ หายใจหอบ ≥30 ครั้งต่อนาที	10(100.0)
	1.2 ไข้ < 36.0C ร่วมกับมีอาการหนาวสั่น ไอ หายใจหอบ	2(20.0)
	1.3 ไอเรื้อรังนาน > 2 สัปดาห์	2(20.0)
2	SIRS Criteria (ถ้ามีอาการ 2 ใน 4 ข้อ ควรเฝ้าระวัง)	
	2.1 Temperature > 38 องศาเซลเซียส หรือ < 36 องศาเซลเซียส	10(100.0)
	2.2 Heart rate > 90 beats/min	10(100.0)
	2.3 Respiratory rate > 20/min หรือ O_2 sat s95%	10(100.0)
	2.4 WBC >12,000/mm^3, < 4,000/mm^3หรือมี band form neutrophil>10%	4(40.0)
3	ผู้ป่วยปอดอักเสบมีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้	
	3.1 ใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยติดเชื้อ COVID-19	10(100.0)
	3.2 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่รักษาแล้วไม่ดีขึ้น	10(100.0)
	3.3 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่หาสาเหตุไม่ได้	10(100.0)
4	การประเมินคะแนน SOS score SOS ≤ 4 คะแนน	5(50.0)
5	โทรศัพท์ประสานส่งต่อ Case ARI clinic	9(90.0)
6	ข้อมูลการตรวจเชื้อ COVID-19	10(100.0)
	ตรวจ ATK	10(100.0)
	Positive	0(0.0)
	Negative	10(100.0)
	No	0(0.0)

2) ระยะพัฒนาระบบ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในระยะพัฒนาระบบทั้งหมด 10 คน พบว่า ผลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 89.2 แต่มีรายการประเมินที่ปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 10.8 ได้แก่ รายการประเมิน WBC >12,000/mm^3, < 4,000/mm^3 หรือมี band form neutrophil>10%, ไข้ <36.0 องศาเซลเซียสร่วมกับมีอาการหนาวสั่น ไอ หายใจหอบ ไอเรื้อรังนาน > 2 สัปดาห์ และการประเมินคะแนน SOS score ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความถูกต้องของผลการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจระยะพัฒนาระบบ (N=10)

	รายการประเมิน	จำนวน(%)
1	1.1 ไข้ ≥ 37.5C ร่วมกับ ไอ หายใจหอบ ≥30 ครั้งต่อนาที	10(100.0)
	1.2 ไข้ < 36.0C ร่วมกับมีอาการหนาวสั่น ไอ หายใจหอบ	10(100.0)
	1.3 ไอเรื้อรังนาน > 2 สัปดาห์	10(100.0)
2	SIRS Criteria (ถ้ามีอาการ 2 ใน 4 ข้อ ควรเฝ้าระวัง)	
	2.1 Temperature > 38 ‘C or < 36 “C	10(100.0)
	2.2 Heart rate > 90 beats/min	10(100.0)
	2.3 Respiratory rate > 20/min หรือ O2 sat s95%	10(100.0)
	2.4 WBC >12,000/mm^3, < 4,000/mm^3หรือมี band form neutrophil>10%	10(100.0)
3	ผู้ป่วยปอดอักเสบมีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้	
	3.1 ใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยติดเชื้อ COVID-19	10(100.0)
	3.2 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่รักษาแล้วไม่ดีขึ้น	10(100.0)
	3.3 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่หาสาเหตุไม่ได้	10(100.0)
4	การประเมินคะแนน SOS score	
	SOS ≤ 4 คะแนน	10(100.0)
5	โทรศัพท์ประสานส่งต่อ Case ARI clinic	9(90.0)
6	ข้อมูลการตรวจเชื้อ COVID-19	10(100.0)
	ตรวจ ATK	10(100.0)
	Positive	0(0.0)
	Negative	10(100.0)
	No	0(0.0)

3) ระยะประเมินผลลัพธ์ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ

3.1) ผู้ให้บริการ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมด 15 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง (86.7%) อายุเฉลี่ย 38.6 ปี (SD.=6.42) ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 16.3 ปี (SD.=6.04) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (100.0%) และการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจเมื่อนำไปสู่การปฏิบัติโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.63, SD.=0.16) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ (N=10)

ข้อคำถาม	Mean(SD.)	ระดับการปฏิบัติ
1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฉบับนี้เป็นการสร้างมาตรฐานการให้การพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	4.53(0.51)	มากที่สุด
2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฉบับนี้มีความเหมาะสม ชัดเจนและเข้าใจง่าย	4.60(0.50)	มากที่สุด
3. แนวปฏิบัติการทางพยาบาลฉบับนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วและครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐาน	4.53(0.52)	มากที่สุด
4. แนวปฏิบัติการทางการพยาบาลฉบับนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4.93(0.23)	มากที่สุด
5. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล	4.60(0.50)	มากที่สุด
เฉลี่ยโดยรวม	4.63(0.16)	มากที่สุด

3.2) การประเมินระบบบริการ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมด 10 คน ส่วนใหญ่รับมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รับแจ้งจาก EMS และญาตินำมาส่ง (90.0%) นำผู้ป่วยเข้าตรวจที่โซนผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจปฏิบัติตาม CPG การดูแลผู้ป่วยและพยาบาลผู้คัดกรองดูแลผู้ป่วยที่โซนติดเชื้อทางเดินหายใจ (100.0%) การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) เป็น Pneumonia (80.0%) Admit (80.0%) แจ้งทีม SRRT/ รพ.สต.ในพื้นที่/ควบคุมติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง (90.0%) โทรศัพท์ประสานการส่งต่อ Cases กับพยาบาล ARI คลินิก พร้อมแนบใบคัดกรอง (100.0%) และปิดผ้าปิดปาก/จมูกให้ผู้ป่วย (100.0%) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (N=10)

รายการประเมิน	จำนวน(%)
1. การนำส่ง	
1.1 รับประสานจาก รพ.สต.	3(30.0)
1.2 รับแจ้งจาก EMS 1669 (หน่วย A ออกรับ แดง/ชมพู)	3(30.0)
1.3 กรณีสงสัยติดเชื้อ COVID /PUI ใช้รถทะเบียน กว 5093 อุดรธานี	1(10.0)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

รายการประเมิน	จำนวน(%)
2. ญาตินำส่ง/มาเอง	
2.1 คัดกรองที่ ER บริเวณโซนติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	3(30.0
ประเภทสีแดง/ชมพู	
3. นำผู้ป่วยเข้าตรวจที่โซนผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	10(100.0)
4. พยาบาลผู้คัดกรองดูแลผู้ป่วยที่โซนติดเชื้อทางเดินหายใจ	10(100.0)
5. ปฏิบัติตาม CPG การดูแลผู้ป่วย	
5.1 Investigation ตาม Clinical	10(100.0)
5.2 Portable chest , ATK	10(100.0)
6. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	
- Pneumonia	8(80.0)
- อื่นๆ	(2)20.0
7. จำหน่าย	
7.1 กลับบ้าน	1(10.0)
7.2 Admit	8(80.0)
7.3 Refer นำส่ง รพ.อุดรธานี (กรณี Covid +ve นำส่งโดยรถ PUI)	1(10.0)
8. แจ้งทีม SRRT/ รพ.สต.ในพื้นที่/ควบคุมติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง	9(90.0)
ประเภทสีเหลือง/เขียว/ขาว	
9. โทรประสานส่ง Case กับพยาบาล ARI คลินิก พร้อมแนบใบคัดกรองฯ	10(100.0)
10. ติดป้ายแจ้งเตือนที่เปลนอน/รถเข็น (ในกรณี ATK +ve)	9(90.0)
11. ปิดผ้าปิดปาก/จมูกให้ผู้ป่วย	10(100.0)

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งพบผลเช่นเดียวการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะปอดอักเสบที่หอผู้ป่วยเฉพาะโรคในโรงพยาบาลมหาสารคาม ผลการศึกษาระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบค่อนข้างสูง บางรายมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต และแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ยังไม่ชัดเจนและครอบคลุมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ใช้กระบวนการพัฒนา 2 วงจรคุณภาพประกอบด้วยหมวดกิจกรรม (M-S-K-H) สำคัญได้แก่ การดูแลช่องปากและการรับประทานอาหาร การบำบัดเฉพาะ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และการดูแลสุขวิทยาและการให้ความรู้ ระยะประเมินผลผลการพัฒนาด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า มีอัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบรุนแรงลดลง คิดเป็นร้อยละ 0.97, 1.03 และ 0.62 ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตลดลง คิดเป็นร้อยละ 4.85, 4.12 และ 1.85 ตามลำดับ ผลการ

พัฒนาด้านกระบวนการพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100 พยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 80 (การดูแลช่องปากและการรับประทานอาหาร คิดเป็นร้อยละ 83.29 การบำบัดเฉพาะ คิดเป็นร้อยละ 88.57 การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง คิดเป็นร้อยละ 93.65 และการดูแลสุขวิทยาและการให้ความรู้ คิดเป็นร้อยละ 95.76) และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 92.52[8]; การดำเนินการสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ อบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ ทำประชาพิจารณ์เพื่อหาข้อตกลงในการปฏิบัติ สังกการปฏิบัติพร้อมสะท้อนข้อมูลการปฏิบัติย้อนกลับ ดำเนินการปรับปรุงการปฏิบัติ กำหนดเป็นนโยบาย และประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติ รวมถึงการสรุปผลและเผยแพร่แนวทางปฏิบัติโดยศึกษาอัตราการเกิดปอดอักสบภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการอบรมให้ความรู้ และประกาศใช้แนวปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร พยาบาลมีความพึงพอใจในภาพรวมระดับมาก (ร้อยละ 75.61) สุ่มสังเกตการณ์ปฏิบัติพร้อมสะท้อนกลับข้อมูลการปฏิบัติรายบุคคลและภาพรวมในทั้งหมด 7 หมวด พบว่ามีการปฏิบัติถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ หมวดการทำความสะอาดปากและฟัน หมวดการจัดท่านอน และหมวดการให้อาหารทางสายยางที่ร้อยละ 98.00, 97.40 และ 97.35 ตามลำดับ ส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ หมวดการทำกายภาพทรวงอก ได้ร้อยละ 33.16 และอัตราการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลในเดือนสิงหาคม 2558 - เดือนมกราคม 2559 เท่ากับ 0.28 ครั้งต่อ1,000 วันนอน[9]; การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.59, SD.=0.71) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่แพทย์ให้กลับบ้าน (Mean=4.63, SD.=0.64) รองลงมาคือ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยในห้อง Negative pressure (Mean=4.59, SD.=0.78) และด้านการปฏิบัติด้านการพยาบาลจุดกัดกรอง (Mean=4.55, SD.=0.66) ตามลำดับ พยาบาลมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในระดับมาก (Mean=4.00, SD.=0.58) และอัตราการติดเชื้อโรคโควิด 19 จากการปฏิบัติงานของพยาบาลก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 เท่ากับร้อยละ 29.0 แต่ไม่พบการติดเชื้อโรคโกวิด 19 หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในแผนกอื่นต่อไป[10]

เช่นเดียวกับการศึกษาของอรวิชชา ศรีขาวรส[11] ได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจติดเชื้อเฉียบพลันร่วมกับการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลงต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยการให้ความรู้เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจในเด็ก และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก แนวคิด ปัญหา อุปสรรค และประโยชน์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการอบรมเรื่อง รูปแบบการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจติดเชื้อเฉียบพลันร่วมกับการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลงในหอผู้ป่วยเด็ก โดยผู้วิจัยเขียนแผนอบรมโดยใช้เทคนิควิธีการบรรยาย ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจของ Ball et al. ร่วมกับการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลงของ Monaghan ตามกระบวนการพยาบาล หลังจากนั้นจึงประเมินผลพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจติดเชื้อเฉียบพลันร่วมกับการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับมาก[11]

จากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นได้ว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงเป็นการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโดยยึดตามมาตรการลดการแพร่กระจายเชื้อตามหลักมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ (Standard precautions) การแยกผู้ป่วยใช้มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (Air-borne precautions: AP) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบละออง (Droplet precautions: DP) และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส (Contact precautions: CP) ตามระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อ รวมถึงการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุขในการทำกิจกรรมการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19 ฉบับปรับปรุงวันที่ 29 กันยายน พ.ศ.2565[12] และแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงเรื่อง การตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 และการแยกกักตัว (Isolation) ในช่วงเข้าสู่ระยะโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (ฉบับปรับปรุง 1 ตุลาคม 2565) ทำให้ไม่พบการติดเชื้อและไม่พบการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินซึ่งเป็นหน่วยบริการด้านหน้า ส่งผลให้ผู้ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยสาเหตุอื่นๆ ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 จากบุคลากรทางการแพทย์ด้วยเช่นเดียวกัน ถึงกระนั้นก็ยังมีความจำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อไปเพื่อเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ที่ยังคงระบาดเป็นระลอกอย่างต่อเนื่องต่อไป[10]

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้รับบริการและบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจในแผนกอื่นๆ ต่อไปได้ และควรมีการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดทางเดินหายใจในระยะยาวเพื่อให้เกิดความมั่นใจในประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการป้องกันโรคทางเดินหายใจได้มากขึ้น และเพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Academic and Planning, Sirindhorn Hospital. Annual report 2016. Bangkok: Sirindhorn Hospital; 2016.
2. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (RSV). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง. ผลการประเมินโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จังหวัดอุดรธานี; 2565.
4. จริยา ชื่นศิริมงคล, เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI). วชิรสารการพยาบาล. 2565;27(2):27-37.
5. Garritty C M, Norris S L, Moher D. Developing WHO rapid advice guidelines in the setting of a public health emergency. J Clin Epidemiology. 2017;82:47-60.
6. วัลทณี นาคศรีสังข์. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2564;4:82-8.
7. Deming W E, Orsini J N. The essential Deming: Leadership principles from the father of quality management. McGraw-Hill; 2013.
8. สุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง, ดวงแก้ว ศรีเคน, ศิริขวัญ ทิพสีลาด, อนุชา ไทยวงษ์, ปาริชาติ วันชูเสริม. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 ที่มีภาวะปอดอักเสบ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2566;20(2):126-37.

9. นิดา เมตจิตกุล, แสงดาว ศรีสังสิทธิสันติ, ปานจิตร์ วงศ์ใหญ่. ผลของการใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. ลำปาง. กลุ่มการพยาบาล; 2559.
10. พัชรินทร์ นาคะอินทร์. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนครวารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2565;25(3):99-109.
11. อรวิชชา ศรีขาวรส. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจติดเชื้อเฉียบพลันร่วมกับการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลงต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
12. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกรมการแพทย์ เรื่อง แนวทางการจัดบริการผู้ป่วยสำหรับสถานพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://covid 19.dms.go.th/Content/Select Landding _ page?contentId=179

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2567)
Journal of Research and Health Innovative Development Vol.5 No.1 (January - April 2024)

ผลของโปรแกรมการสอนที่มีต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหืด ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนทอง

The Effect of Education Program on Knowledge, Self-Care Behavior and Quality of Life in Adults with Asthma in Out Patient Department of Phonthong Hospital

พรเพ็ญ โพดาพล*

Pornpen Phodapol

Corresponding author: E-mail: pronpen2009@gmail.com

(Received: December 17, 2023; Revised: December 24, 2023; Accepted: January 28, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์วิจัย : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหืด ที่เคยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบรุนแรงและเคยรับไว้นอนรักษาในโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการสอนโรคหืด และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เท่ากับ .70 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่าความเชื่อมันเท่ากับ .80 แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต หาความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

ผลการวิจัย : พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการสอน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเท่ากับ 9.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.02 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด 6.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.73 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง 18.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.99 ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง 13.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.81 และ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหอบหืด 1,539.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 138.23 ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด 1,200.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 120.75 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (<.001)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรมีการนำโปรแกรมการสอนที่พัฒนาจากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ ในคลินิกผู้ป่วยโรคหืด แผนกผู้ป่วยนอก เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่มีสามารถปรับเปลี่ยนยืดหยุ่นได้ ตามบริบทของหน่วยงานและผู้ป่วย และการจัดกิจกรรมกลุ่ม

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหืดโปรแกรมการสอน; ความรู้; พฤติกรรมการดูแลตนเอง; คุณภาพชีวิต

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนทอง

ABSTRACT

Purposes : To study the effects of the teaching program on knowledge. Self-care behavior and quality of life of asthmatic patients Phon Thong Hospital Roi Et Province.

Study design : Quasi-Experimental research

Materials and methods : The sample group is asthma patients, who had previously been admitted to the emergency room with severe asthma symptoms and had been admitted to the hospital for treatment. Materials used in the experiment is an asthma teaching program and a self-care manual for asthma patients validity content accuracy by 5 experts and checking their confidence using the Kuder Richardson formula (KR-20, the confidence value of the knowledge test was .70. The self-care behavior questionnaire received the confidence value. It is equal to .80 on the Quality-of-Life Index Scale. Find confidence using Cronbach's alpha coefficient formula, equal to .84. Data were analyzed using frequency distribution, mean, percentage and used t-test statistics (Paired t-test).

Main findings : The results of the research found that the sample group after receiving the teaching program. The mean knowledge score about asthma was 9.04 and the standard deviation was 1.02, higher than before receiving the teaching program, with a mean knowledge and understanding score about asthma of 6.92, a standard deviation of 1.73, a mean self-care behavior score of 18.08, a standard deviation of 1.99, which was higher than before receiving the teaching program with a mean self-care behavior score of 13.04, a standard deviation of 1.81 and a mean quality of life score of asthma patients of 1,539.00, a standard deviation of 138.23, which was higher than before receiving the teaching program. with an average quality of life score for asthma patients of 1,200.04 standard deviation of 120.75 is statistically significant at the .001 level.

Conclusion and recommendations : The teaching program developed from this study should be applied in the asthma clinic Outpatient department. Because of this program can be changed flexibly. According to the context of the agency and the patient and organizing group activities.

Keywords : Asthma patients teaching program; Knowledge; Self-care behavior; Quality of life

*Registered Nurse, Professional Level, Outpatient nursing depart of Phon Thong Hospital.

บทนำ

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย ปัจจุบันผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกประมาณ 300 ล้านคน ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับ 15 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหืดเสียชีวิตจำนวน 6,808 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมด อยู่ในอันดับที่ 76 ของโลก อันดับที่ 5 ของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเป็นอันดับที่ 19 ของประเทศไทย โดยผู้ใหญ่มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าเด็กถึง 5 เท่า[1] จำนวนผู้ป่วยโรคหืดของโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566) คือ 272,285 และ 303 คนตามลำดับ และพบว่าต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบรุนแรง ร้อยละ 23.9, 20.0 และ 15.5 ตามลำดับ และต้องเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 15.4, 15.7 และ 13.5 ตามลำดับ

จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 21.7 ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบรุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้งในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา และร้อยละ 14.8 ต้องเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาล[2] ถึงแม้ว่าการรักษาในประเทศไทยจะมีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย (Easy Asthma Clinic) แต่ผู้ป่วยโรคหืดยังขาดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมในการควบคุมโรคหืด การดูแลตนเองในการรักษาสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะหอบหืดที่คุกคามชีวิต และสุขภาพของผู้ป่วยตามทรรศนะของโอเร็ม เชื่อว่าบุคคลที่เป็นผู้มีศักยภาพในการดูแลตนเองเมื่อบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุก เมื่อบุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง บุคคลจึงต้องการการช่วยเหลือเพื่อพัฒนาความสามารถที่มีอยู่ให้เพียงพอ ในการสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเอง[3] ดังนั้นพยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทโดยอิสระในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคหืด ในการตอบสนองความต้องการการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้สภาวะแวดล้อมของตนเอง การสอนหรือการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้รับบริการ จะเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง จะช่วยเพิ่มความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมดูแลตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการสอนที่มีต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งโปรแกรมการสอนจะประกอบด้วยแผนการสอนโรคหืด คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด เทคนิคการใช้ยาพ่นแต่ละชนิด การฝึกการหายใจและการฝึกกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการมากขึ้นมีการควบคุมโรคที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) กลุ่มทดลองกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design)

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคหืด (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เคยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบรุนแรง หรือเคยมีอาการหอบจนต้องรับไว้นอนรักษาในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 25 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากจากหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยที่มาขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคหืด จากประชากรที่มีคุณสมบัติตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโพนทอง 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจาก ปอดแฟบ และโรคหัวใจ โดยเกณฑ์ในการ

พิจารณาของภาวะแทรกซ้อน ตามการวินิจฉัยของแพทย์ 3) เคยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบรุนแรง 4) เคยมีอาการหอบจนต้องรับไว้นอนรักษาในโรงพยาบาลโพนทอง ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 และ 5) ยินดี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

คำนวณขนาดตัวอย่างจากค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ (Difference between to mean) โดยใช้ค่า Effect size ที่ 0.2 (Small effect size) จากการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหอบหืดก่อนและหลังทดลอง เท่ากับ 2.55 (SD.=0.35)[4] ได้กลุ่มตัวอย่าง 25 คน (การทดสอบสองทาง อำนาจทดสอบ 80%)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสอนซึ่งประกอบด้วยแผนการสอนโรคหืด และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืดที่มีเนื้อหาและรูปภาพอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมาย สาเหตุ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การดูแลตนเองเมื่อมีอาการกำเริบ การใช้ยาพ่นที่ ถูกวิธี การฝึกการหายใจและการฝึกกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ เพื่อใช้ประกอบในการให้ความรู้และฝึกทักษะต่างๆ และมอบให้ผู้ป่วยไว้ศึกษาเพิ่มเติมขณะอยู่ที่บ้าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ตอน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการดูแลรักษาโรคหืด และข้อมูลค่า Peak Flow Meter ของผู้ตอบโดยการวัดครั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่ได้พ่นยาขยายหลอดลมมาก่อน 2) แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด และ 4) แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index)

หลังจากผ่านการพิจารณาการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มประชากรที่จะศึกษา 10 ราย แล้วนำข้อมูลมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) แบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน มีขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาในเวชระเบียนที่บันทึกในระบบ HOSxP ของผู้ป่วยโรคหืดที่มาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) แนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย 3) ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดก่อนสอน ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อน และเป่าทดสอบสมรรถภาพปอด และประเมินระดับความรุนแรงของโรค บันทึกไว้ และ 4) หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด และแบบสอบถามเสร็จแล้วผู้วิจัยทำการสอนเป็นกลุ่ม จำนวน 25 คน ตามแผนการสอนที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งมีอุปกรณ์ยา คู่มือประกอบการสอน ใช้เวลา 45-60 นาที ในแต่ละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ประเมินคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง และเป่าทดสอบสมรรถภาพปอด รวมทั้งประเมินระดับความรุนแรงของโรคบันทึกไว้ (โดยพยาบาลวิชาชีพ) สอนรายกลุ่มโดยการบรรยายตามแผนการสอนระยะเวลา 20 นาที (โดยพยาบาลวิชาชีพ) ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย โครงสร้างและหน้าที่ของปอด ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด สิ่งกระตุ้นและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบ อาการ การประเมินความรุนแรงของโรค และการรักษาโรคหืด การปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวัน แนะนำในการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหืด สาธิตและฝึกปฏิบัติ ระยะเวลา 30 นาที (โดยพยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และ

นักกายภาพบำบัด) วิธีการใช้ Peak Flow Meter (การตรวจสมรรถภาพปอดแบบง่ายๆ) ขั้นตอนการใช้ยาพ่น การฝึกหายใจแบบเป่าปากและการฝึกกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ใช้แนวคิดของแรงจูงใจ โดยการใช้ตัวต้นแบบที่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องสาธิตให้กลุ่มตัวอย่างดู และใช้คำพูดยกย่องชมเชยเพื่อให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างแทรกเป็นระยะของการฝึกทักษะต่างๆ อธิบายและแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืด ภายในคู่มือมีการใช้แนวคิดของแรงจูงใจในลักษณะการเขียนเป็นคำพูดเสริมแรงจูงใจแทรกในเนื้อหาเป็นระยะเปิดโอกาสให้ซักถาม

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 นัดติดตามเพื่อประเมิน และกระตุ้นการฝึกทักษะต่างๆรวมทั้งให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมซักถามข้อสงสัยต่างๆ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

สัปดาห์ที่ 3 ผู้เข้าร่วมโครงการปฏิบัติตามโปรแกรมการสอนที่บ้าน

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 ประเมินคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดหลังการสอน ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้แบบทดสอบและแบบสอบถามชุดเดิม และเป่าทดสอบสมรรถภาพปอดหลังได้รับโปรแกรมการสอน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่และวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistic Package for the Social Science) โดยวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยนำมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา 2) หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เรื่องโรคหืด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และ 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหืด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนโดยใช้สถิติที (Paired t–test) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% Confidence interval

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการขออนุญาตและพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0912566 และขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลผู้รับบริการจากคณะกรรมการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย และแพทย์เจ้าของไข้ ก่อนการรวบรวมข้อมูล จากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสถิติของโรงพยาบาล ไม่มีการละเมิดสิทธิผู้ป่วย และข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้จัดทำเอกสาร วิชาการได้เก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งไม่สามารถระบุถึงตัวผู้ป่วยได้ และจะทำลายข้อมูลเมื่อบทความวิจัยได้รับเผยแพร่ภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

1) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 25 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง (76.00%) อายุเฉลี่ย 43 ปี ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง 36-55 ปี (48.00%) การประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นอาชีพเกี่ยวกับการเกษตรกรรม (80.00%) ระดับการศึกษาส่วนมาก จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (56.00%) รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา (28.00%) ตามลำดับ ข้อมูลภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคหืดประกอบด้วย ระยะเวลาการได้รับวินิจฉัยเป็นโรคหืด ยาที่ได้รับ การใช้ยาสมุนไพร และผู้ดูแลที่บ้านขณะเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 1.8 ปี มีระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยระหว่าง 1–3 ปี (44.00%) การมีอาการหืดกำเริบในช่วงเดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอาการ 3-4 ครั้งต่อเดือน (56.00%) รองลงมามีอาการกำเริบบ้าง 1-2 ครั้งต่อเดือน (32.00%) และมีอาการกำเริบบ่อย 5-6 ครั้งต่อเดือน (12.00%) ช่วงเวลาที่มีอาการหืดกำเริบ พบทั้งที่มีอาการช่วงกลางวันและกลางคืนใกล้เคียงกัน คือ กลางวัน (64.00%) กลางคืน (72.00%) และพบว่ากลุ่มตัวอย่าง (12.00%) ไม่มีอาการหืดกำเริบเลยในช่วงเวลากลางวัน การรักษา พบว่าได้รับยาเม็ด ร่วมกับยาพ่นขยายหลอดลม (84.00%) รองลงมา

(64.00%) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมอย่างเดียว ไม่มียาเม็ดรับประทาน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมฉุกเฉินอย่างเดียว และได้ยาเม็ดรับประทานรักษาหืด อย่างเดียว (36.00%) และ (16.00%) ตามลำดับ การใช้ยาสมุนไพร หรือยาชุด ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า (96.00%) ไม่ใช้ยาสมุนไพร มีเพียง (4%) ที่ใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน เช่น น้ำดื่มสมุนไพร เมื่อเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่าง (92.00%) มีผู้ดูแล เป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน กลุ่มตัวอย่าง (8.00%) ไม่มีผู้ดูแล แต่สามารถดูแลตัวเองได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคหืด ระยะเวลาการได้รับวินิจฉัยเป็นโรคหืด ยาที่ได้รับ การใช้ยาสมุนไพร และผู้ดูแลที่บ้านขณะเจ็บป่วย (n=25)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(%)
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)	
1 – 3 ปี	11(44.00)
4 - 6 ปี	10(40.00)
7 – 10 ปี	2(8.00)
16 – 20 ปี	2(8.00)
(Mean=1.8, SD.=1.13)	
อาการหืดกำเริบในช่วงเดือนที่ผ่านมา	
1 – 2 ครั้ง/เดือน	8(32.00)
3-4 ครั้ง/เดือน	14(56.00)
5-6 ครั้ง / เดือน	3(12.00)
ช่วงเวลาที่เกิดอาการหืดกำเริบ	
กลางวัน	
ไม่มีอาการเลย	3(12.00)
1 ครั้ง/เดือน	16(64.00)
2-3 ครั้ง/เดือน	6(24.00)
กลางคืน	
1-2 ครั้ง/เดือน	18(72.00)
3-4 ครั้ง/เดือน	6(24.00)
5 ครั้ง/เดือน	1(4.00)
ตาราง ยาที่ได้รับ	
ได้ยาเม็ดรับประทานรักษาหืด อย่างเดียว	4(16.00)
ได้รับยาเม็ด ร่วมกับยาพ่นขยายหลอดลม	21(84.00)
ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมอย่างเดียว	16(64.00)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(%)
ได้รับพ่นขยายหลอดลมฉุกเฉินอย่างเดียว	9(36.00)
การใช้ยาสมุนไพร หรือยาชุด	
ใช้ยาสมันไพร	1(4.00)
ไม่ใช้ยาสมุนไพร	24(96.00)
ผู้ดูแล	
ดูแลตัวเองได้ ไม่มีผู้ดูแล	2(8.00)
มีผู้ดูแล เป็นสมาชิกในครอบครัว	23(92.00)

2) ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows ตรวจสอบค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มตัวอย่างซึ่งสถิติที่ใช้ คือ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า มีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติ ค่า Asymp.Sig. (2-tailed) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.20 มากกว่า 0.05 แสดงว่าตัวแปรไม่มีความแตกต่างกัน ไม่สัมพันธ์กัน การกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (Normal distribution) ดังนั้นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด จึงทดสอบด้วยสถิติ สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวที่มีการวัดซ้ำ (Dependent or Paired samples t-test) ผลการศึกษา ดังนี้

2.1) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด ของผู้ป่วยโรคหืด ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด 6.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.73 หลังได้รับโปรแกรมการสอน พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดเท่ากับ 9.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.02 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดของผู้ป่วยโรคหืด ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหอบหืด ของผู้ป่วยโรคหืด ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด	n	Mean(SD.)	95%CI	p
ก่อนการทดลอง	25	6.92(1.73)	(1.64, 2.60)	<.001
หลังการทดลอง	25	9.04(1.02)		

2.2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหืด ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการศึกษาพบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง 13.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.81 หลังได้รับโปรแกรมการสอน พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง 18.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.99 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ป่วยโรคหืด ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	n	Mean(SD.)	95%CI	p
ก่อนการทดลอง	25	13.04(1.81)	(4.16, 5.92)	<.001
หลังการทดลอง	25	18.08(1.99)		

2.3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการศึกษาพบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด 1,200.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 120.75 หลังได้รับโปรแกรมการสอนพบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด 1,539.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 138.23 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด ก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิต	n	Mean(SD.)	95%CI	p
ก่อนการทดลอง	25	1200.04(120.75)	(12.47– 395.86)	<.001
หลังการทดลอง	25	1539.00(138.23)		

วิจารณ์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง 36-55 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ และมีครอบครัวแล้ว สุขภาพร่างกายยังแข็งแรงการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นอาชีพเกี่ยวกับการเกษตรกรรมคล้ายกัน ระดับการศึกษาก็ใกล้เคียงกัน คือจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา สามารถอ่านหนังสือออกและเขียนหนังสือได้ ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคหืด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 1.8 ปี ส่วนมากมีระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัย ระหว่าง 1-3 ปี เป็นกลุ่มที่ระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยไม่นาน ยังไม่มีประสบการณ์ด้านการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและเป็นกลุ่มวัยแรงงานที่ต้องทำงานในภาคการเกษตรทำให้การมีอาการหืดกำเริบได้ ซึ่งในช่วง

เดือนที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอาการ 3-4 ครั้งต่อเดือน ความถี่ของการมีอาการกำเริบ พบว่าช่วงกลางคืนมีอาการหืดกำเริบ ได้มากกว่าช่วงกลางวันเล็กน้อย ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการทดลอง ซึ่งการรักษาส่วนมากจะได้รับทั้งยาเม็ดรับประทาน ร่วมกับยาพ่นขยายหลอดลมและยาพ่นขยายหลอดลมแบบฉุกเฉินร่วมด้วย ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียงหนึ่งรายที่มีการใช้ยาสมุนไพรหรือยาชุดร่วมด้วยเพื่อรักษาโรค และเมื่อเกิดเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีผู้ดูแล เป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน ตามลำดับ

สมมติฐานที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดของผู้ป่วยโรคหืดภายหลังได้รับโปรกรมการสอนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอน จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการสอนแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด สูงขึ้นกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<.001$) สอดคล้องกับสมมตฐานที่ 1

ตามตามทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเองเป็นการกระทำของบุคคลที่จงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งการที่บุคคลจะดูแลสุขภาพตัวองได้นั้น พยาบาลต้องช่วยให้เขามีความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์หรือความเจ็บป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและกำหนดเป้าหมาย วางแผนและลงมือปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง[5]

สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ว่า ผู้ใหญ่เป็นผู้ที่มีค่านิยม มีความเชื่อ และมีศักยภาพในตนเอง นำไปสู่การลงมือปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเอง และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินตามแนวปฏิบัติในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมีระยะเวลาสั้น อาจจะไม่เพียงพอต่อการประเมินความรู้ความเข้าใจ ควรมีรูปแบบการส่งต่อและวางแผนการจำหน่ายเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะยาวต่อไปด้วย[6]

สมมติฐานที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอน

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการสอนแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหืด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<.001$) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 2 ซึ่งมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยโรคหืดและแนะนำว่าควรมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน[7]

สมมติฐานที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอน พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการสอนแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 3 สอดคล้องกับการศึกษาผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการภาวะหืดกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหืด ต่อการกลับมารักษาซ้ำ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว พบว่าหลังได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมการดูตนเองสูงขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของระดับคะแนน ($p<.001$)[8] นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลและทีมสหวิชาชีพในคลินิกโรคหืด จะส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ($p<.001$)[9]

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมการสอนมีผลต่อความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหืดที่เข้าร่วมโปรแกรมการสอน มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดเพิ่มขึ้น และจากโปรแกรมการสอนที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับทราบถึงวิธีการปฏิบัติจากการออกแบบกิจกรรมที่เพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดได้แก่แผนการสอน ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นเป็นการสอนอย่างมีแบบแผนที่สามารถนำผู้เรียนไปสู่ขีดความสามารถที่ต้องการได้ การนำสื่อการสอนมาใช้ในการสอนเป็นการกระตุ้นความสนใจของผู้เรียนและเสริมให้เกิดการเรียนรู้ การใช้กระบวนการกลุ่มให้ความรู้ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

และในทุกขั้นตอนของโปรแกรมการสอนผู้ศึกษาได้นำทฤษฎีแรงจูงใจมาใช้เป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ คือ ผู้ป่วยโรคหืดที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น นอกจากนี้การฝึกทักษะต่างๆเหล่านี้จนชำนาญและเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตัวเอง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และหากผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามโปรแกรมการสอนดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด สามารถดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตประจำวันกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข

ผู้วิจัยสามารถสรุปลักษณะเด่นของโปรแกรมการสอนที่มีผลต่อความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด ได้ดังนี้ 1) โปรแกรมการสอนให้ความรู้ความเข้าใจ ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด สามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมได้ทั้งรูปแบบเดี่ยวและแบบกิจกรรมกลุ่ม ให้มีความยืดหยุ่นตามกลุ่มผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสะดวกจนรู้สึกถึงความสามารถตนเอง และมั่นใจที่จะปฏิบัติการเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นโปรแกรมนี้ จึงเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหืดที่คลินิก หรือแผนกผู้ป่วยนอกได้ 2) กิจกรรมการพยาบาลนี้จะช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดของทฤษฎีทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมในการรับรู้ในความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มองเห็นประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ มีความตั้งใจมีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการเพิ่มความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมอาการหอบหืดได้อย่างต่อเนื่อง เพราะจะต้องสร้างให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนให้ได้ก่อนบุคคลจึงจะสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โปรแกรมการสอนให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคหืดนี้ ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งโปรแกรมการสอนที่ประกอบด้วยแผนการสอนโรคหืด คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด เทคนิคการใช้ยาพ่นแต่ละชนิด การฝึกการหายใจ และการฝึกกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจขั้นตอนการสอนที่เน้นการเรียนรู้ และทักษะการจัดการอาการที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการมากขึ้นมีการควบคุมโรคที่ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวผาสุก นั่นเอง

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1) ควรมีการนำโปรแกรมการสอนที่พัฒนาจากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในคลินิกผู้ป่วยโรคหืด แผนกผู้ป่วยนอก เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่มีสามารถปรับเปลี่ยนยืดหยุ่นได้ ตามลักษณะงานและผู้ป่วย

2) การจัดกิจกรรมกลุ่ม พยาบาลผู้ควบคุมกระบวนการกลุ่มจำเป็นต้องควบคุมเวลาและเคารพความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่มทุกคน และให้สิทธิในการแสดงความคิดเห็นตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ไม่บังคับหรือกดดันการตัดสินใจหรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าหากไม่ปฏิบัติตามผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับการรักษาที่เท่าเทียม

3) ควรนำแนวทางการพยาบาลที่สอดประสานกับทีมรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน ส่งข้อมูลการวางแผนการจำหน่าย เพื่อให้สามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้รวดเร็ว ช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ

ด้านการวิจัย

1) ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อไปในระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อติดตามการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

2) ควรมีการศึกษาวิจัยและติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดเป็นระยะๆต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาในการรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอมอบส่วนดีของการศึกษานี้ให้กับผู้ป่วยโรคหืด และขอขอบคุณ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโพนทองทุกคน ที่มีส่วนช่วยเหลือให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Asthma Action Plan [อินเตอร์เน็ต]. 2017 [cited 5 May 2023]. Available from from: http://www.worldlifeexpectancy.com
2. วัชรา บุญสวัสดิ์. ผลกระทบของโรคหืดต่อระบบสาธารณสุข (Burden of Asthma on Public Health). ใน: สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, เบญจมาศ ช่วยชู, อรพรรณ โพชนุกูล, ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์, (บรรณาธิการ). ตำราโรคหืด. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์; 2556.
3. Orem D E, Taylor S E. Orem's General Theory of Nursing. New York:L National League for Nursing; 1995.
4. สวรรค์ รุจิชยากูร. ผลของโปรแกรมการสอนที่มีต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดโรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2562;2(1):91-7.
5. Orem D E. Nursing Concepts of Practice. 4th. ed. Philadelphia:Mosby Year Book; 1991.
6. ศุภานันท์ ทองทวีโภคิน, ศิรินัดดา สุกก่ำ. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลนเองเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหอบหืด. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2565;41(4): 31-40.
7. รจนา หมั่นวิชา. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดโรงพยาบาลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2562;2(2):13-20.
8. ชลอศักดิ์ สุชัยยะ, อัมพรพรรณ ธีรานุตร. ผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการภาวะหืดกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหืด ต่อการกลับมารักษาซ้ำ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว. วารสารพยาบาลศาสตร์ และสุขภาพ. 2563:43(4):48-58.
9. สุณี เลิศสินอุดม, เกศริน ชูปัญญาเลิศ. ผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลตติยภูมิ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2559;11:234-44.

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเครียดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลตติยภูมิ
Related Factors with Stress in Pregnancy at Tertiary care center

อติพร ไชยวงค์*

Atiporn Chaiwong

Corresponding author: E-mail: atiporn.pon@gmail.com.

(Received: December 18, 2023; Revised: December 25, 2023; Accepted: January 29, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับของความรู้สึกเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาที่จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : หญิงตั้งครรภ์อายุระหว่าง 18-45 ปี จำนวณ 420 คน ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2565 - มิถุนายน 2566 โดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่านแบบวัดความรู้สึกเครียด T-PSS-10 โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression analysis ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเครียด

ผลการวิจัย : หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ที่ประกอบอาชีพรับจ้างจะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่าผู้ที่กำลังศึกษาหรือว่างงาน 2.21 เท่า (Adjusted OR=2.21, 95%CI: 1.13–4.30, p=.020) หญิงตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัวจะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่าผู้ที่กำลังศึกษาหรือว่างงาน 2.89 เท่า (Adjusted OR=2.89, 95% CI: 1.07–7.81, p=.037) หญิงตั้งครรภ์ที่มีสามีประกอบอาชีพอื่นจะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่าผู้ที่มีสามีกำลังศึกษาหรือว่างงาน 4.85 เท่า (Adjusted OR=4.85, 95%CI: 1.05–22.47, p=.044) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนจะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติ 1.82 เท่า (Adjusted OR=1.82, 95%CI: 1.02–3.24, p=.042) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับสามีจะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหานี้ 10.01 เท่า (Adjusted OR=10.01, 95%CI: 3.34–30.03, p<.001)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเครียดของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การหย่าร้าง, การแยกกันอยู่ระหว่างสามีภรรยา, การได้รับการบาดเจ็บจากการทำร้ายร่างกาย และการไม่เข้าใจกันในครอบครัว

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์; ความรู้สึกเครียด; โรงพยาบาลตติยภูมิ

* นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

ABSTRACT

Purposes : To study the factors associated with stressful feelings among pregnant women attending antenatal care at Chao Phraya Yommarat Hospital.

Study design : Cross-sectional study.

Material and Methods : Cross-sectional study was conducted from July 1, 2020 to June 30, 2021 among pregnancy attending antenatal care at Chao Phraya Yommarat Hospital. The pregnant were interviews using a structures questionnaire which included demographic data, serious life event data, and Thai language version of 10-item Perceived Stress Scale (T-PSS-10) to assess perceived stress symptoms. Using Multiple logistic regression analysis to analyze factors related to feelings of stress.

Main findings : Pregnant women attending prenatal care who are employed are 2.21 times more likely to experience stress than those who are studying or unemployed (Adjusted OR=2.21, 95%CI: 1.13–4.30, p=.020). Those in a trading or self-employed business are 2.89 times more likely to experience stress than those who are studying or unemployed (Adjusted OR=2.89, 95%CI: 1.07–7.81, p=.037). Pregnant women whose husbands work in other occupations are more likely to have stress. The odds of having stress are 4.85 times greater than those whose husband is studying or unemployed (Adjusted OR=4.85, 95%CI: 1.05–22.47, p=.044). Pregnant women who are obese have a higher chance of having stress than those with an index. Normal body mass 1.82 times (Adjusted OR=1.82, 95%CI: 1.02–3.24, p=.042) and pregnant women who have arguments or misunderstandings with their husbands are 10.01 more likely to have stress than those who do not have this problem. times (Adjusted OR=10.01, 95%CI: 3.34-30.03, p<.001).

Conclusion and recommendations : The prevalence of perceived stress symptoms in antenatal pregnancy was 36.70%. Perceives stress symptoms was significantly associated with divorce, separation from spouse, physical or psychological trauma from family, marital conflict, and family conflict.

Keywords : Pregnancy; Perceived stress symptoms; Tertiary care hospital

* Medical Doctor, Professional Level, Chao Phraya Yommarat Hospital.

บทนำ

ความรู้สึกเครียด เป็นเรื่องของระบบร่างกาย และจิตใจที่เกิดจากการตื่นตัว เตรียมรับกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งอาจคิดว่าเป็นเรื่องที่ไม่น่าพอใจ เป็นเรื่องที่หนักหนาสาหัสเกินกำลังหรือทรัพยากรที่มีอยู่ หรือเกินความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจ เป็นทุกข์ จนทำให้เกิดความผิดปกติทางร่างกาย และจิตใจตามมา[1]

ปัจจุบันความรู้สึกเครียดในสตรีตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญ โดยรายงานการศึกษาผลของความรู้สึกเครียดในสตรีตั้งครรภ์ พบว่าความรู้สึกเครียดในระหว่างตั้งครรภ์ จะมีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกก่อนกำหนด (Preterm birth), ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia), เบาหวานจากการตั้งครรภ์ (Gestational diabetes), ทารกน้ำหนักตัวน้อย (Small for gestational age) เพิ่มขึ้น[2-6] สาเหตุของความเครียดในสตรีตั้งครรภ์เกิดได้จากหลายปัจจัย ปัจจัยที่สำคัญคือการเพิ่มขึ้นระดับฮอร์โมนในช่วงตั้งครรภ์ เช่น ฮอร์โมนเอซีทีเอช (ACTH) และคอร์ติซอล (Cortisol) ที่เพิ่มสูงขึ้นจะส่งผลให้ระดับความเครียดสูงขึ้น[7] ซึ่งรายงานของ Alice A Han และคณะ ในปี พ.ศ.2558[8] ศึกษาความสัมพันธ์ของระดับฮอร์โมน เอซีทีเอช (ACTH) และ คอร์ติซอล (Cortisol) ต่อความรู้สึกเครียด (Perceived stress) โดยใช้เครื่องมือ 10 - item Perceived Stress Scale (PSS-10) พบว่าระดับฮอร์โมนดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเครียดอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากปัจจัยภายในจากกลไกการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนแล้ว ความรู้สึกเครียดในสตรีตั้งครรภ์ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก เช่น การตั้งครรภ์แรก การตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน สถานะทางอาชีพของสามี รายได้น้อยหรือไม่มีรายได้, โรคเรื้อรัง, ปัญหาด้านการนอนหลับ, การรับประทานอาหารที่ผิดปกติ, เบาหวานขณะตั้งครรภ์ และ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว[9-10] เป็นต้น โดยรายงานที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในต่างประเทศที่ให้ความสำคัญกับภาวะเครียดในสตรีตั้งครรภ์ แต่ยังไม่มีรายงานการศึกษาในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาความรู้สึกเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในสตรีตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย แบบการศึกษาที่จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ 420 คน ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี สามารถสื่อสารด้วยการพูดและเขียนภาษาไทยได้ ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2565 ถึง มิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง หญิงตั้งครรภ์ 420 คน ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2565 ถึง มิถุนายน 2566 สามารถสื่อสารด้วยการพูดและเขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามด้วยตนเองผ่านแบบวัดความรู้สึกเครียด T-PSS-10

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป (OBM SPSS version 27) นำเสนอข้อมูลเป็นค่าร้อยละ คำนวณค่าความไว และค่าความจำเพาะ ใช้สถิติ Multiple logistic regression analysis ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเครียด

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี หมายเลข YM010/2564

ผลการศึกษา

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช และเพื่อค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับของความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จำนวน 420 คน ผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชเท่ากับร้อยละ 57.3 เมื่อจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ช่วงอายุ 20-34 ปี และ 14-19 ปี มีความรู้สึกเครียดขณะตั้งครรภ์ (58.8%) และ (48.8%) ตามลำดับ (p=.233) สตรีตั้งครรภ์ที่สถานะสมรส, โสด และหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีความรู้สึกเครียด (59.7%), (57.1%) และ (25.0%) ตามลำดับ (p=.438) สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปและระดับการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป มีความรู้สึกเครียด (52.5%) และ (67.5%) ตามลำดับ (p=.023) สตรีตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพข้าราชการ,ค้าขายและรับจ้าง มีความรู้สึกเครียดขณะตั้งครรภ์ (81.8%), (74.3%) และ (58.8%) ตามลำดับ (p=.039) สตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท, 10,000-20,000 บาท และน้อยกว่า 10,000 บาท มีความรู้สึกเครียด (76.5%), (56.4%) และ (53.0%) ตามลำดับ (p=.046)

ความชุกของความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จำแนกตามสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรงในชีวิตขณะตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มี และไม่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับสามีมีความรู้สึกเครียด (87.8%) และ (51.6%) ตามลำดับ (p<.001) สตรีตั้งครรภ์ที่มีและไม่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัวมีความรู้สึกเครียด (81.8%) และ (55.0%) ตามลำดับ (p=.015)

ความชุกของความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จำแนกตามข้อมูลทางสูติกรรม ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนและมีดัชนีมวลกายปกติมีความรู้สึกเครียด (66.7%) และ (50.0%) ตามลำดับ (p=.007) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเครียดในสตรีตั้งครรภ์ (n=262)

ปัจจัย	ความรู้สึกเครียด		p
	มีความรู้สึกเครียด (n=150)	ไม่ความรู้สึกเครียด (n=112)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ทั้งหมด	150(57.3)	112(42.7)	
ข้อมูลทั่วไป			
อายุ			
14 - 19 ปี	20(48.8)	21(51.2)	0.233
20 - 34 ปี	130(58.8)	91(41.2)	
สถานะสมรส			
คู่	112(57.1)	84(42.9)	0.438
โสด	37(59.7)	25(40.3)	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1(25.0)	3(75.0)	

ปัจจัย	ความรู้สึกเครียด		p
	มีความรู้สึกเครียด (n=150)	ไม่ความรู้สึกเครียด (n=112)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา	94(52.5)	85(47.5)	0.023
อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	56(67.5)	27(32.5)	
อาชีพ			
กำลังศึกษา/ว่างงาน	53(50.0)	53(50.0)	0.039
รับจ้าง	50(58.8)	35(41.2)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	26(74.3)	9(25.7)	
ข้าราชการ	9(81.8)	2(18.2)	
อื่น ๆ	12(48.0)	13(52.0)	
ศาสนา			
ศาสนาพุทธ	148(57.6)	109(42.4)	0.645
ศาสนาอื่น ๆ	2(40.0)	3(60.0)	
อาชีพของสามี			
กำลังศึกษา/ว่างงาน	6(33.3)	12(66.7)	0.065
รับจ้าง	79(53.7)	68(46.3)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	39(68.4)	18(31.6)	
ข้าราชการ	10(66.7)	5(33.3)	
รายได้ครอบครัวต่อเดือน			
< 10,000 บาท	71(53.0)	63(47.0)	.046
10,000-20,000 บาท	53(56.4)	41(43.6)	
> 20,000 บาท	26(76.5)	8(23.5)	
ระยะทางจากที่อยู่ปัจจุบันห่างจากโรงพยาบาลหรือแหล่งบริการสุขภาพ			
< 5 กิโลเมตร	121(58.5)	86(41.5)	.445
> 5 กิโลเมตร	29(52.7)	26(47.3)	
การสูบบุหรี่			
ไม่สูบบุหรี่	150(57.7)	110(42.3)	.182

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	ความรู้สึกเครียด		p
	มีความรู้สึกเครียด (n=150)	ไม่ความรู้สึกเครียด (n=112)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
สูบบุหรี่	0(0.0)	2(100.0)	
การดื่มสุรา			
ไม่ดื่มสุรา	149(57.1)	112(42.9)	1.000
ดื่มสุรา	1(100.0)	0(0.0)	
สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรงในชีวิตขณะตั้งครรภ์			
การเสียชีวิตของญาติสายตรง (บิดา มารดา บุตร คู่สมรส หรือพี่น้อง)			
ไม่มีปัญหา	142(56.6)	109(43.4)	.362
มีปัญหา	8(72.7)	3(27.3)	
การหย่าร้างหรือแยกทางกับคู่สมรส			
ไม่มีปัญหา	147(56.8)	112(43.2)	.263
มีปัญหา	3(100.0)	0(0.0)	
การลาออกหรือโดนให้ออกจากงานประจำ			
ไม่มีปัญหา	141(56.6)	108(43.4)	.370
มีปัญหา	9(69.2)	4(30.8)	
การทำร้ายร่างกายหรือจิตใจจากสมาชิกในครอบครัว			
ไม่มีปัญหา	137(55.0)	112(45.0)	.001
มีปัญหา	13(100.0)	0(0.0)	
ความคิดหรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย			
ไม่มีปัญหา	146(56.6)	112(43.4)	.138
มีปัญหา	4(100.0)	0(0.0)	
ปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับสามี			
ไม่มีปัญหา	114(51.6)	107(48.4)	<.001
มีปัญหา	36(87.8)	5(12.2)	
ปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับคนในครอบครัว			
ไม่มีปัญหา	132(55.0)	108(45.0)	.015
มีปัญหา	18(81.8)	4(18.2)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	ความรู้สึกเครียด		p
	มีความรู้สึกเครียด (n=150)	ไม่ความรู้สึกเครียด (n=112)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ข้อมูลทางสูติกรรม			
ดัชนีมวลกาย			
ปกติ	74(50.0)	74(50.0)	.007
อ้วน	76(66.7)	38(33.3)	
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์			
ครรภ์แรก	65(57.5)	48(42.5)	.799
ครรภ์ที่ 2	54(55.1)	44(44.9)	
ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	31(60.8)	20(39.2)	
จำนวนครั้งของการคลอด			
ไม่เคยคลอด	68(56.2)	53(43.8)	.741
เคยคลอด 1 ครั้ง	64(59.8)	43(40.2)	
เคยคลอด > 1 ครั้ง	18(52.9)	16(47.1)	
การแท้ง			
ไม่เคยแท้ง	126(55.8)	100(44.2)	.219
เคยแท้ง	24(66.7)	12(33.3)	
อายุครรภ์			
ไตรมาสที่ 1	46(54.1)	39(45.9)	.061
ไตรมาสที่ 2	35(48.6)	37(51.4)	
ไตรมาสที่ 3	69(65.7)	36(34.3)	
ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ครั้งนี้			
ไม่มี	136(56.0)	107(44.0)	.133
มี	14(73.7)	5(26.3)	
ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน			
ไม่มี	144(56.9)	109(43.1)	.737
มี	6(66.7)	3(33.3)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	ความรู้สึกเครียด		p
	มีความรู้สึกเครียด (n=150)	ไม่ความรู้สึกเครียด (n=112)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
การวางแผนการตั้งครรภ์			
ไม่มี	84(56.4)	65(43.6)	.742
มี	66(58.4)	47(41.6)	

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariable analysis) โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression analysis) ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ อาชีพของสามี รายได้ครอบครัวต่อเดือน ดัชนีมวลกาย และสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรงในชีวิตขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับสามี และปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับคนในครอบครัว โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาอนุปริญญา หรือปริญญาตรีขึ้นไปจะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษา 1.88 เท่า (OR=1.88, 95%CI: 1.09–3.23, p=.024) กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัวจะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาหรือว่างงาน 2.89 เท่า (OR=2.89, 95%CI: 1.24–6.75, p=.014) กลุ่มตัวอย่างที่มีสามีประกอบอาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัวจะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสามีกำลังศึกษาหรือว่างงาน 4.33 เท่า (OR=4.33, 95%CI: 1.40–13.39, p=.011) กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือนจะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน 2.88 เท่า (OR=2.88, 95%CI: 1.22–6.83, p=.016) กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะอ้วนจะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายปกติ 2.00 เท่า (OR=2.00, 95%CI: 1.21–3.32, p=.007) และสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรงในชีวิตขณะตั้งครรภ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับสามีจะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหานี้ 6.76 เท่า (OR=6.76, 95%CI: 2.56-17.86, p<.001) และกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับคนในครอบครัวจะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหานี้จะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหานี้ 3.68 เท่า (OR=3.68, 95%CI: 1.21–11.20, p=.022) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariable analysis) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเครียดในสตรีตั้งครรภ์ (n=262)

ปัจจัย	ความรู้สึกเครียด		OR	95%CI	p
	มีความรู้สึกเครียด (n=150)	ไม่ความรู้สึกเครียด (n=112)			
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)			
อายุ					
14-19 ปี	20(48.8)	21(51.2)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
20-34 ปี	130(58.8)	91(41.2)	1.50	(0.77-2.93)	.234
สถานะสมรส					
คู่	112(57.1)	84(42.9)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
โสด	37(59.7)	25(40.3)	1.11	(0.62-1.98)	.725
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1(25.0)	3(75.0)	0.25	(0.03-2.45)	.234
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา	94(52.5)	85(47.5)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	56(67.5)	27(32.5)	1.88	(1.09-3.23)	.024
อาชีพ					
กำลังศึกษา/ว่างงาน	53(50.0)	53(50.0)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
รับจ้าง	50(58.8)	35(41.2)	1.43	(0.80-2.54)	.225
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	26(74.3)	9(25.7)	2.89	(1.24-6.75)	.014
ข้าราชการ	9(81.8)	2(18.2)	4.50	(0.93-21.82)	.062
อื่น ๆ	12(48.0)	13(52.0)	0.92	(0.39-2.21)	.857
ศาสนา					
ศาสนาพุทธ	148(57.6)	109(42.4)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
ศาสนาอื่น ๆ	2(40.0)	3(60.0)	0.49	(0.08-2.99)	.440
อาชีพของสามี					
กำลังศึกษา/ว่างงาน	6(33.3)	12(66.7)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
รับจ้าง	79(53.7)	68(46.3)	2.32	(0.83-6.52)	.109
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	39(68.4)	18(31.6)	4.33	(1.40-13.39)	.011
ข้าราชการ	10(66.7)	5(33.3)	4.00	(0.94-17.11)	.062
อื่น ๆ	16(64.0)	9(36.0)	3.56	(0.99-12.73)	.051

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	ความรู้สึกเครียด		OR	95%CI	p
	มีความรู้สึกเครียด (n=150)	ไม่ความรู้สึกเครียด (n=112)			
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)			
รายได้ครอบครัวต่อเดือน					
< 10,000 บาท	71(53.0)	63(47.0)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
10,000-20,000 บาท	53(56.4)	41(43.6)	1.15	(0.68-1.95)	.612
> 20,000 บาท	26(76.5)	8(23.5)	2.88	(1.22-6.83)	.016
ระยะทางจากที่อยู่ปัจจุบันห่างจากโรงพยาบาลหรือแหล่งบริการสุขภาพ					
< 5 กิโลเมตร	121(58.5)	86(41.5)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
> 5 กิโลเมตร	29(52.7)	26(47.3)	0.79	(0.44-1.44)	.446
การสูบบุหรี่					
ไม่สูบบุหรี่	150(57.7)	110(42.3)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
สูบบุหรี่	0(0.0)	2(100.0)	-	-	NA
การดื่มสุรา					
ไม่ดื่มสุรา	149(57.1)	112(42.9)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
ดื่มสุรา	1(100.0)	0(0.0)	-	-	NA
สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรงในชีวิตขณะตั้งครรภ์					
การเสียชีวิตของญาติสายตรง (บิดา มารดา บุตร คู่สมรส หรือพี่น้อง)					
ไม่มีปัญหา	142(56.6)	109(43.4)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
มีปัญหา	8(72.7)	3(27.3)	2.05	(0.53-7.90)	.298
การหย่าร้างหรือแยกทางกับคู่สมรส					
ไม่มีปัญหา	147(56.8)	112(43.2)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
มีปัญหา	3(100.0)	0(0.0)	-	-	NA
การลาออกหรือโดนให้ออกจากงานประจำ					
ไม่มีปัญหา	141(56.6)	108(43.4)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
มีปัญหา	9(69.2)	4(30.8)	1.72	(0.52-5.75)	.376

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	ความรู้สึกเครียด		OR	95%CI	p
	มีความรู้สึกเครียด (n=150)	ไม่ความรู้สึกเครียด (n=112)			
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)			
การทำร้ายร่างกายหรือจิตใจจากสมาชิกในครอบครัว					
ไม่มีปัญหา	137(55.0)	112(45.0)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
มีปัญหา	13(100.0)	0(0.0)	-	-	NA
ความคิดหรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย					
ไม่มีปัญหา	146(56.6)	112(43.4)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
มีปัญหา	4(100.0)	0(0.0)	-	-	NA
ปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับสามี					
ไม่มีปัญหา	114(51.6)	107(48.4)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
มีปัญหา	36(87.8)	5(12.2)	6.76	(2.56-17.86)	<.001
ปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับคนในครอบครัว					
ไม่มีปัญหา	132(55.0)	108(45.0)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
มีปัญหา	18(81.8)	4(18.2)	3.68	(1.21-11.2)	.022
ข้อมูลทางสูติกรรม					
ดัชนีมวลกาย					
ปกติ	74(50.0)	74(50.0)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
อ้วน	76(66.7)	38(33.3)	2.00	(1.21-3.32)	.007
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์					
ครรภ์แรก	65(57.5)	48(42.5)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
ครรภ์ที่ 2	54(55.1)	44(44.9)	0.91	(0.53-1.56)	.724
ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	31(60.8)	20(39.2)	1.15	(0.58-2.25)	.695
จำนวนครั้งของการคลอด					
ไม่เคยคลอด	68(56.2)	53(43.8)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
เคยคลอด 1 ครั้ง	64(59.8)	43(40.2)	1.16	(0.68-1.97)	.581
เคยคลอด > 1 ครั้ง	18(52.9)	16(47.1)	0.88	(0.41-1.88)	.736

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	ความรู้สึกเครียด		OR	95%CI	p
	มีความรู้สึกเครียด (n=150)	ไม่ความรู้สึกเครียด (n=112)			
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)			
การแท้ง					
ไม่เคยแท้ง	126(55.8)	100(44.2)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
เคยแท้ง	24(66.7)	12(33.3)	1.59	(0.76-3.33)	.222
อายุครรภ์					
ไตรมาสที่ 1	46(54.1)	39(45.9)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
ไตรมาสที่ 2	35(48.6)	37(51.4)	0.80	(0.43-1.50)	.492
ไตรมาสที่ 3	69(65.7)	36(34.3)	1.63	(0.90-2.92)	.105
ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ครั้งนี้					
ไม่มี	136(56.0)	107(44.0)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
มี	14(73.7)	5(26.3)	2.20	(0.77-6.31)	.141
ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน					
ไม่มี	144(56.9)	109(43.1)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
มี	6(66.7)	3(33.3)	1.51	(0.37-6.19)	.564
การวางแผนการตั้งครรภ์					
ไม่มี	84(56.4)	65(43.6)	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
มี	66(58.4)	47(41.6)	1.09	(0.66-1.78)	.742

หมายเหตุ: OR, Odds Ratio; CI, confidence interval; NA, data not applicable.

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ด้วยการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) ซึ่งพิจารณานำตัวแปรที่เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariable analysis) ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ อาชีพของสามี รายได้ครอบครัวต่อเดือน ดัชนีมวลกาย และสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรงในชีวิตขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับสามี และปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับคนในครอบครัว เข้ามาวิเคราะห์ในการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis) ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวน ได้แก่ อาชีพ อาชีพของสามี ดัชนี

มวลกาย และสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรงในชีวิตขณะตั้งครรภ์ คือปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับสามีโดยที่กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพรับจ้างจะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาหรือว่างงาน 2.21 เท่า (Adjusted OR=2.21, 95%CI: 1.13–4.30, p=.020) กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัวจะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาหรือว่างงาน 2.89 เท่า (Adjusted OR=2.89, 95%CI: 1.07–7.81, p=.037) กลุ่มตัวอย่างที่มีสามีประกอบอาชีพอื่นจะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสามีกำลังศึกษาหรือว่างงาน 4.85 เท่า (Adjusted OR=4.85, 95%CI: 1.05–22.47, p=.044) กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะอ้วนจะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายปกติ 1.82 เท่า (Adjusted OR=1.82, 95%CI: 1.02–3.24, p=.042) และกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับสามีจะมีโอกาสมีความเครียดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหานี้ 10.01 เท่า (Adjusted OR=10.01, 95%CI: 3.34–30.03, p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariable analysis) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเครียดในสตรีตั้งครรภ์ (n=262)

Factors	Univariable analysis			Multivariable analysis		
	OR[1]	95%CI	p	OR_{adj}[2]	95%CI	p
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	1.88	(1.09-3.23)	.024	1.93	(0.96-3.89)	.066
อาชีพ						
กำลังศึกษา/ว่างงาน	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
รับจ้าง	1.43	(0.80-2.54)	.225	2.21	(1.13-4.30)	.020
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2.89	(1.24-6.75)	.014	2.89	(1.07-7.81)	.037
ข้าราชการ	4.50	(0.93-21.82)	.062	1.72	(0.29-10.15)	.551
อื่น ๆ	0.92	(0.39-2.21)	.857	0.62	(0.21-1.85)	.387
อาชีพของสามี						
กำลังศึกษา/ว่างงาน	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
รับจ้าง	2.32	(0.83-6.52)	.109	2.25	(0.68-7.37)	.182
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4.33	(1.40-13.39)	.011	3.62	(0.94-13.95)	.062
ข้าราชการ	4.00	(0.94-17.11)	.062	4.14	(0.77-22.21)	.097
อื่น ๆ	3.56	(0.99-12.73)	.051	4.85	(1.05-22.47)	.044

ตารางที่ 3 (ต่อ)

Factors	Univariable analysis			Multivariable analysis		
	OR[1]	95%CI	p	OR_{adj} [2]	95%CI	p
รายได้ครอบครัวต่อเดือน						
< 10,000 บาท	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
10,000-20,000 บาท	1.15	(0.68-1.95)	.612	1.20	(0.64-2.25)	.577
> 20,000 บาท	2.88	(1.22-6.83)	.016	2.39	(0.88-6.48)	.086
ปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับสามี						
ไม่มีปัญหา	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
มีปัญหา	6.76	(2.56-17.86)	<.001	10.01	(3.34-30.03)	<.001
ปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับคนในครอบครัว						
ไม่มีปัญหา	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
มีปัญหา	3.68	(1.21-11.2)	.022	1.88	(0.51-6.99)	.345
ดัชนีมวลกาย						
ปกติ	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
อ้วน	2.00	(1.21-3.32)	.007	1.82	(1.02-3.24)	.042

Abbreviations: OR, Odds Ratio; ORadj, Adjusted Odds Ratio; CI, confident interval. Variable was included in multivariable model due to have p-value < 0.050 in univariable analysis.

[1]Crude Odds Ratio estimated by Binary Logistic regression.

[2]Adjusted Odds Ratio estimated by Multiple Logistic regression.

สรุปผลการวิจัย

สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จำนวนทั้งหมด 420 คน พบว่า ความชุกของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกเครียดในระดับสูง ร้อยละ 1.80 ในระยะการตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 และร้อยละ 25.00 ในระยะการตั้งครรภ์ ไตรมาสที่ 1 ความชุกของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.60 ในระยะการตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 และร้อยละ 32.70 ในระยะการตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 และความรู้สึกเครียดของสตรีตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับปัจจัยความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ได้แก่ การมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับคนในครอบครัวในช่วงที่ผ่านมา และการมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับสามีในช่วงที่ผ่านมาและปัจจัยด้านสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรงในชีวิตขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การมีความคิดหรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย รวมทั้งปัจจัยด้านภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ พบว่าการมีภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ครั้งก่อนและภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ พบว่าการมีภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ครั้งนี้มีความสัมพันธ์กันกับความรู้สึกเครียดในสตรีตั้งครรภ์

วิจารณ์

อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องความรู้สึกเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช เป็นการศึกษาแบบวิเคราะห์ไปข้างหน้า จากเหตุไปหาผล (Prospective analytic study) เพื่อศึกษาความชุกของความรู้สึกเครียดในสตรีตั้งครรภ์และเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับของความรู้สึกเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จำนวน 420 คน พบว่า ความชุกของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกเครียดในระดับสูง ร้อยละ 1.80 ในระยะการตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 และ ร้อยละ 25.00 ในระยะการตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 ความชุกของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.60 ในระยะการตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 และ ร้อยละ 32.70 ในระยะการตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 ตามลำดับ

เมื่อทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบโลจิสติก พบว่า ปัจจัยด้านภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ พบว่า การมีภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ครั้งก่อนมีความสัมพันธ์กันกับความรู้สึกเครียดในสตรีตั้งครรภ์ (Adjusted OR 0.479, 95%CI 0.243-0.944, p=.033) การมีภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ครั้งนี้มีความสัมพันธ์กันกับความรู้สึกเครียดในสตรีตั้งครรภ์ (Adjusted OR 0.489, 95% CI 0.202-0.864, p=.037) ปัจจัยสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรงในชีวิตขณะตั้งครรภ์ คือ การมีความคิดหรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์กันกับความรู้สึกเครียดในสตรีตั้งครรภ์ (Adjusted OR 0.167, 95%CI 0.028-0.823, p=.040) และปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ได้แก่ การมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับสามีในช่วงที่ผ่านมามีความสัมพันธ์กันกับความรู้สึกเครียดในสตรีตั้งครรภ์ (Adjusted OR 0.239, 95% CI 0.088-0.648, p<.005) และการมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับคนในครอบครัวในช่วงที่ผ่านมา (Adjusted OR 0.402, 95% CI 0.185-0.873, p=.021) โดยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่าในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเครียด เมื่อพบว่ามีปัจจัยสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรงในชีวิตขณะตั้งครรภ์เกิดขึ้น คือ การมีความคิดหรือเคยพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจะทำให้ความรู้สึกไม่เครียด ลดลงร้อยละ 83.30 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ได้แก่ การมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับสามีในช่วงที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นจะทำให้ความรู้สึกไม่เครียด ลดลงร้อยละ 76.10 และการมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันกับคนในครอบครัวในช่วงที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นจะทำให้ความรู้สึกไม่เครียดลดลงร้อยละ 59.80 ปัจจัยด้านภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ คือ การมีภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ครั้งก่อนเพิ่มขึ้นจะทำให้ความรู้สึกไม่เครียด ลดลงร้อยละ 52.10 และการมีภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ครั้งนี้เพิ่มขึ้นจะทำให้ความรู้สึกไม่เครียด ลดลงร้อยละ 51.10 ตามลำดับ ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Maryam Kashanian และคณะ[12] ที่พบว่ามีความรู้สึกเครียดของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มที่คู่สมรสใช้ถ้อยคำที่รุนแรงและใช้ความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Anwar E. Ahmed และคณะ[10] ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเครียดในเรื่องภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คือ การเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และขาดการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ying Lau และคณะ[13] ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ สภาพร่างกายหรือสภาพจิตใจที่ไม่ดีขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนน PSS สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรวมทั้งการศึกษาของ Wassapol Thongsomboon, Kasemsis Kaewkiattikun และ Nitchawan Kerdcharoen[16] ที่พบว่ามีความรู้สึกเครียดของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มที่มีความขัดแย้งกับคู่สมรสและขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวสูงเป็น 3 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีความขัดแย้งดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน

ดังนั้นในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ นอกเหนือจากการดูแลทางด้านร่างกายแล้ว ยังมีความจำเป็นต้องดูแลทางด้านจิตใจด้วย เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ลดความรู้สึกเครียด และ

ลดผลกระทบอันเกิดจากความรู้สึกเครียด การค้นหาสาเหตุการเกิดความรู้สึกเครียด เมื่อรู้สาเหตุของความรู้สึกเครียดเกิดจากปัญหาใดแล้วจึงร่วมวางแผนกับสตรีตั้งครรภ์ในการพยายามแก้ปัญหานั้นให้ได้โดยเร็ว เพราะความรู้สึกเครียดถ้าเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรมต่างๆตลอดระยะการตั้งครรภ์และส่งผลรวมถึงทารกในครรภ์และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนได้

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ แต่การนำข้อมูลไปสู่การดำเนินการแก้ไขปัญหาความรู้สึกเครียด ยังพบว่ามีอุปสรรคอยู่มาก เนื่องจากกระบวนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ การวางแผนป้องกันและแก้ไขความรู้สึกเครียดในสตรีตั้งครรภ์ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่หลากหลาย จากภาระงานที่มาก ทำให้ไม่เอื้อต่อผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงไม่มีข้อมูลความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้นจากสมาชิกครอบครัวเพื่อหาปัจจัยสาเหตุการเกิดความเครียดได้มากขึ้น และเป็นประโยชน์ในการรักษาได้ถูกวิธี ไม่ให้ความรู้สึกเครียดเรื้อรังจนเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจจะส่งผลถึงการฆ่าตัวตายได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคลายเครียด. นนทบุรี: สำนักสุขภาพจิตสังคม; 2555.
2. Lilliecreutz C, Larén J, Sydsjö G, Josefsson A. Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. BMC Pregnancy and Childbirth. 2016;16:5.
3. Khashan A S, McNamee R, Abel K M, Mortensen P B, Kenny L C, Pedersen M G1, et al. Rates of preterm birth following antenatal maternal exposure to severe life events: a population-based cohort study. Hum Reprod. 2009;24(2):429-37.
4. László K D, Liu X Q, Svensson T, Wikström A-K, Li J, Olsen J, et al. Psychosocial stress related to the loss of a close relative the year before or during pregnancy and risk of preeclampsia. Hypertension. 2013;62:183-9.
5. Zhu P, Huang W, Hao J-H, Huang K, Jiang X-M, Tao F-B. Time-specific effect of prenatal stressful life events on gestational weight gain. Int J Gynaecol Obstet. 2013; 122(3):207-11.
6. Precht D H, Andersen P K, Olsen J. Severe life events and impaired fetal growth: a nation-wide study with complete follow-up. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86(3):266-75.
7. Cunningham F G, Leveno K J, Bloom S L, Dashe J S, Hoffman B L, Casey B M, et al. Williams Obstetrics. 25 (Edition). United States: McGraw-Hill Education; 2019.
8. Han A A, Vrana J, Mitchell C, Jonathan, Boyd W. Identification of Biomarkers Related to Perceived Stress Scale-10 and the Evaluation of the Survey Components. J Med Genomics Biomark. 2015;2:1-5.
9. Vijayaselvi R, Beck M M, Abraham A, Kurian S, Regi A, Rebekah G. Risk Factors for Stress During Antenatal Period Among Pregnant Women in Tertiary Care Hospital of Southern India. J Clin Diagn Res. 2015;9(10):1-5.
10. Ahmed A E, Albalawi A N, Alshehri A A, AlBlaihed R M, Alsalamah M A. Stress and its predictors in pregnant women a study in Saudi Arabia. Psychol Res Behav Manag. 2017;10:97-102.
11. Engidaw N A, Mekonnen A G, Amogne F K. Perceived stress and its associated factors among pregnant women in Bale zone Hospitals Southeast Ethiopia a cross-sectional study. BMC Res Notes. 2019;12:1-6.
12. Kashanian M, Faghankhani M, Yousefzadeh Roshan M, EhsaniPour M, Sheikhansari N. Woman's perceived stress during pregnancy

Stressors and pregnancy adverse outcomes. J Matern Fetal Neonatal Med. 2019 34(2):207-15.

13. Lau Y, Yin L. Maternal obstetric variable, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao China. Midwifery. 2011;7(5):668-73.
14. Pantha S, Hayes B, Yadav B K, Sharma P, Shrestha A, Gartoulla P. Prevalence of Stress among Pregnant Women, Attending Antenatal Care in a Tertiary Maternity Hospital in Kathmandu, J Women's Health Care. 2014;3(5):1-5.
15. Shishehgar S, Dolatian M, Majd H A, Bakhtiary M. Perceived Pregnancy Stress and Quality of Life amongst Iranian Women, Glob J Health Sci. 2014;6(4):270-77.
16. Thongsomboon W, Kaewkiattikun K, Kerdcharoen N. Perceived Stress and Associated Factors Among Pregnant Women Attending Antenatal Care in Urban Thailand. Psychology Research and Behavior Management. 2020;13:1115-22.

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2567)
Journal of Research and Health Innovative Development Vol.5 No.1 (January - April 2024)

การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

The Development of Self- management to change behavior for Uncontrolled Diabetic Patients in Nadoon Hospital, Maha Sarakham Province

ฐญา ธนบดีวิวัฒ* รุจิรา ไชยรงศรี**
Thaya Thanabodeewiwath, Rujira Chairongsri
Corresponding author: E-mail: thaya2899@gmail.com
(Received: December 19, 2023; Revised: December 26, 2023; Accepted: January 30, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

รูปการการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือน มกราคม 2566 จำนวน 32 คน การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์-เตรียมการ 2) พัฒนารูปแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบ 4) ประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึก และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired-sample t-test

ผลการวิจัย : พบว่า หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมากกว่าก่อนทดลอง ($p<.05$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 17.44 คะแนน (95%CI:10.93, 23.95) และมีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง ($p<.05$) โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลง 0.90% (95%CI:0.74, 1.07)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ให้บริการสุขภาพสามารถนำรูปแบบการจัดการตนเองนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาดูนได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากน้ำตาลในเลือดสูงได้

คำสำคัญ การจัดการตนเอง; การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม; ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

*,**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาดูน

ABSTRACT

Purposes : To develop a self- management to change behavior for Uncontrolled Diabetic Patients in Nadoon Hospital, Maha Sarakham Province.

Study design : Action Research.

Materials and Methods : All of 32 key informant consisted were type 2 diabetes who received services between November 2022 and January 2023. The research was divided into 4 phases: 1) Situation analysis - preparation 2) develop a model 3) experiment with the model 4) evaluate results. Data were collected using questionnaires and recording forms. and satisfaction assessment form. Data were analyzed using percentage, mean and standard deviation and paired-sample t-test.

Main findings : After experiment, it was found that patients with type 2 diabetes had an average score of self-management behavior in eating, exercise and overall health behavior were higher than before experiment ($p<.05$), with scores increasing by 17.44 points (95%CI:10.93,23.95) and mean accumulated blood sugar (HbA1C) lower than before. Experiment ($p<.05$) with accumulated blood sugar levels (HbA1C) reduced by 0.90% (95%CI:0.74, 1.07).

Conclusion and recommendations : The results of this research indicate that health care providers can apply this self-management model as a guideline for changing the behavior of diabetic patients in service facilities in Na Dun District Health Service Network in a more comprehensive manner. To reduce complications arising from high blood sugar.

Keywords : Self- management; Change behavior; Uncontrolled Diabetic Patients

*,** Registered Nurse, Professional Level, Nadoon Hospital

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากมีความผิดปกติของการหลั่งของอินซูลิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของร่างกาย[1] ในการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักพบภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจในด้านการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประมาณการณ์ว่าร้อยละ 11.00 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในประเทศไทย ถูกจัดสรรให้กับการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศอื่นๆในภูมิภาคเดียวกัน และคาดการณ์ว่าตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41.00 ภายในปี พ.ศ.2573 ซึ่งทำให้สังคมรับภาระจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงสองเท่า และพบว่ารัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานสูงถึง 30,000 ล้านบาท และหากรวมการรักษาโรคแทรกซ้อน เช่น เบาหวานขึ้นจอประสาทตาไตวาย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ค่าใช้จ่ายอาจเพิ่มสูงขึ้นถึง 100,000 ล้านบาทต่อปี โดยเฉพาะโรคอัมพฤกษ์อัมพาตเพิ่มขึ้นปีละ 150,000 คน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายดูแลรักษาประมาณ 75,000 ล้านบาท ซึ่งเป็นภาระแก่ประเทศและครอบครัวของผู้ป่วยที่ค่อนข้างจะสูงมาก[2] จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาของโรคเบาหวานนั้นมีค่าใช้จ่ายสูง สิ่งหนึ่งที่จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่เหมาะสม ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง จากรายงานสถิติผู้ป่วยของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2561-2565 พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็น 1,032.50, 1,233.46, 1,292.79, 1,344.95 และ 1,439.04 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ[3]

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากรายงานทะเบียนโรคเรื้อรังอำเภอนาดูน พบว่ามีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานระหว่างปี พ.ศ.2561-2565 คือ 754.47, 779.08, 888.28, 802.35 และ 866.88 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ อำเภอนาดูนมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นด้วย จากปี พ.ศ.2561-2565 คือ 2,035, 2,112, 2,235, 2,365 และ 2,267 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางตา 51 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้า 143 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 249 คน จากตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1C≤7%) มากกว่าร้อยละ 40 และพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอนาดูนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจากปี พ.ศ.2561-2565 ร้อยละ 10.53, 14.76, 15.57, 17.72 และ 18.01[4] จากข้อมูลการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลนาดูน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ โดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[5] มาประยุกต์ใช้ ซึ่งเป็นแนวคิดในการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ปัญหาและการวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยเบื้องต้นด้วยตนเอง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ในการให้ความร่วมมือกับผู้ป่วยโดยทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมรวมถึงการหากลยุทธ์ให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ด้วยตนเอง

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคามโดยติดตามเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า นอกจากจะมีประสิทธิภาพในการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการตนเองด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการ

รับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกาย, ลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดฮีโมโกลบินเอวันซีแก่ผู้เข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้สามารถป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานให้ช้าลงได้ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถช่วยลดค่ารักษาพยาบาลให้ประเทศชาติได้อย่างมหาศาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการตนเองโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก่อน และหลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง

จากผลการศึกษาในกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และทำให้ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง ส่งผลให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน[6-9]

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้คือมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) มากกว่าร้อยละ 7 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลนาดูน มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566 จำนวน 32 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือด 2. มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลนาดูนอย่างต่อเนื่อง 3. อายุ 35 ปี ขึ้นไปที่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ 4. มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมากกว่าร้อยละ 7 5. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมที่รุนแรง 6. สามารถพูด/สื่อสาร อ่านออก เขียนภาษาไทยได้ สื่อสารทางโทรศัพท์ทางไลน์ได้ 7. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดโปรแกรม, เกณฑ์คัดออก 1. เกิดภาวะเจ็บป่วยในขณะเข้าร่วมกิจกรรม 2.ขาดการเข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้งขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่ปรับปรุงมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา มีรายละเอียดดังนี้

1.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาบในเลือด สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา โรคร่วมที่พบ ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านการรับประทานอาหารจำนวน 20 ข้อ โดยมีคำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติเกือบทุกวัน ปฏิบัติบางวัน และไม่ปฏิบัติ คะแนนเต็ม 60 คะแนน เกณฑ์การประเมินผู้ศึกษาได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ส่วนโดยพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับอิงเกณฑ์ที่ประยุกต์จากแนวคิดของบลูม (Bloom,1970)[10] คือระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (48-60 คะแนน) ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (36-47 คะแนน) ระดับต่ำ ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-35 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ โดยมีคำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติเกือบทุกวัน ปฏิบัติบางวัน และไม่ปฏิบัติ คะแนนเต็ม 30 คะแนน เกณฑ์การประเมิน ผู้ศึกษาได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ส่วนโดยพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับอิงเกณฑ์ที่ประยุกต์จากแนวคิดของบลูม

(Bloom,1970)[10] คือระดับสูงร้อยละ 80ขึ้นไป (24-30 คะแนน) ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (18-23 คะแนน) ระดับต่ำ ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-17 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ซึ่งได้จากการตรวจในทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานในวันที่ทำการศึกษาสัปดาห์ที่ 1 และ มีการประเมินซ้ำอีกในสัปดาห์ที่ 12 โดยลงบันทึกค่าน้ำตาลลงในตาราง

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยมีข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (5คะแนน) พึงพอใจระดับมาก (4 คะแนน) พึงพอใจระดับปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจระดับน้อย (2 คะแนน) พึงพอใจระดับน้อยที่สุด (1คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด, ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับมาก, ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย, ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด นำไปหาความตรงด้านเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.85 และมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน มีค่าความเที่ยง 0.80

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 รูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[5] 6 ขั้นตอน 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนปฏิบัติ

2.2 คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ความรู้เรื่อโรคเบาหวาน อาหาร/อาหารแลกเปลี่ยนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน การใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การจัดการตนเองที่ง่ายและสามารถทำได้ที่บ้าน

2.3 แบบบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้บันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือด 2 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย

2.4 สื่อการสอนเรื่องอาหารแลกเปลี่ยนเนื้อหาประกอบด้วย รายการอาหารแลกเปลี่ยนในกลุ่มต่างๆ และอาหารโซนสี เช่น โซนสีเขียว หมายถึงรับประทานได้ทุกวัน สีเหลือง หมายถึง เลือกรับประทานได้น้อยลง และสีแดง หมายถึง ควรงด/หลีกเลี่ยง

2.5 สื่อวิดีโอ เรื่องการออกกำลังกาย

2.6 โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Hos-XP

2.7 คลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม[4]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่พัฒนาขึ้นคือโปรแกรมการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) กับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.85 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ได้รับการแก้ไขเหมาะสม นำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลนาดูนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) ข้อมูลส่วนบุคคลและด้านสุขภาพวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C)ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในสถิติทดสอบ Paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลนาดูน วันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2565 เลขที่

จริยธรรมวิจัย ND 03 /2022 ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกว่าไม่สะดวก

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

การวิจัยนี้ประกอบด้วยการดำเนินงาน 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะติดตามผล และประเมินโครงการ

1. ระยะเตรียมการ (มิถุนายน - กรกฎาคม 2565) ดำเนินการขออนุญาตทำวิจัยในองค์กรเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลนาดูน พิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เอกสารรับรองเลขที่ ND03/65 ให้ไว้ ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2565 หลังจากนั้นได้เตรียมทีมสุขภาพที่จะร่วมดำเนินงานคือ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่คลินิกโรคเบาหวาน เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย และอสม.ประจำหมู่บ้าน รวมทั้งหมด 20 คน มีการประชุมทีมวิจัยเพื่อร่วมกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย สร้างความเข้าใจในกรอบของการทำงานวิจัย และหารือแนวทางดำเนินงานเพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจตรงกันในบทบาทหน้าที่ในการทำวิจัย จัดหาทรัพยากรที่จำเป็นในการวิจัย การจัดเตรียมและทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะดำเนินการ แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสภาพปัญหาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย ทบทวนข้อมูล/ปัญหา ของผู้ป่วย สัมภาษณ์และใช้แบบสอบถาม จากนั้นสำรวจผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลนาดูนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการ ระหว่างเดือน สิงหาคม-กันยายน 2565

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบดำเนินการวางแผนสร้างรูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยประยุกต์จากแนวคิดของ Creer[5] มี 6 ขั้นตอน คือ 1.Goal selection 2. Information collection 3.Information processing and evaluation 4. Decision 5. Action และ 6. Self- reaction ออกแบบกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น และสังเคราะห์รูปแบบเพื่อนำมาร่างชั่วคราวโดยให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการร่างรูปแบบดังกล่าว จัดทำในเดือนตุลาคม 2565

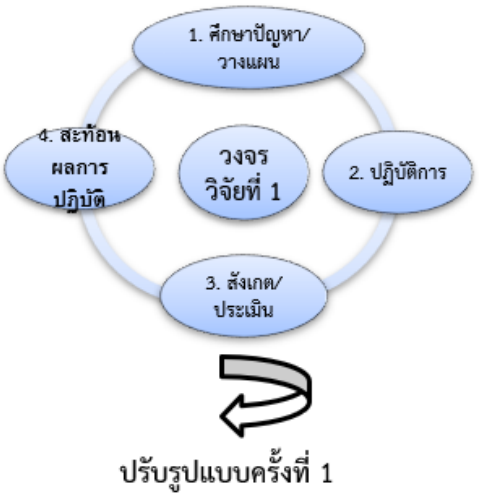
ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเองโดยการปฏิบัติตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการในแต่ละวงจรประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) การปรับปรุงแผน และประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะด้วยการสนทนากลุ่ม มีการกำหนดกิจกรรม 6 ครั้ง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ คัดเลือกกลุ่มที่จะเข้าร่วมโครงการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) ทดลองใช้รูปแบบโดยใช้แบบแผนการทดลองกลุ่มเดียว วัดผลหลังใช้รูปแบบ ดำเนินการทดลองตามรูปแบบ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2565 - มกราคม 2566

3. ระยะติดตามและประเมินผล ผู้วิจัยติดตามผลข้อมูลการดำเนินงานเป็นระยะทุก 1 เดือน โดยการติดตามทางโทรศัพท์ และการเข้าตรวจตามแพทย์นัดทุก 1 เดือน ติดตามสนับสนุนการใช้รูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2565 - มกราคม 2566 ด้วยการประเมินแบบวัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย แบบประเมินความพึงพอใจ การตรวจเลือดเพื่อหาค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ซ้ำในสัปดาห์ที่ 12 รวมไปถึงการจัดสนทนากลุ่มย่อย จำนวน 10-16 คน จำนวน 2 กลุ่มย่อย เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง 3 เดือน

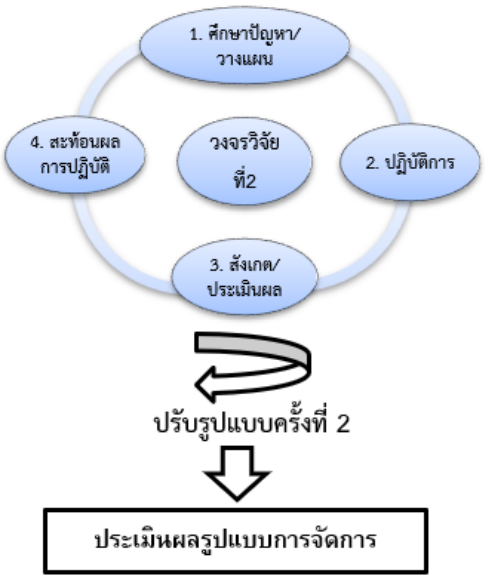
โดยผู้วิจัยเปรียบเทียบกับความคาดหวัง สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุงและนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์และปรับรูปแบบจนเป็นที่พึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องและทำการประเมินพฤติกรรมในการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งเข้าร่วมโครงการวิจัยเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ และทำการสรุปผลการพัฒนารูปแบบที่ศึกษาดังแผนภูมิที่ 2

ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการจัดการตนเองวงรอบที่ 1 (พฤศจิกายน 2565)

รูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยน



ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการจัดการตนเองวงรอบที่ 2 (ธันวาคม 2565 - มกราคม 2566)



ผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ นำเสนอตามระยะของงานวิจัย ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ แบ่งเป็น 2 ส่วน

1.1 ข้อมูลทั่วไป หลังสิ้นสุดการใช้การเก็บข้อมูลจากข้อมูลคุณลักษณะของประชากรกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.13, อายุเฉลี่ย 54.27 ปี อายุต่ำสุด 38 ปี, อายุสูงสุด 69 ปี, ร้อยละ 88.57 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 96.78 นับถือศาสนาพุทธ, ร้อยละ 60.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6, ร้อยละ 68.58 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้เฉลี่ย 6,500 บาท/เดือน รายได้ต่ำสุด 3,000 บาท/เดือน รายได้สูงสุด15,000 บาท/เดือน, ร้อยละ 71.50 รับการรักษาโรคเบาหวานและมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 5-10 ปี, ร้อยละ 10 มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI อยู่ในช่วง 18-24.918)

1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลของการสนทนากลุ่ม Focus group พบว่า ประเด็นในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ในเรื่องของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

ประเด็นที่พบ	ตัวอย่างคำพูด
รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ไม่ตรงเวลา และรับประทานเพียงวันละ 1-2 มื้อ โดยจะเน้นมื้อเย็นเป็นหลัก	- ชอบรับประทานข้าวเหนียว ถ้าให้รับประทานข้าวสวยคงไม่มีแรงทำงาน - ก็พยายามคุมอาหารแล้วนะ แต่ไม่รู้ทำไมน้ำตาลจึงขึ้นมาอีก ก็รับประทานอาหารปกติ - เมื่อรู้สึกหิว ใจสั่น เหงื่อออกจะทานน้ำตาล น้ำหวาน และลูกอม เพราะกลัวจะช็อค - ชอบกินกล้วยน้ำหว้า มะขามหวานกับข้าวเหนียว - ชอบดื่มน้ำอัดลมแทนน้ำเปล่า เพราะมันสดชื่นและมีแรงดี - ชอบทานผลไม้ตามฤดูกาล เช่น น้อยหน่า เงาะ ทุเรียน เพราะมีเยอะและราคาถูก - รู้สึกท้อแท้ที่ระดับน้ำตาลสูงขึ้น บางคนบอกว่าตนคุมอาหารทุกอย่างแล้ว แต่ทำไมน้ำตาลยังไม่ลดสักที เมื่อสอบถามในการเล่าถึงการดำเนินชีวิตประจำวันพบว่าบางคนอดอาหาร หรือรับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ - เป็นพ่อค้าที่ขายของในตลาดสด ต้องตื่นเวลา 03.00 น จะกินกาแฟและ เอ็ม-100 ทุกวันจะได้ไม่ง่วงนอน
การออกกำลังกายไม่เพียงพอ/ไม่ถูกต้อง	- ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ต้องทำงานตลอดทั้งวัน - ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะปวดเอว ไม่รู้มาก่อนว่าการออกกำลังกายช่วยให้น้ำตาลลดลงได้ - ออกแรงทำงานประจำวันถือว่าเป็นการออกกำลังกายแล้ว

2. ระยะดำเนินการวิจัย แนวคิดของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

2.1 ผู้วิจัยเลือกที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยประยุกต์แนวทางการจัดตนเองของผู้ป่วยเบาหวานตามแนวคิดของ Creer[5]

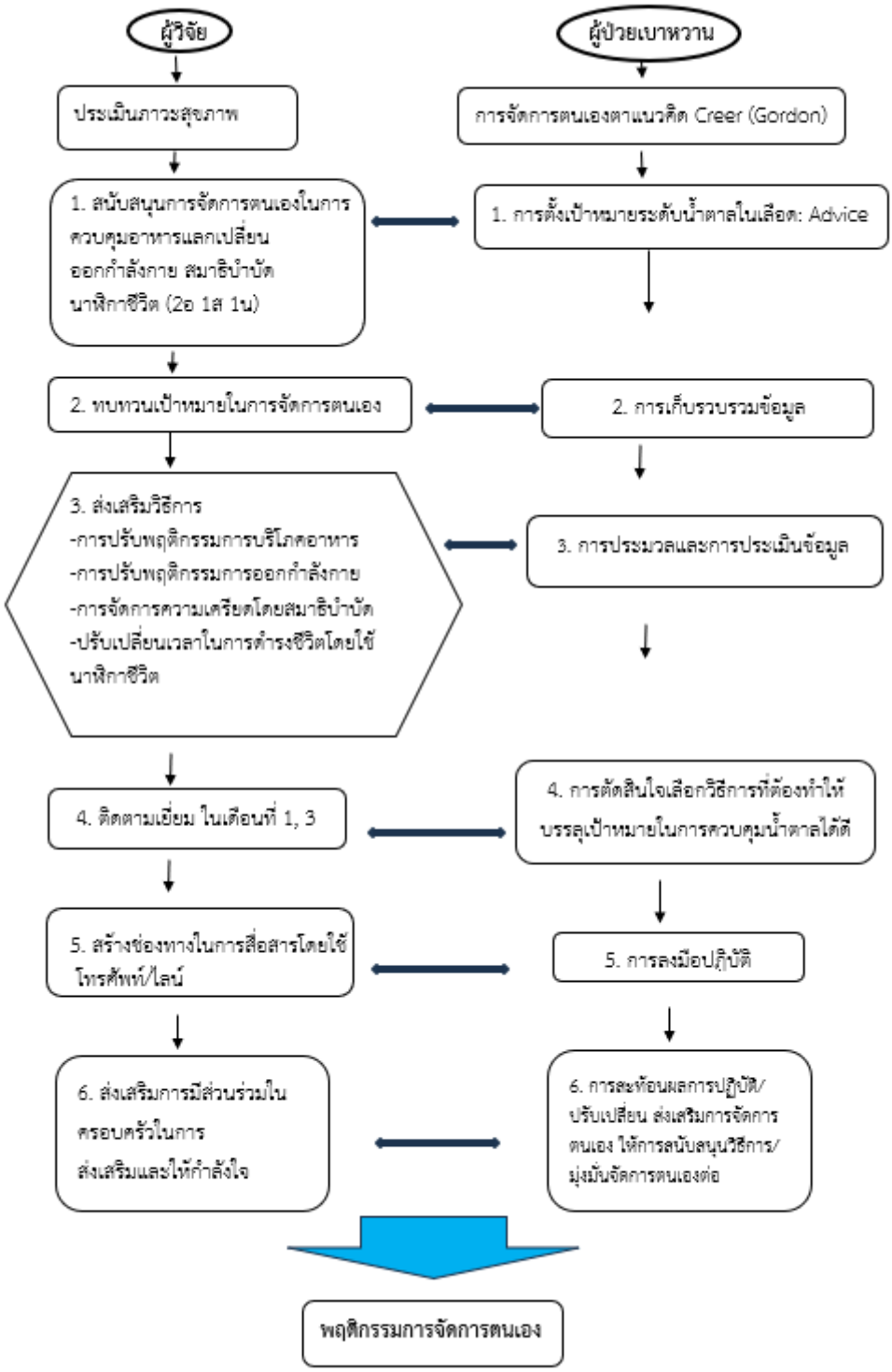
2.2 วางแผนรูปแบบ จัดกิจกรรมที่จะเข้าร่วมซึ่งมี 6 กิจกรรม (12ครั้ง) โดยการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาดูน พร้อมกับให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้มีโอกาสได้เลือกคิด และตัดสินใจที่จะเลือกปัญหาใดเริ่มปรับพฤติกรรมเป็นอันดับแรก

2.3 เลือกประสบการณ์การเรียนรู้ที่ช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ โดยให้ 1. อาหารแลกเปลี่ยน เพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาล โดยการบรรยายพร้อมสาธิตการเลือกประเภทอาหาร และให้ผู้ป่วยกำหนดอาหาร /คำนวณแคลอรี่ ที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและปรับให้เหมาะสมตามนาฬิกาชีวิตและ Life Style Modification 2. การลดความตึงเครียดสอนการทำสมาธิบำบัด โดยใช้ SKT ท่าที่ 1, 2, 3 และ 5 ซึ่งจะช่วยลดน้ำตาลในเลือดได้ดี 3. ส่งเสริมการออกกำลังกาย สอนโดยการบรรยายและฝึกปฏิบัติ 4. การประเมินภาวะสุขภาพในภาวะความรุนแรงด้วยตนเองโดยใช้แบบประเมินของกอร์ดอน

3. ระยะติดตามและประเมินผล

3.1 รูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นความร่วมมือของทีมวิจัย ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนาดูน อสม. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดย**ทีมผู้วิจัย**สนับสนุนการส่งเสริมการจัดการตนเอง มี6 ขั้นตอน ได้แก่ 1. ประเมินภาวะความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพร้อมกับร่วมตั้งเป้าหมายของการควบคุมระดับน้ำตาล 2. ทบทวนเป้าหมายการจัดการตนเองให้ผู้ป่วยเลือกเป้าหมายที่ต้องการปรับเปลี่ยน 3. ส่งเสริมและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย 4. ติดตามเยี่ยม 5. สร้างช่องทางการสื่อสาร 6. ส่งเสริมให้มีการสนับสนุนจากครอบครัว **สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน** มี 6 ขั้นตอน 1. การตั้งเป้าหมาย 2.การเก็บรวบรวมข้อมูล 3. การประมวลและการประเมินข้อมูล 4. การตัดสินใจเลือกวิธีการที่ต้องทำให้บรรลุเป้าหมายในการควบคุมน้ำตาลได้ดี 5. การลงมือปฏิบัติ และ 6. การสะท้อนผลการปฏิบัติ/ปรับเปลี่ยนวิธีการ/มุ่งมั่นจัดการตนเองต่อ ดังแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 3 รูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้



3.2 ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้

3.2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเอง แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและพฤติกรรมโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการฯก่อน และหลังด้วยสถิติ Paired t-test (n=32)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	n	Mean(SD.)	Mean diff.	(95%CI)	p
ด้านการรับประทานอาหาร					
- ก่อนใช้รูปแบบการจัดการตนเอง	32	78.84(2.749)	12.41	(11.06,13.75)	<.001
- หลังใช้รูปแบบการจัดการตนเอง	32	91.25(3.379)			
ด้านการออกกำลังกาย					
- ก่อนใช้รูปแบบการจัดการตนเอง	32	23.22(2.136)	5.03	(4.21,5.86)	<.001
- หลังใช้รูปแบบการจัดการตนเอง	32	28.25(3.090)			
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม					
- ก่อนใช้รูปแบบการจัดการตนเอง	32	102.06(3.943)	17.44	(10.93,23.95)	<.001
- หลังใช้รูปแบบการจัดการตนเอง	32	119.50(17.76)			

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้พบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านต่างๆเพิ่มขึ้นก่อนใช้รูปแบบการจัดการตนเอง (p<.001) โดยมีคะแนนการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นเท่ากับ 12.41 คะแนน (95%CI:11.058, 13.755), ด้านการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นเท่ากับ 5.03 คะแนน (95%CI:4.205, 5.858) และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม เพิ่มขึ้นเท่ากับ 17.44 คะแนน (95%CI:10.93, 23.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2.2 ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการฯ พบว่าก่อนเข้าร่วมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)
ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเอง (n=32)

ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1C)	n	Mean(SD.)	Mean diff.	(95%CI)	p
ก่อนใช้รูปแบบการจัดการตนเอง	32	7.84(0.619)	-0.90	(-1.069, -0.740)	0.001
หลังใช้รูปแบบการจัดการตนเอง	32	6.93(0.407)			

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเอง พบว่า หลังใช้รูปแบบการจัดการตนเองผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงเท่ากับ -0.90 (-1.069, -0.74) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

3.2.3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแล ต่อการเข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่ามีความพึงพอใจ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.97, SD.=0.18) และความพึงพอใจโดยรวมระดับมากที่สุด (Mean=4.93, SD.=0.25) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแล ต่อการเข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเอง

รายการ	Mean(SD.)	แปลผล
1. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเต็มใจ ยินดี กระตือรือร้น	4.93(0.25)	มากที่สุด
2. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว	4.93(0.25)	มากที่สุด
3. เจ้าหน้าที่แจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการให้บริการอย่างชัดเจน	4.92(0.28)	มากที่สุด
4. สามารถสอบถามหรือขอคำแนะนำต่อการบริการต่างๆ ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว	4.93(0.25)	มากที่สุด
5. ความสะดวกในการประสานงานการรักษา	4.93(0.25)	มากที่สุด
6. การจัดลำดับขั้นตอนการบริการตามสภาพการเจ็บป่วย	4.93(0.25)	มากที่สุด
7. การดูแลเอาใจใส่และการมีจิตสำนึกในการให้บริการ	4.97(4.97)	มากที่สุด
8. แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา	0.18(0.18)	มากที่สุด
9. แพทย์มีความสนใจในการตรวจรักษาผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาเป็นอย่างดี	4.93(0.25)	มากที่สุด
10. พยาบาลมีความสนใจในการดูแลผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาเป็นอย่างดี	4.95(0.22)	มากที่สุด
โดยรวม	4.93(0.25)	มากที่สุด

การอภิปรายผลการศึกษา

1. เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการตนเอง พบว่ามีคะแนนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการ

ออกกำลังกาย และพฤติกรรมโดยรวมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มนี้ได้เข้าร่วมโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมต่างๆขึ้น ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ความรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทัศนคติที่ดีต่อการอยากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยมีต้นแบบมาพูดคุยให้คำแนะนำประสบการณ์เกี่ยวกับการควบคุมน้ำตาลในเลือดประสบผลสำเร็จ และให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายเป็นรายบุคคล เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้การจัดการตนเองและสร้างความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้ การจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของ Creer[5] กล่าวว่า การนำทฤษฎีการจัดการตนเองมาปรับใช้มีผลต่อการทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งการดำเนกิจกรรมประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย, การเก็บรวบรวมข้อมูล, การประมวล และการประเมินข้อมูล, การตัดสินใจ ,การลงมือปฏิบัติ, การสะท้อนตนเอง, การติดตามตนเองจากพฤติกรรมของตนเอง, การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยใช้ความรู้ในการเข้ากลุ่ม และมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายทางโทรศัพท์ ทางกลุ่มไลน์ เป็นระยะๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดารารัตน์ อุ่มบางตลาด และศตกมล ประสงค์วัฒนา[11], สาวิตรี นามพะธาย[6], สุชาดา พวงจำปา และคณะ[12], จำเนียร พรประยุทธ และคณะ[13] อภิชาต ศรีสมบัติ และคณะ[14]

2. เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่าก่นใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ทั้งนี้เพราะว่าผลของการใช้รูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เพิ่มขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องในการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและทำให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ จำเนียร พรประยุทธ และคณะ[13], มนตรี คำรังสี และ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์[8], อภิชาต ศรีสมบัติ และคณะ[14], ปรางค์ บัวทองคำวิเศษ และคณะ[9]

3. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้นหลังจากได้เข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่ามีความพึงพอใจ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาดูน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และสามารถจัดการกับโรคได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง

2. ควรนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้กับโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดผิดปกติ และนำไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในระยะเวลา 1 ปี ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลต่อค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในระยะยาวหรือไม่และเป็นการทดสอบความคงทน และต่อเนื่องของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร และออกกำลังกาย

2. นำรูปแบบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาต่อยอดการศึกษาวิจัยในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ทำการทดลองและพัฒนาไปหลายๆ ครั้งจนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน และสามารถนำไปสู่การควบคุมโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบของโรค (DM remission) ต่อไป

3. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยมุ่งทำความเข้าใจในบริบทและวิถีการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานและการออกกำลังกายเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการ

จัดการบริการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานให้เหมาะสมตามบริบทและวิถีชีวิตของคนพื้นถิ่นแบบยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยและคณะวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาดูนที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือให้ข้อคิดเห็นฯและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผลสำเร็จของการดำเนินงาน เกิดจากความร่วมมือเป็นอย่างดีของทีมสหวิชาชีพ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน รวมถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมจนทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตลอดการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกๆ ท่าน มา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. Wattanayingchareon S. Mohanamai Diabetic Patients. Mohanamai. 2000,9(4):17-32.
2. WDD 2013-DIABETES: PROTECT OUR FUTUR [Internet]. [cited 2013 Sep 23]. Available from: URL:http://idf.org/our-activities/advocacy-awareness/diabetes-on-the-global-agenda.html.
3. Department of Disease Control. Non-communicable diseases data [Internet]. Nonthaburi: Beareau of Non-Communicable Disease; 2010 [cited 2019 Mar 1]. Available from: http://www.thaincd.com/information-ststistic/non-communicable-disease-data.php
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. คลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดมหาสารคาม. คลังข้อมูลสุขภาพ: Health Data Center (HDC) จังหวัดมหาสารคาม; 2565.
5. Creer L T. Self-management of chronic illness. Handbook of self-regulation. California: Academic. 2000:601-629.
6. สาวิตรี นามพะธาย. ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2561.
7. อารีย์ เสนีย์. บทความวิชาการ เรื่องโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(2):129-34.
8. มนตรี คำรังสี, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่. วารสารของโรงพยาบาลสกลนคร. 2556;16(1):43-54.
9. ปรางค์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, สุทธีพร มูลศาสตร์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก๊อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย.วารสารพยาบาลตำรวจ. 2560;8:105-16.
10. Bloom B S. Taxonomy of education objectives handbook I: cognitive domain (7thed). New York: David Makay; 1972.
11. ดารารัตน์ อุ่มบางตลาด, ศตกมล ประสงวัฒนา. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้มต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU อ.บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา. วารสารการพยาบาลสารณสุขและการศึกษา. 2558;3(3):11-23.
12. สุชาดา พวงจำปา, กาญจนา พิบูลย์, วัลลภ ใจดี, เกษม ใช้คล่องกิจ. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวนก้าวเดิน และ ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารแพทย์นาวี. 2560;17(2):275-300.
13. จำเนียร พรประยุทธ, ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, สมสมัย รัตนกรีฑากุล. ผลของโปรแกรมการชี้แนะต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม

ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;8:60-9.

14. อภิชาต ศรีสมบัติ, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วิมลรัตน์ ภู่วราพุฒิพานิช, สุพรรณี จิรจริยาเวช. ผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่มต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2559.

ผลลัพธ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV/AIDS โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด

Outcomes and Factors Related to Antiretroviral Therapy in HIV/AIDS Patients Phonsai Hospital, Roi-Et Province

วัชรานันท์ เกษโข* คนึงนิตย์ อาจพรม**

Watcharanan Keskho, Kanuengnit Artprom

Corresponding author: E-mail: tammyw194@gmail.com

(Received: December 20, 2023; Revised: December 27, 2023; Accepted: January 31, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการรักษา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV/AIDS โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 103 คน ทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โปรแกรม NAP plus และแบบบันทึกการบริบาลเภสัชกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด Fisher Exact Test และ Spearman Rank Correlation Coefficient

ผลการวิจัย : ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.50 เป็นเพศหญิง ค่ามัธยฐานของอายุ 52 ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 50.48 ได้รับยาสูตรแรกร้อยละ 99.02 ระยะเวลาของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีค่ามัธยฐาน 17 ปี ค่าเฉลี่ยของปริมาณ CD_4 เท่ากับ 483.04 cells/mm3 และระดับของ Viral load ที่ระดับ < 50 copies/ml ร้อยละ 90.30 ผลของการทดสอบความสัมพันธ์พบว่า เพศ สูตรยาที่ป่วยได้รับ การติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเชื้อดื้อยา ระยะเวลาของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในส่วนของระดับ CD_4 และพบว่า สูตรยาที่ป่วยได้รับ การติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเชื้อดื้อยา และความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในส่วนของระดับ Viral Load ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปและข้อเสนอแนะ : โดยสรุปผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นไปตามแนวทางการรักษาในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ สูตรยาที่ป่วยได้รับ การติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเชื้อดื้อยาและความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งในส่วนของระดับ CD_4 และระดับ Viral Load ดังนั้นเภสัชกรและทีมสหวิชาชีพควรดูแลรักษาตามแนวทาง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยามากยิ่งขึ้น เพื่อผลการรักษาที่ดีและเป็นการป้องกันการเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยในอนาคต

คำสำคัญ : ยาต้านไวรัส; โรคเอดส์; ความสัมพันธ์

*, ** เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทราย

ABSTRACT

Purposes : To study the results of treatment and factors related to the results of antiretroviral treatment in patients infected with HIV/AIDS in Phonsai Hospital, Roi-Et Province.

Study design : Retrospective descriptive study.

Materials and Methodes : The sample group consisted of 103 HIV/AIDS infected patients who met the inclusion criteria. Data were collected from patient medical records, the NAP plus program and pharmaceutical care records. Data were analyzed with using frequency, percentage, median, maximum, minimum, Fisher Exact Test and Spearman Rank Correlation Coefficient**.**

Main findings : The results of the study found that 51.50% of the sample were female. The median age was 52 years. 50.48% had marital status, 99.02% received the first drug regimen. The median duration of antiretroviral therapy was 17 years. The average CD_4 count was 483.04 cells/mm3 and the level of viral load at the level < 50 copies/ml was 90.30%. The results of the correlation test found that gender, drug regimen, opportunistic infections or drug-resistant, duration of antiretroviral therapy and adherence were related to the results of antiretroviral treatment in terms of CD_4 levels. Drug regimen, opportunistic infections or drug-resistant and adherence were related to the results of antiretroviral treatment in terms of viral load level at the statistical significance level of .05.

Conclusion and recommendations : In conclusion, the results of antiretroviral therapy were in accordance with the treatment guidelines. In terms of related factors; drug regimen, opportunistic infections or drug-resistant and adherence were related to the results of antiretroviral therapy in terms of both CD_4 and viral load levels. Therefore, pharmacists and multidisciplinary teams should provide care according to guidelines and encourage patients to have greater adherence for good treatment results and preventing the opportunistic infection or drug-resistant to the patients in the future.

Keywords : Antiretroviral drugs; AIDS; Correlation

*, ** Pharmacist; Professional Level, Phonsai Hospital

บทนำ

โรคเอดส์ (Acquired immunodeficiency syndrome: AIDS) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญสำหรับวงการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศและเป็นปัญหาระดับโลก เพราะเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่ระบาดอยู่ในประเทศต่างๆ ทั่วโลกและในปัจจุบันยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ มีเพียงยาที่ช่วยพยุงชีวิตผู้ติดเชื้อให้มีชีวิตอยู่ไปให้นานที่สุด โดยผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อจะเป็นพาหะของไวรัสเอดส์ไปตลอดชีวิต รายงานจากโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) พบว่า ในปี ค.ศ.2022 ผู้มีเชื้อ HIV ทั่วโลกสะสม 39 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ 1.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ไปแล้ว 680,000 คน[1] และจากการคาดประมาณสถานการณ์การระบาดของ HIV ประเทศไทยปี พ.ศ.2565 คาดว่าผู้ติดเชื้อ HIV ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 560,000 คน มีผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่จำนวน 9,200 คน และมีผู้ติดเชื้อ HIV ที่เสียชีวิตอันเนื่องจากเอดส์ จำนวน 11,000 คน[2] ในปี พ.ศ.2549 รัฐบาลไทยประกาศบรรจุบริการยาต้านไวรัส HIV เป็นหนึ่งในชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้งบประมาณรายปีของรัฐบาลสนับสนุนบริการ นอกจากนั้นยังจัดตั้งคลินิกดูแลผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาล และสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อในการรักษา[3] ต่อมาได้มีการวางแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ.2573 โดยตั้งเป้าลดการติดเชื้อ HIV รายใหม่ไม่เกิน 1,000 รายต่อปี รวมทั้งลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อ HIV เหลือไม่เกิน 4,000 รายต่อปี และขจัดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วย AIDS และเพศสภาวะลง การให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสในประเทศไทยได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง จากโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย AIDS ระดับชาติ ซึ่งได้ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย AIDS มีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างครอบคลุมและขยายขอบเขตการให้บริการไปยังสิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการ รวมถึงกองทุนอื่นๆที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมทั้งประเทศ สาเหตุของการเสียชีวิตมักเกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ซึ่งการติดเชื้อ HIV เป็นสิ่งคุกคามที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเป็นอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

โรค AIDS มาถึงประเทศไทยครั้งแรกในปี พ.ศ.2537 และจากการที่ประเทศไทยได้ประกาศเป้าหมายล่าสุดในการยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ.2573 ที่มุ่งเน้นในการเพิ่มประสิทธิผลการป้องกันจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (Treatment as Prevention) เป็นการผสมผสานการรักษาและการป้องกัน โดยประโยชน์จากการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV จะช่วยป้องกันการถ่ายถอดเชื้อ HIV ไปสู่คู่สัมผัสรวมถึงการป้องกัน ส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องตั้งแต่การเข้าถึง การเข้าสู่บริการ การตรวจหาเชื้อ HIV การรักษาด้วยยาต้านไวรัสและการคงอยู่ในระบบการรักษา (Reach – Recruit – Test – Treat – Retain: RRTTR) โดยมีการกำหนดเป้าหมาย “90 – 90 – 90” กล่าวคือ ร้อยละ 90 ของ ผู้ติดเชื้อ HIV รับทราบสถานะการณ์การติดเชื้อของตนเอง ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ได้รับการวินิจฉัยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ได้รับยาต้านไวรัสสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ จากรายงานสถานการณ์ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน “90 – 90 – 90” ของประเทศไทยในปี พ.ศ.2562 มีผลลัพธ์ที่ 97 – 82 – 86 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ายังไม่บรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะ 90 ที่ 2 และ 90 ที่ 3 นับเป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับระบบบริการสุขภาพที่จำเป็น ต้องพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ให้สามารถเริ่มยาต้านไวรัสโดยเร็ว คงอยู่ในระบบการรักษา และเพิ่มการกดไวรัสได้สำเร็จตามเกณฑ์เป้าหมายการยุติเอดส์ ลดการรังเกียจและการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากการติดเชื้อ HIV/AIDS และเพศภาวะ[4] ในปัจจุบันผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างน้อย 3 ชนิดร่วมกันและต่อเนื่องไปตลอดชีวิต โดยมีเป้าหมายในการลดระดับปริมาณไวรัสในร่างกาย (Viral load) ให้อยู่ในระดับต่ำที่สุดหรือจนเครื่องตรวจวัดไม่สามารถระบุจำนวน

ปริมาณ HIV RNA ได้ แต่การจะที่ผู้ป่วยจะมีปริมาณไวรัสในร่างกาย (Viral load) อยู่ในระดับต่ำที่สุดนั้นผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตรงเวลาและสม่ำเสมอมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษา และไม่คลาดเคลื่อนเวลาที่กำหนดเกิน 30 นาที จึงจะมีความสามารถในการกดเชื้อไวรัสเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5] ดังนั้นในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ได้ผลดีจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกับผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา สม่ำเสมอ ขณะเดียวกันทีมสหสาขาวิชาชีพจะต้องมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผลการรักษาที่ดี ไม่เกิดการดื้อต่อยา ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือกลับมาเป็นซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรม ผลการรักษาผู้ป่วยที่เริ่มยาต้านไวรัสรายใหม่ ในคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลวาปีปทุม เมื่อพิจารณาจากค่า CD4 หลังรับประทานยาไปแล้วอย่างน้อย 1 ปี พบว่าระดับ CD4 มากกว่า 200 cells/mm3 จากก่อนเริ่มรับประทานยาร้อยละ 42.86 หลังรับประทานยาเพิ่มเป็นร้อยละ 82.86 ค่า viral load น้อยกว่า 50 copies/ml ร้อยละ 86.11[6] ผลการศึกษาข้อมูลด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าการใช้ยาต้านไวรัสในการรักษาส่วนใหญ่เป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ.2557 ซึ่งมีข้อแนะนำให้ใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรแรกเป็น 2NRTIs + NNRTI โดยการศึกษาในผู้ป่วย 255 ราย ไม่เกิดภาวะล้มเหลวในการรักษาด้านไวรัส ร้อยละ 82.80[7] การวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผลการวิจัยพบว่าการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มประชากรมีอัตราค่อนข้างคงที่ จากร้อยละ 1.86 ในปี พ.ศ.2556 เป็นร้อยละ 1.5 ในปี พ.ศ.2560 และพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้เข้าสู่ระบบบริการของโรงพยาบาล จำนวน 6,096 คน ระดับ CD4 ของผู้ป่วยก่อนรับยาต้านไวรัสมีค่ามัธยฐาน CD4 อยู่ที่ 237 cells/mm^3 ซึ่งสูงกว่าของระดับประเทศที่อยู่ที่ 194 cells/mm^3 สูตรยาต้านไวรัสที่ผู้ป่วยได้รับพบว่าเริ่มด้วยยาสูตรแรก คือ GPO-VIR ทุกรายจนถึงปี พ.ศ. 2560 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสรายใหม่จะได้รับยา TEEVIR ซึ่งยาทั้ง 2 สูตรให้ผลการรักษาที่ดีสามารถกดไวรัสลงได้ต่ำกว่า 50 copies/ml และมีเพียงร้อยละ 8 ที่การรักษาไม่ได้ผล[8] ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จทางไวรัสในการรักษาโดยการให้ยาต้านไวรัส ประกอบด้วยปัจจัย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพ การสมรส สูตรยาต้านไวรัส การติดเชื้อฉวยโอกาส ความร่วมมือในการใช้ยา[7,9-10]

โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 จำนวน 30 เตียง ได้มีการจัดตั้งคลินิกเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2545 และได้มีการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพบริการโดยสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูล พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ที่ขึ้นทะเบียนกับคลินิกสะสมจำนวน 232 คน เสียชีวิตสะสม 41 ราย มาติดตามการรักษา 141 คน ส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่น 19 คน ขาดการรักษา 22 คน และไม่ทราบข้อมูล 9 คน การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV/AIDS ต้องอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ อย่างไรก็ตามยังคงพบว่า มีผู้ป่วย HIV/AIDS จำนวนเพิ่มขึ้นและผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ป่วยบางคนยังไม่อยู่ในระดับที่น่าพึงพอใจ ทั้งนี้เนื่องจากมีเหตุผลหรือปัจจัยหลายๆ อย่างที่มีส่วนส่งผลต่อผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาผลลัพธ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV/AIDS โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการรักษาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV/AIDS โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลโพนทราย และได้รับการขึ้นทะเบียนในโปรแกรม NAP Plus และ NAP Web Report โรงพยาบาลโพนทรายตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป อยู่ในสถานะติดตามการรักษา จำนวน 141 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลโพนทราย และได้รับการขึ้นทะเบียนในโปรแกรม NAP โรงพยาบาลโพนทราย โดยมีระยะเวลาของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่น้อยกว่า 1 ปีขึ้นไป จำนวน 103 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มจากประชากรด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยมีขั้นตอนของการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) คำนวณขนาดตัวอย่างที่ต้องการใช้ในการวิจัย โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง กรณีที่จำนวนประชากรมีขนาดเล็กและทราบจำนวนประชากร[11] ซึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{N\chi^2\rho(1-\rho)}{e^2(N-1)+\chi^2\rho(1-\rho)}$$

เมื่อ n = จำนวนขนาดตัวอย่างที่ต้องการวิจัย

N = จำนวนประชากร คือ ผู้ป่วย HIV/AIDS ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและได้ทำการขึ้นทะเบียนในโปรแกรม NAP โรงพยาบาลโพนทรายแล้ว จำนวน 141 คน

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df=1 และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95%, χ^2 = 3.841

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อน =0.05

ρ = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้กำหนด ρ = 0.5

แทนค่าต่างๆลงในสูตร

n = 141(3.841) {0.5(1-0.5)} / 0.052 (141 - 1) + (3.841) {0.5(1-0.5)}

= 102.33

ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ค่า n = 103 เป็นจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

2) คำนวณหาระยะห่างของการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรในการคำนวณ[12] ดังนี้

I = N / n

เมื่อ I คือ ระยะห่าง

N คือ จำนวนประชากรทั้งหมด

n คือ ขนาดตัวอย่าง

แทนค่าต่างๆลงในสูตร ได้ I = 1.37 ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ค่า I = 2 ในการสุ่มตัวอย่าง

3) ทำการสุ่มหาตัวอย่าง โดยจากการคำนวณได้ช่วงระยะห่างของตัวอย่าง เท่ากับ 2 จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จากเลข NAP number โรงพยาบาล ของผู้ป่วยที่ได้เรียงลำดับจากน้อยไปมากเอาไว้แล้ว สุ่มอย่างง่ายเพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้นของตัวอย่างแรกซึ่งการวิจัยในครั้งนี้สุ่มได้ตำแหน่งที่ 2 เป็นตำแหน่งเริ่มต้น เมื่อได้ตำแหน่งเริ่มต้นแล้วก็เลือกตัวอย่างในลำดับถัดไป (2, 4, 6, +....., + In+2) จนได้ตัวอย่างครบตามที่ต้องการ คือ 103 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบเก็บข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร 2) แบบบันทึกการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยคลินิกดอกกุหลาบ โรงพยาบาลโพนทราย 3) โปรแกรม HosXp 4) โปรแกรม NAP plus 5) โปรแกรม NAP Web Report และ 6) โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลต่างๆ ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา การประเมินระดับความร่วมมือในการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผลการรักษา

ด้วยยาต้านไวรัส ในแบบเก็บข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและแบบบันทึกการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยคลินิกดอกกุหลาบ โรงพยาบาลโพนทราย ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและข้อมูลอื่นๆ ศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่บันทึกลงในโปรแกรม HosXp โปรแกรม NAP plus และโปรแกรม NAP Web Report โดยขอความอนุเคราะห์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนทรายในการเก็บข้อมูลวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ รายงานผลข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และสิทธิในการรักษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด รายงานผลข้อมูลคุณลักษณะทางคลินิก ได้แก่ สูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ระดับของ CD4 และระดับของ Viral Load) ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัส และการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเชื้อดื้อยา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่เป็นตัวแปรนามสเกล (Nominal scale) และตัวแปรอันดับสเกล (Ordinal scale) กับตัวแปรตามคือผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีระดับการวัดเป็นอันดับสเกล (Ordinal scale) โดยใช้สถิติ Chi-square หรือ Fisher Exact Test ใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation หรือสถิติ Spearman Rank Correlation Coefficient ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามที่ละคู่ในกรณีตัวแปรทั้ง 2 มีระดับการวัดไม่ต่ำกว่าช่วงสเกล (Interval scale) หรืออัตราส่วนสเกล (Ratio scale)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE1072565

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 ส่วน คือคุณลักษณะส่วนบุคคลและคุณลักษณะทางคลินิก พบว่าเป็นเพศหญิง (51.46%) มีอายุอยู่ระหว่าง 19 - 76 ปี (ค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 52 ปี) กลุ่มอายุระหว่าง 40 – 59 ปี มีจำนวนมากที่สุด (72.82%) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (60.19%) มีสถานภาพสมรส (50.48%) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (56.31%) และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (91.27%)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรแรกหรือสูตรพื้นฐานในการรักษา (99.02%) มีระยะเวลาของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป (78.64%) และมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาตั้งแต่ร้อยละ 95 ขึ้นไป (84.47%) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (n=103)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	50(48.54)
หญิง	53(51.46)
อายุ (ปี)	
< 20	1(0.97)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
20 – 39	11(10.68)
40 – 59	75(72.82)
≥ 60	16(15.53)
ค่ามัธยฐาน = 52 ปี, ต่ำสุด = 19 ปี, สูงสุด = 76 ปี	
อาชีพ	
เกษตรกร	62(60.19)
ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป	25(24.27)
พนักงานของบริษัทเอกชน	8(7.77)
พนักงาน/ข้าราชการหน่วยงานของรัฐ	2(1.94)
นักเรียน/นักศึกษา	1(0.97)
อื่นๆ	5(4.85)
สถานภาพการสมรส	
โสด	44(42.72)
สมรส	52(50.48)
หย่า/หม้ายหรือแยก	7(6.80)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	58(56.31)
ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	37(35.92)
ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า	3(2.92)
ระดับปริญญาตรี	5(4.85)
สิทธิในการรักษา	
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	94(91.26)
สิทธิข้าราชการ	4(3.88)
สิทธิประกันสังคม	5(4.85)
สูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับ	
ยาต้านไวรัสสูตรแรก	102(99.02)
ยาต้านไวรัสสูตรที่สาม	1(0.98)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
ระยะเวลาของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (ปี)	
< 1	2(1.94)
2 – 5	7(6.80)
6 – 10	13(12.62)
≥ 11	81(78.64)
ค่ามัธยฐาน = 17 ปี, ต่ำสุด = 1 ปี สูงสุด = 21 ปี	
การประเมินระดับของ Adherence	
85 – 94%	16(15.53)
≥ 95%	87(84.47)
ค่ามัธยฐาน = 97, ต่ำสุด = 90 สูงสุด = 100	

ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยวัดจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ค่าเฉลี่ยของปริมาณ CD_4 ของกลุ่มตัวอย่าง คือ 483.04 cells/mm3 (SD = 200.72) โดยปริมาณ CD_4 ที่ระดับตั้งแต่ 500 cells/mm^3 ขึ้นไป มีจำนวนมากที่สุด (46.60%) รองลงมาคือปริมาณ CD_4 ที่ระดับ 350 – 499 cells/mm^3 (26.21%) และปริมาณ CD_4 ที่ระดับ 200 – 349 cells/mm3 (20.39%) ตามลำดับ ส่วนปริมาณ CD4 ของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับน้อยกว่า 200 cells/mm^3 พบเพียง (6.79%)

ระดับของ Viral Load พบว่า ระดับของ Viral Load ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ระดับ < 50 copies/ml มีจำนวนมากที่สุด คือ จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 90.29 ส่วนระดับ 50 – 200 copies/ml และ > 200 copies/ml มีจำนวนเท่ากันคือกลุ่มละ 5 คน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (n=103)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับของ CD_4	
< 100 cells/mm^3	2(1.94)
100 – 199 cells/mm^3	5(4.85)
200 – 349 cells/mm^3	21(20.39)
350 – 499 cells/mm^3	27(26.21)
> 500 cells/mm^3	48(46.60)
ค่าเฉลี่ย = 483.04 (SD. = 200.72)	
ระดับของ Viral Load	
< 50 copies/ml	93(90.29)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จำนวน(ร้อยละ)
50 – 200 copies/ml	5(4.85)
> 200 copies/ml	5(4.85)
ค่ามัธยฐาน = 0 copies/ml, ต่ำสุด = 0 สูงสุด = 967,000	

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV/AIDS โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งในส่วนของคุณลักษณะส่วนบุคคลและคุณลักษณะทางคลินิก พบว่า เพศ สูตรยาที่ป่วยได้รับ การติดเชื้อฉวย โอกาสหรือเชื้อดื้อยา ระยะเวลาของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในส่วนของระดับ CD_4 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3 และ 5

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรกับผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในส่วนของระดับของ CD_4

ตัวแปร	ระดับของ CD_4 (cells/mm^3)						χ^2	p
	< 100	100-199	200-349	350-499	≥ 500	รวม		
เพศ								
ชาย	2 (4.0%)	3 (6.0%)	13 (26.0%)	18 (36.0%)	14 (28.0%)	50 (100%)	14.65	.005
หญิง	0 (0.0%)	2 (3.8%)	8 (15.1%)	9 (17.0%)	34 (64.2%)	53 (100%)		
อาชีพ							21.50	.368
เกษตรกร	2 (3.2%)	1 (1.6%)	11 (17.7%)	15 (24.2%)	33 (53.2%)	62 (100%)		
ค้าขาย/รับจ้าง	0 (0.0%)	2 (8.0%)	7 (28.0%)	6 (24.0%)	10 (40.0%)	25 (100%)		
พนักงานเอกชน	0 (0.0%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	3 (37.5%)	3 (37.5%)	8 (100%)		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับของ CD_4 (cells/mm^3)						χ^2	p
	< 100	100-199	200-349	350-499	≥ 500	รวม		
ข้าราชการ	0	1	0	1	0	2		
	(0.0%)	(50.0%)	(0.0%)	(50.0%)	(0.0%)	(100%)		
นักเรียน/นักศึกษา	0	0	1	0	0	1		
	(0.0%)	(0%)	(100%)	(0.0%)	(0.0%)	(100%)		
อื่นๆ	0	0	1	2	2	5		
	(0.0%)	(0.0%)	(20.0%)	(40.0%)	(40.0%)	(100%)		
สถานะภาพการสมรส							7.10	.525
โสด	2	2	12	11	17	44		
	(4.5%)	(4.5%)	(27.3%)	(25.0%)	(38.6%)	(100%)		
สมรส	0	3	8	15	26	52		
	(0%)	(5.8%)	(15.4%)	(28.8%)	(50.0%)	(100%)		
หย่า/หม้าย	0	0	1	1	5	7		
	(0%)	(0%)	(14.3%)	(14.3%)	(71.4%)	(100%)		
ระดับการศึกษา							15.96	.193
ประถมศึกษา	1	1	10	15	31	58		
	(1.7%)	(1.7%)	(17.2%)	(25.9%)	(53.4%)	(100%)		
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	1	2	10	9	15	37		
	(2.7%)	(5.4%)	(27.0%)	(24.3%)	(40.5%)	(100%)		
อนุปริญญา/เทียบเท่า	0	1	1	0	1	3		
	(0%)	(33.3%)	(33.3%)	(0%)	(33.3%)	(100%)		
ปริญญาตรี	0	1	0	3	1	5		
	(0%)	(20.0%)	(0%)	(60.0%)	(20.0%)	(100%)		
สิทธิในการรักษา							8.84	.356
หลักประกันสุขภาพ	2	5	18	24	45	94		
	(2.1%)	(5.3%)	(19.1%)	(25.5%)	(47.9%)	(100%)		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับของ CD_4 (cells/mm^3)						χ^2	p
	< 100	100 -199	200-349	350-499	≥ 500	รวม		
ข้าราชการ	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%))	1 (25.0%)	3 (75.0%)	4 (100%)		
ประกันสังคม	0 (0%)	0 (0%)	3 (60.0%)	2 (40.0%)	0 (0%)	5 (100%)		
สูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับ							50.99	<.001
สูตรแรก	1 (1.0%)	5 (4.9%)	21 (20.6%)	27 (26.5%)	48 (47.1%)	102 (100%)		
สูตรทางเลือก	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)		
สูตรที่สาม	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (100%)		
การติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเชื้อดื้อยา							29.74	<.001
เกิด	2 (11.1%)	4 (22.2%)	6 (33.3%)	3 (16.7%)	3 (16.7%)	18 (100%)		
ไม่เกิด	0 (0%)	1 (1.2%)	15 (17.6%)	24 (28.2%)	45 (52.9%)	85 (100%)		

*Fisher's Exact Test

และพบว่าสูตรยาที่ป่วยได้รับ การติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเชื้อดื้อยา และความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในส่วนของระดับ Viral Load ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรกับผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในส่วนของระดับ Viral Load

ตัวแปร	ระดับ Viral Load copies/ml				χ^2	p
	< 50	50 - 200	≥ 200	รวม		
เพศ					2.44	.295
ชาย	43 (86.0%)	3 (6.0%)	4 (8.0%)	50 (100%)		
หญิง	50 (94.3%)	2 (3.8%)	1 (1.9%)	53 (100%)		
อาชีพ					2.52	.990
เกษตรกร	54 (87.1%)	4 (6.5%)	4 (6.5%)	62 (100%)		
ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป	23 (92.0%)	1 (4.0%)	1 (4.0%)	25 (100%)		
พนักงานบริษัทเอกชน	8 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (100%)		
พนักงาน/ข้าราชการ	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)		
นักเรียน/นักศึกษา	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)		
อื่นๆ	5 (100.0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (100%)		
สถานะภาพการสมรส					1.86	.762
โสด	40 (90.9%)	2 (4.5%)	2 (4.5%)	44 (100%)		
สมรส	47 (90.4%)	2 (3.8%)	3 (5.8%)	52 (100%)		
หย่า/หม้าย	6 (85.7%)	1 (14.3%)	0 (0%)	7 (100%)		
ระดับการศึกษา					8.00	.238
ประถมศึกษา	54 (93.1%)	1 (1.7%)	3 (5.2%)	58 (100%)		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับ Viral Load copies/ml				χ^2	p
	< 50	50 - 200	≥ 200	รวม		
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	32 (86.5%)	3 (8.1%)	2 (5.4%)	37 (100%)		
อนุปริญญา/เทียบเท่า	2 (66.7%)	1 (33.3%)	0 (0%)	3 (100%)		
ปริญญาตรี	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (100%)		
สิทธิในการรักษา					1.06	.901
หลักประกันสุขภาพ	84 (89.4%)	5 (5.3%)	5 (5.3%)	94 (100%)		
ข้าราชการ	4 (100.0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (100%)		
ประกันสังคม	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (100%)		
สูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับ					19.79	<.001
สูตรแรก	93 (91.2%)	5 (4.9%)	4 (3.9%)	102 (100%)		
สูตรทางเลือก	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)		
สูตรที่สาม	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (100%)		
การติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเชื้อดื้อยา					27.43	<.001
เกิด	11 (61.1%)	2 (11.1%)	5 (27.8%)	18 (100%)		
ไม่เกิด	82 (96.5%)	3 (3.5%)	0 (0%)	85 (100%)		

*Fisher's Exact Test

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์ของตัวแปรคุณลักษณะทางประชากรกับผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในส่วนของระดับของ CD4 และ Viral Load

ตัวแปร	r_s	p	การแปลผล
ระดับของ CD_4			
อายุ	0.16	.109	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	0.34	< .001	มีความสัมพันธ์
ความร่วมมือในการรับประทานยา	0.68	< .001	มีความสัมพันธ์
ระดับของ Viral Load			
อายุ	0.02	.833	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	0.03	.789	ไม่มีความสัมพันธ์
ความร่วมมือในการรับประทานยา	- 0.44	< .001	มีความสัมพันธ์

ผลการศึกษาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสพบจำนวน 22 คน (21.34%) โดยกลุ่มอาการที่พบมากที่สุด คือ การเกิดผื่น (Rash) จำนวน 6 คน (27.27%) รองลงมาคือ อาการทางระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ฝันร้าย มึนงง วิงเวียนศีรษะ นอนไม่หลับ เป็นต้น จำนวน 5 คน (22.73%)

ผลการศึกษาการเกิดเชื้อฉวยโอกาส พบจำนวน 18 คน (17.48%) โดยพบว่าเป็นการติดเชื้อ Mycobacterium Tuberculosis: Pulmonary มากที่สุดจำนวน 7 คน (38.89%) รองลงมาคือ Cryptococcosis จำนวน 6 คน (33.33%) ในการศึกษาครั้งนี้มีเกิดเชื้อดื้อยาจำนวน 1 คน (0.97%)

วิจารณ์

คุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจตนิพัทธ์ มิดขุนทด ที่พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV/AIDS เป็นเพศชายใกล้เคียงกับเพศหญิง ส่วนคุณลักษณะประชากรด้านอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร แสงเนตร[6] ที่พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV/AIDS มีอายุระหว่าง 41- 60 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา สิทธิในการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานตามแนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (84.21%)

ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ประเมินจากผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับ CD_4 ตั้งแต่ 200 cells/mm^3 ขึ้นไป จำนวน 96 คน (93.20%) ค่าเฉลี่ยของปริมาณ CD_4 เท่ากับ 483.04 cells/mm^3 มีระดับของ viral load น้อยกว่า 50 copies/ml จำนวน 93 คน (90.29%) เป็นไปตามแนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ.2564/2565 สอดคล้องกับการศึกษาของเรืองฤทธิ์ จิณะเสน[8] ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรแรกหรือสูตรพื้นฐาน ผลการรักษาสามารถกดไวรัสลงได้ต่ำกว่า 50 copies/ml และมีเพียงร้อยละ 8 ที่การรักษาไม่ได้ผล โดยมีค่าปริมาณไวรัสมากกว่า 1,000 copies/ml

ผลของการทดสอบความสัมพันธ์พบว่า เพศ สูตรยาที่ป่วยได้รับ การติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเชื้อดื้อยา ระยะเวลาของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในส่วนของระดับ CD_4 และพบว่าสูตรยาที่ป่วยได้รับ การติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเชื้อดื้อยา และความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับผลการรักษาด้วยยา

ต้านไวรัสในส่วนของระดับ Viral Load ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา เส็งมังสา[9] ได้แก่ สูตรยาที่ป่วยได้รับ คือ สูตรแรกหรือสูตรพื้นฐาน และการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเชื้อดื้อยา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับการศึกษาของเจตนิพัทธ์ มิดขุนทด[7] ได้แก่ สูตรยาที่ป่วยได้รับคือสูตรแรกหรือสูตรพื้นฐาน และความร่วมมือในการรับประทานยา ส่วนปัจจัยเพศมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา พฤติสีบ[10]

ข้อเสนอแนะ

แม้ว่าผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งวัดจากระดับของ CD_4 และระดับของ Viral Load จะอยู่ในช่วงของผลการรักษาตามเป้าหมาย แต่ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ผลการรักษายังต่ำกว่าแนวทางการรักษา ดังนั้นทีมสหวิชาชีพจึงควรสะท้อนข้อมูลเพื่อหาแนวทางหรือมาตรการในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาและเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ให้มากขึ้น เพื่อให้ผลการรักษา คือ ระดับของ CD_4 และระดับของ Viral Load จะอยู่ในช่วงค่าเป้าหมายมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเชื้อดื้อยาในอนาคต และยังสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาจากการที่ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนสูตรยาที่มีมูลค่าสูงขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล เภสัชกรกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค นักวิชาการคอมพิวเตอร์และพยาบาลประจำคลินิกดอกกุหลาบ โรงพยาบาลโพนทราย ที่ให้ความอนุเคราะห์และให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 10]. Available from: https://www.unaids.org/en
2. HIV info hub. Division of AIDS and STIs [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 10]. Available from: https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/news/2828
4. พัชรภรณ์ ภวภูตานนท์, นุชนาถ ยิ้มใย. แนวทางการจัดบริการรับยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ตามบริบทของหน่วยบริการสุขภาพในไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท เรดิชั่น จำกัด; 2563.
5. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.
6. ศศิธร แสงเนตร. ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลวาปีปทุม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2563;4(8):1-12.
7. เจตนิพัทธ์ มิดขุนทด. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะล้มเหลวในการรักษาด้านเชื้อไวรัสของผู้ป่วยติดเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลตาคลี จังหวัดนครสวรรค์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2562;16(2):65-75.
8. เรืองฤทธิ์ จิณะเสน. การวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารโรคเอดส์. 2561;30(2):57-68.
9. สุนันทา เส็งมังสา. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความสำเร็จทางไวรัสในการรักษาโดยการให้ยา ARV ในผู้ป่วยเชื้อ HIV/AIDS รายใหม่ ที่มารับการบริการที่คลินิกนภา โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาล

สกลนคร. 2561;21(2):123-35.

10. กัญญา พฤติสืบ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วารสารโรคเอดส์. 2564;33(2):58-72.
11. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติ และประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
12. วีนัส พีชวณิชย์, สมจิต วัฒนาชยากุล, เบญมาศ ตุลยนิติกุล. สถิติพื้นฐานสำหรับนักสังคมศาสตร์ พร้อมการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ไมโครซอฟท์เอ็กเซล. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: ประกายพรึก; 2547.

รูปแบบการจัดการบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก

Nursing Service Management Model for Quality and Safe in Patients with Humeral Fractures Receiving A Cast at The Orthopedic Outpatient Examination Room

รานีวรรณ์ จันทรวารีย์* รุ่งรัตน์ เนตรโสภา**
Raneewan Chantarawaree, Roongrut Netsopha
Corresponding author: E-mail: marn55556@gmail.com
(Received: December 21, 2023; Revised: December 28, 2023; Accepted: February 1, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการจัดการบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพ และความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก

รูปแบบการวิจัย : วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างสุ่มอย่างง่าย คือ 1) ผู้ป่วยที่มารับบริการตามนัดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ากระดูกต้นแขนหักที่ได้รับการใส่เฝือก จำนวน 30 คน และ 2) พยาบาลประจำการในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 9 คน การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยนำผลจากที่ได้ในระยะที่ 1 มาสนทนากลุ่มบุคลากรเพื่อสร้างรูปแบบการดูแลร่วมกัน และ 3) ระยะประเมินผลการนำใช้รูปแบบฯเก็บข้อมูลผสานวิธีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ (1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ (1) แบบบันทึกเอกสาร (2) แนวทางการสนทนากลุ่ม (3) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและระดมสมอง (4) รูปแบบที่พัฒนาฯและคู่มือการใช้รูปแบบพัฒนาฯซึ่งมีค่า CVI=1.00 และ (2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ (1) แบบประเมินประสิทธิภาพการใช้รูปแบบฯ (2) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการนำใช้รูปแบบฯ (3) แบบประเมินโครงการ (4) แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วย (5) แบบสอบถามคุณภาพบริการสำหรับเจ้าหน้าที่ (6) แบบประเมินการปฏิบัติงานตามมาตรฐานผู้ป่วยนอกในผู้ป่วยที่มารับบริการใส่เฝือก (7) แบบประเมินสมรรถนะเฉพาะด้านพยาบาลเข้าเฝือก และ (8) แบบเก็บตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาล 4 มิติ คุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.90, 0.91, 0.94, 0.87, 0.84, 0.92 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : พบว่า รูปแบบการจัดการบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทิศทาง นโยบายและการบริหารจัดการ 2) พยาบาลผู้จัดการและการประสานงาน 3) การบริหารจัดการด้านเครื่องมืออุปกรณ์ 4) สมรรถนะเฉพาะด้านสำหรับพยาบาลเข้าเฝือก 5) ด้านกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล และ 6) การประเมินผลลัพธ์โดยใช้เกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 4 มิติ ผลลัพธ์การใช้รูปแบบฯ พบว่ามีความเป็นไปได้ เหมาะสม ถูกต้อง เป็นประโยชน์ ร้อยละ 100 และ 2) พยาบาลผู้ใช้พึงพอใจยอมรับในระดับมากร้อยละ 90 และผลลัพธ์คุณภาพบริการผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกทางคลินิกเพิ่มขึ้นทุกด้าน และผู้ป่วยพึงพอใจร้อยละ 70

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรนำใช้รูปแบบการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพราะส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก เพิ่มคุณภาพผลลัพธ์ทางคลินิกตามที่คาดหวัง ผู้ป่วยพึงพอใจ และพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางด้านพยาบาลออร์โธปิดิกส์และเข้าเฝือก

คำสำคัญ : คุณภาพและความปลอดภัย; ผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหัก; การใส่เฝือก; การพยาบาลผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์

*,** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : To develop and evaluate the results of using a nursing service management model for quality and safety in patients with humerus fractures receiving casts at the outpatient orthopedic examination room.

Study design : Action research

Materials and Methods : A simple random sample consisted of 30 patients, who came for appointments, diagnosed by a doctor as having a humerus fracture, who received a cast, and 2 staff nurses in the group outpatient nursing work for 9 people. The research is divided in 3 phases: 1) situational study phase 2) nursing model development phase, by using the results from phase 1 to discuss with groups of personnel to create a collaborative care model, and 3) the evaluation phase of using the model to collect data, combining quantitative and qualitative methods. Research tools include (1) research tools, namely (1) document recording form (2) group discussion guideline (3) in-depth interview and brainstorming guideline (4) developed format and format usage manual. development which has a CVI = 1.00 and (2) the tools used to collect data are (1) an efficiency assessment form for using the model (2) a questionnaire on opinions on using the model (3) a project evaluation form (4) Patient-service-quality-perception-questionnaire (5) service-quality-questionnaire for staff (6) performance assessment form according to outpatient standards in patients receiving splinting services, (7) special competency assessment form for splinting nurses and (8) 4-dimensional nursing service quality indicator collection form. The quality of the instruments was 0.90, 0.91, 0.94, 0.87, 0.84, 0.92 and 0.89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Main findings : It was found that the nursing-service-management-model for quality and safety in patients with humerus-fractures receiving casts at the outpatient orthopedic-examination-room has 6 elements: 1) direction, policy and management 2) nurse manager and coordination, 3) equipment management, 4) specific competency for splint nurses, 5) nursing practice process according to nursing practice guidelines, and 6) evaluation of results using quality indicators, nursing according to the 4-dimensional outpatient nursing standards. The results of using the model were found to be 100 % possible, appropriate, accurate, and beneficial, 2) nurses who used them were satisfied and accepted them at a high level, 90%, and the results were quality, services for patients with humerus fractures receiving clinical casts have increased in every aspect, 70 % of patients are satisfied.

Conclusions and recommendations : The continuous development model should be used because it has a positive effect on the care of patients with humerus fractures receiving casts at the outpatient orthopedic examination room. Improve the quality of clinical outcomes, as expected, patients are satisfied, and have developed the competency of nurses specialized in orthopedic nursing and splinting.

Keywords : Quality and safety; Humerus fracture patients; Splinting; Orthopedic outpatient nursing

*,** Registered Nurse, Professional Level, Roi Et Hospital

บทนำ

ปัจจุบันการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรถือเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลกซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ว่าแต่ละปีทั่วโลกมีผู้บาดเจ็บและพิการกว่า 50 ล้านคน[1] และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจรที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย คือ กระดูกหัก พบมากที่สุดได้แก่ กระดูกขาหัก ร้อยละ 30 – 40[2] ในสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ.2005 พบผู้ป่วยกระดูกหัก 60,000 ราย ตำแหน่งที่พบมากที่สุด คือ กระดูกต้นขา ซึ่งต้องใช้เวลาเวลาในการฟื้นฟูสุขภาพมากกว่า 1 ปี[1] จากสถิติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จำนวนผู้บาดเจ็บกระดูกหักสูงต่อเนื่องทุกปี ตามสถิติการเกิดอุบัติเหตุในปี พ.ศ.2561 มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ 79,072 ราย เสียชีวิต 3,426 ราย ค่ารักษาพยาบาล 1,644 ล้าน เกิดความสูญเสียที่คิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจราว 5 แสนล้านบาทต่อปี[3] และจากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยชายหญิงป่วยกระดูกหัก 30,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้มีภาวะกระดูกสะโพกหักซ้ำมีอัตราการตายประมาณ 20 – 25 % ในปีแรก ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ 1 ใน 5 ต้องนอนเตียงตลอดไป[4] ในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงจากบทบาทของพยาบาลในการทำหัตถการใส่เฝือก สภาพยาบาลให้การรับรองให้พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ใส่เฝือกชั่วคราวได้ ในปี พ.ศ.2560[5] จากอุบัติการณ์จากการใส่เฝือกในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักในปี พ.ศ.2559 และอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอีกปี พ.ศ.2566 เนื่องจากภาวะกระดูกหักเกิดจากอุบัติเหตุเป็นส่วนใหญ่ เช่น รถชน ตกจากที่สูง ถูกตีหรือได้รับแรงกระแทกจากการเคลื่อนไหว เช่น การเล่นกีฬาที่ต้องลงน้ำหนักเกิน การป่วยเป็นโรคกระดูกพรุนหรือมะเร็งบางชนิด ส่งผลให้มวลกระดูกเสื่อมลงและหักได้ง่าย ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงส่งผลกับผู้ป่วยระยะการรักษานานขึ้น[6]

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 820 เตียง รองรับผู้ป่วยในจังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดใกล้เคียงมีผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอกจำนวนมากทั้งแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 79 รายต่อปี ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ดให้บริการผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มีปัญหาเรื่องกระดูกหักหรือผิดรูปและได้รับการใสเฝือก สถิติข้อมูลผู้มารับบริการปี พ.ศ.2564 – 2566 พบว่า มีผู้ป่วยที่มารับบริการออร์โธปิดิกส์ทั้งหมด จำนวน 21,123, 23,808 และ 23,724 ราย ตามลำดับ โดยมีภาวะกระดูกหัก กระดูกข้อมือหัก 315, 425 และ 627 ราย กระดูกต้นแขนหัก 65, 55 และ 34 รายตามลำดับ กระดูกผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องเฝือก 69, 70 และ 66 ราย ตามลำดับ แยกเป็นเฝือกพังแตกหัก 5, 2, 3 ราย ตามลำดับ เฝือกไม่เข้ารูปกระดูกไม่ได้แนวบิดเบี้ยว 26, 6, 9 ราย ตามลำดับ ใส่เฝือกแล้วกระดูกไม่ตรงไม่ได้รูป 12 ราย เฝือกสั้นไม่คุมไหล่ 16, 10, 8 ราย ตามลำดับ เฝือกหลวม 22, 21, 10 ราย ตามลำดับ เฝือกกด/แน่น 10, 8, 16 ราย ตามลำดับ เฝือกเลื่อนหลุด 3, 2, 4 ราย ตามลำดับ และเกิดภาวะแทรกซ้อน (BPI/มีแผล) จำนวน 4, 1, 7 ราย ตามลำดับ[7] ทำให้ต้องส่งผู้ป่วยที่มีปัญหาเหล่านี้ไปรักษาโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงขึ้นแต่สุดท้ายผู้ป่วยเกิดความพิการ ผลกระทบต่อโรงพยาบาลคือเกิดข้อร้องเรียน โรงพยาบาลจ่ายค่าเสียหาย และโรงพยาบาลขาดความเชื่อถือเชื่อมั่นจากสังคม[8] ซึ่งสังคมทุกวันนี้เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะผู้ให้บริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอกทุกคนต้องมีการปรับตัวทั้งในด้านพฤติกรรมบริการและเทคนิคในการให้บริการด้านการใส่เฝือกด้วย[8] พยาบาลเริ่มมีบทบาทในการใส่เฝือก และจากอุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยทำให้พยาบาลเห็นความสำคัญการการแก้ไขเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยการเข้าใจถึงความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการให้บริการอย่างรวดเร็ว ถูกต้องได้คุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาล[9] ดังนั้นการจัดการรูปแบบการจัดการบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อให้บริการที่ได้มาตรฐานและเป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งจากข้อมูลสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูก

ต้นแขนหักที่ต้องได้รับการใส่เฝือก[10]

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันเป็นระบบบริการที่ต้องมีการปรับตัวให้ทันต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของประชาชน อันเป็นผลกระทบมาจากปัจจัยแวดล้อมภายนอกหลายประการในขณะเดียวกันก็จะต้องตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนภายใต้หลักพื้นฐานของวิชาชีพที่ผดุงไว้ซึ่งคุณภาพและมาตรฐานบริการของแต่ละวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพ[11-12] การบริการพยาบาลเป็นบริการหลักที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพในทุกสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจัดเป็นบริการเชิงวิชาชีพที่มีทฤษฎี หลักการ และองค์ความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา นอกจากจะดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างครอบคลุมองค์รวมทั้งกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณแล้ว ยังจำเป็นต้องพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอีกด้วย[13] ส่งผลให้โรงพยาบาลต่างๆ ต้องมีการดำเนินการพัฒนาการบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละองค์กร จากการทบทวนพบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วยกลยุทธ์ 3 ส่วน คือ 1) การสร้างระบบงานและทีมงาน 2) การปฏิบัติภารกิจตามโครงสร้างกระทรวง และ 3) การสร้างงานวิจัยและวิชาการ[14]

นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยหนักจังหวัดสกลนครที่เน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ระบบการเคลื่อนย้าย ส่งต่อและดูแลต่อเนื่องการมอบหมายงาน การทบทวนการดูแลผู้ป่วย และระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑการแพทย์ เป็นต้น[15]

จากการปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ ปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยเกิดภาวะไม่สุขสบายจากการปวด เผือกหลวมหลุดง่าย ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดและเปลี่ยนเผือกทำให้เกิดการสิ้นเปลืองทั้งวัสดุอุปกรณ์และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เพิ่มมากขึ้น การใส่เฝือกชนิดนี้มีวิธีการใส่ที่ค่อนข้างยุ่งยาก หากไม่สามารถจัดการให้ดีจะเกิดผลกระทบต่อการรักษา เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น กระดูกไม่ติดหรือกระดูกติดล่าช้า[10] ดังนั้นการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักโดยการประยุกต์วิธีการด้วย Coaptation splint (u-slab) คลุมข้อศอกแบบประยุกต์เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม มีมาตรฐานและมีคุณภาพ[16] จากสภาพปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการทางการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น และมีความสำคัญที่ควรจะนำมาทบทวนเพื่อให้มีรูปแบบที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริงเพื่อให้พยาบาลประจำการสามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานแก่ผู้ป่วยได้เป็นแนวทางเดียวกัน ดังนั้นการจัดรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการพยาบาลใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก เป็นการจัดการบริการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยในกลุ่มผู้มารับบริการที่ใส่เฝือกซึ่งทุกวันนี้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักที่ชัดเจนและปลอดภัยอย่างรัดกุมจึงเป็นการใส่เฝือกโดยผู้มีประสบการณ์ และอาจมีหลายรูปแบบเนื่องจากผู้ใส่เฝือกมีประสบการณ์ที่แตกต่างกันไป[10] จากอุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วย ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับองค์กร การสูญเสียงบประมาณที่น่าจะป้องกันได้ เพื่อพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักรับการใส่เฝือกให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานต้องมีแนวทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยมารับบริการใส่เฝือกเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญ ของการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพ และปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาให้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยใส่เฝือกของหน่วยงานและองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยรูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอกครั้งนี้ เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action research) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 1. กลุ่มผู้มารับบริการกระดูกต้นแขนหักรักษาด้วยการใส่เฝือกที่มารับบริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 39 คน และ 2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ทางพยาบาลปฏิบัติการในงานผู้ป่วยนอกชั้น 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 9 คน

กลุ่มตัวอย่าง จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1. กลุ่มผู้พัฒนารูปแบบมี 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาระยะที่ 1 ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานผู้ป่วยนอกชั้น 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และพยาบาลประจำการในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 9 คน และ 2) กลุ่มผู้ประเมินรูปแบบฯ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 9 คน โดยมีคุณสมบัติ คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยนอกอย่างน้อย 1 เดือน และ 3) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมการใช้รูปแบบที่พัฒนาฯ 2. กลุ่มผู้ใช้รูปแบบการพัฒนาฯ คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการตามนัดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ากระดูกต้นแขนหักที่ได้รับการใส่เฝือก สุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญกำหนดคุณสมบัติคัดเข้า คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ ชุดที่ 1 ตารางทบทวนวรรณกรรม การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก จากการค้นคว้า วิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐานและนำมาประกอบกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกโดยสรุปและพัฒนารูปแบบฯ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 6 เรื่อง และ ชุดที่ 2 ร่างรูปแบบและคู่มือการนำใช้รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพ และความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก นำไปตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกระดูกหักที่มารับการใส่เฝือกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย แล้วนำมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือหาสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach coefficient alpha) คุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.75

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ **ชุดที่ 1** แบบประเมินประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยใน ผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอกโดยผู้มีส่วนร่วมในการใช้เป็นผู้ให้ความคิดเห็นเพื่อดูความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Appropriateness) ความมีประสิทธิผล (Effectiveness) ความมีประโยชน์ และมีคุณค่าในการนำไปใช้ (Meaningfulness) โดยให้พยาบาลวิชาชีพในคลินิกออร์โธปิดิกส์ที่กระดูกต้นแขนหักและได้รับการใส่เฝือกโรงพยาบาลร้อยเอ็ดนำรูปแบบฯ ฉบับยกร่างนี้ไปทดลองใช้

นำร่องกับผู้ป่วยคลินิกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จากนั้นตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการนำรูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอกไปใช้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงจนได้รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพ และความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอกที่สมบูรณ์ คุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.90 **ชุดที่ 2** แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการนำใช้รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอกพัฒนาโดยพิกุล นันทชัยพันธ์[17] ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการนำไปใช้จริงในการปฏิบัติและมีการปรับปรุงมาแล้วแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษาสูงสุด อายุในงานที่รับผิดชอบ การอบรมการพยาบาลเฉพาะทางศัลยกรรมกระดูก และ (2) แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพ และความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ ผู้ป่วยนอกเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการนำรูปแบบฯไปใช้ซึ่งได้พัฒนาขึ้นโดยพิกุล นันทชัยพันธ์[17] เพื่อใช้สอบถามความเป็นไปได้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ประกอบด้วย 1) ความง่ายและความสะดวกในการใช้รูปแบบฯ 2) ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบ 3) ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน 4) ประหยัดลดต้นทุน ลดกำลังคน เวลา และงบประมาณ 5) รูปแบบการพยาบาล ฯ สามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ 6) มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน โดยแบ่งระดับการสอบถามถึงความเป็นไปได้ใน 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย ในขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติหรือรูปแบบฯ ก่อนจะจัดพิมพ์แนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์หลังจากที่มีการนำไปทดลองใช้ในหน่วยงานเพื่อที่จะดูความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการทดลองใช้กับผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย 4 ราย คุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.91 **ชุดที่ 3** เครื่องมือแบบประเมินโครงการ ใช้กรอบที่ใช้พิจารณาความคุ้มค่าของการประเมินผลสัมฤทธิ์โครงการ 3 E คือ 1) ประหยัด (Economy) 2) ประสิทธิภาพ (Efficiency) 3) ประสิทธิผล (Effectiveness) ซึ่งประเมิน 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การจัดทำแผนงาน/ โครงการ ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินงานและความครอบคลุมกิจกรรมกระบวนการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 3 ความเหมาะสมด้านทรัพยากร ที่ใช้วัดผลการประเมินความประหยัดได้จากการคำนวณผลผลิตต่อหน่วยมีความคุ้มค่าต้นทุนหรือมีการใช้ทรัพยากรต่ำกว่าที่กำหนด ขั้นตอนที่ 4 ความสำเร็จของผลการดำเนินงาน แต่ละขั้นตอนมีระดับคะแนนเต็ม 5 คะแนน และมีคะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน คุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.94 **ชุดที่ 4** แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพบริการ (ผู้รับบริการ) จำนวน (N=30) ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานะ รายได้เฉลี่ย ตำแหน่งกระดูกหัก วิธีการรักษา และตอนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการให้บริการของคลินิกออร์โธปดิกส์ ระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) วัดความพึงพอใจ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1. ด้านอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องมือ (เพียงพอ สะอาด และปลอดภัยในการให้บริการวัสดุในการใช้ดามมีความแข็งแรง) 2. ด้านการให้ข้อมูล และให้คำปรึกษา 3. ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ (มีการแจ้งขั้นตอนและการปฏิบัติตัวในการใส่เฝือกอำนวยความสะดวกและให้การช่วยเหลือ) 4. ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ (มีการพูดคุยกำลังใจและประเมินอาการเป็นระยะ ๆ อัธยาศัยที่ดี สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส มีมนุษยสัมพันธ์) คะแนนรวม 600 คะแนน คุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.87 **ชุดที่ 5** แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพบริการสำหรับเจ้าหน้าที่ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน ผ่านการอบรมการใส่เฝือก และ

ส่วนที่ 2 การรับรู้คุณภาพบริการก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วยความรู้และข้อปฏิบัติ 10 ข้อ ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่มารับการเข้าเฝือก คุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.84 **ชุดที่ 6** แบบประเมินการปฏิบัติงานตามมาตรฐานผู้ป่วยนอก (ผู้ป่วยที่มารับบริการใส่เฝือก) 9 มาตรฐานมาตรฐานที่ 1 การพยาบาลก่อนตรวจ มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลขณะตรวจ มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลหลังตรวจ/ขั้นตอนเข้าเฝือก มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการ มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการพยาบาล เป้าหมาย ปฏิบัติตามมาตรฐานร้อยละ 100 เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน ปฏิบัติไม่ครบถ้วน 1 คะแนน และปฏิบัติครบถ้วน 2 คะแนน คุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.92 **ชุดที่ 7** แบบประเมินสมรรถนะเฉพาะด้านพยาบาลเข้าเฝือก มีสมรรถนะ 5 ด้าน ประกอบด้วย สมรรถนะที่ 1 ก่อนเข้าเฝือก สมรรถนะที่ 2 ขณะเข้าเฝือก สมรรถนะที่ 3 หลังเข้าเฝือก สมรรถนะที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง ประเมินติดตามอาการ และสมรรถนะที่ 5 การพัฒนาตนเองและความเชี่ยวชาญ เป้าหมายผ่านเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป คุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.89 **และชุดที่ 8** แบบเก็บตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลสำหรับพยาบาลผู้ป่วยที่มีกระดูกหักรับการใส่เฝือก ใช้เกณฑ์ตัวชี้วัดตามมาตรฐานผู้ป่วยนอกของกองการพยาบาล 4 มิติ คือ มิติประสิทธิผล มิติประสิทธิภาพ มิติคุณภาพ และมิติด้านการพัฒนาองค์กรการพยาบาล (เกื้อกูลองค์กรและสังคม)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ร่างรูปแบบและคู่มือการนำใช้รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก นำไปตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกระดูกหักที่มารับการใส่เฝือกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย แล้วนำมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือหาสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach coefficient alpha) คุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.75 ส่วนแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 1 ถึงชุดที่ 7 นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกระดูกต้นแขนหัก พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่รับการใส่เฝือก และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล จำนวน 3 คน และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกระดูกหักที่มารับการใส่เฝือกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือหาสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach coefficient alpha) คุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.90, 0.91, 0.94, 0.87, 0.84, 0.92 และ 0.89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 162/2566 วันที่ 16 ตุลาคม 2566 การเก็บรวมรวมข้อมูล และการดำเนินการวิจัยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคน ผู้ร่วมวิจัยทุกคนรับทราบวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวม สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวมตามปฏิญญาเฮลซิงกิ[18]

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลโดยการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมตัวผู้วิจัย (ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2566) ในการศึกษาความรู้ และเขียนโครงร่างการวิจัยเพื่อเสนอพิจารณาจริยธรรมในการเก็บข้อมูลกับผู้ป่วย

2. ระยะออกแบบระบบบริการ (ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2566) เพื่อร่างรูปแบบการพัฒนาโดยการทบทวนเอกสารงานวิจัย เวชระเบียน ผลลัพธ์การพยาบาลที่ผ่านมา ประชุมระดมสมองและสนทนากลุ่มผู้ให้บริการโดยประชุมประจำเดือน

3. ระยะวิจัย (ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2566) ดังนี้

1) ขอหนังสือแนะนำตัวเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บข้อมูลที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์

2) ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับบริการที่ออร์โธปิดิกส์กระดูกต้นแขนหักโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตามคุณสมบัติที่กำหนด

3) ผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้ 1) การวางแผน (Planning) เลือกกิจกรรมกำหนดในแผนเป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ดี มีการตรวจสอบอย่างรอบคอบ มีการวิเคราะห์สภาพการณ์และกาหนดยุทธวิธีการดำเนินการ ให้อยู่ในแนวของการปฏิบัติจริงชัดเจน เน้นให้เห็นการปฏิบัติจริงมากที่สุด การเตรียมตัวด้านเนื้อหาวิชาการ ผู้วิจัยได้เตรียมตัวทั้งในด้านระเบียบวิธีวิจัย ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักที่มารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กระบวนการมีส่วนร่วม บทบาทบทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโดยการใช้ผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการการประกันคุณภาพผลลัพธ์ทางการพยาบาล และการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลด้วยการวิจัยทางการพยาบาล ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการเตรียมความพร้อมเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ 3.1 วิเคราะห์สถานการณ์คุณภาพระบบบริการพยาบาล ผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และการมีส่วนร่วมของบุคลากร ทักษะของบุคลากร ค่านิยมร่วม และวัฒนธรรมองค์กร และปัจจัยที่เอื้อ หรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพการพยาบาลมาพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหัก มารับการใส่เฝือก ที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ จากการประชุมประจำเดือนทั้งในทีมการพยาบาล ทีมสหวิชาชีพและศึกษาข้อมูลรายงานจากสถิติผู้มารับบริการที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 3.2 นำเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์การทำวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล และกระบวนการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล ที่ส่งเสริมให้พยาบาลใช้ผลงานวิจัยทางการพยาบาล ในการปฏิบัติบริการพยาบาล และปัจจัยเอื้อ/ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพและผู้รับบริการที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 3.3 นำเสนอแนวคิดแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือก โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพทุกคนในหน่วยงาน เพื่อพิจารณานำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลด้วยการวิจัยทางการพยาบาลในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และสื่อสารความเข้าใจกับทีมแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ และ 3.4 ประชุมระดมสมอง กำหนดเป้าหมาย ระบุแนวทางการดำเนินการและร่างแผนปฏิบัติการในแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของระบบบริการงานผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกให้ชัดเจนตามมาตรฐานการพยาบาล 2) การปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ควบคุมการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากแผน และมีความยืดหยุ่น ในการปฏิบัติการพยาบาล และการนิเทศควบคุม กำกับ ขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ ในขั้นตอนนี้พยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลวิชาชีพทุกคนในหน่วยงาน มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน โดย กำหนดรูปแบบการให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหัก คลินิกออร์โธปิดิกส์ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสม แก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ประกาศใช้รูปแบบและชี้แจงทำความเข้าใจการปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนด และ ประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการให้บริการ

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักคลินิกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 3) การสังเกตผล (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสังเกต การปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนา ภายใต้กรอบบทบาทหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ ประกาศของสภาการพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนา ตามแนวทางการปฏิบัติของกระบวนการ และขั้นตอนที่วางไว้ มีการนิเทศทางการพยาบาลและบันทึกการปฏิบัติงานไว้เป็นหลักฐาน และ 4) การสะท้อน/ทบทวน (Reflection) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่นำผลของการปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนด มารวบรวมวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย สรุปผลสะท้อนข้อมูลย้อนกลับไปสู่การวางแผนการดำเนินการครั้งต่อไป สะท้อนผลลัพธ์และขั้นตอนที่เป็นปัญหา เพื่อปรับปรุงแนวทางหรือวิธีการ ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ ใช้เครื่องมือประกันคุณภาพการพยาบาลของกองการพยาบาลในหมวด 7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยนำรูปแบบที่พัฒนาฯไปนำใช้กับผู้รับบริการหรือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ในช่วงวันที่ 17 ตุลาคม 2566 ถึง 30 พฤศจิกายน 2566

4) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยแยกการวิเคราะห์ ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และของพยาบาลวิชาชีพ โดยการใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ต่อการได้รับการดูแลตามรูปแบบการพยาบาลฯ โดยการใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำใช้รูปแบบการพยาบาลฯ โดยการใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ

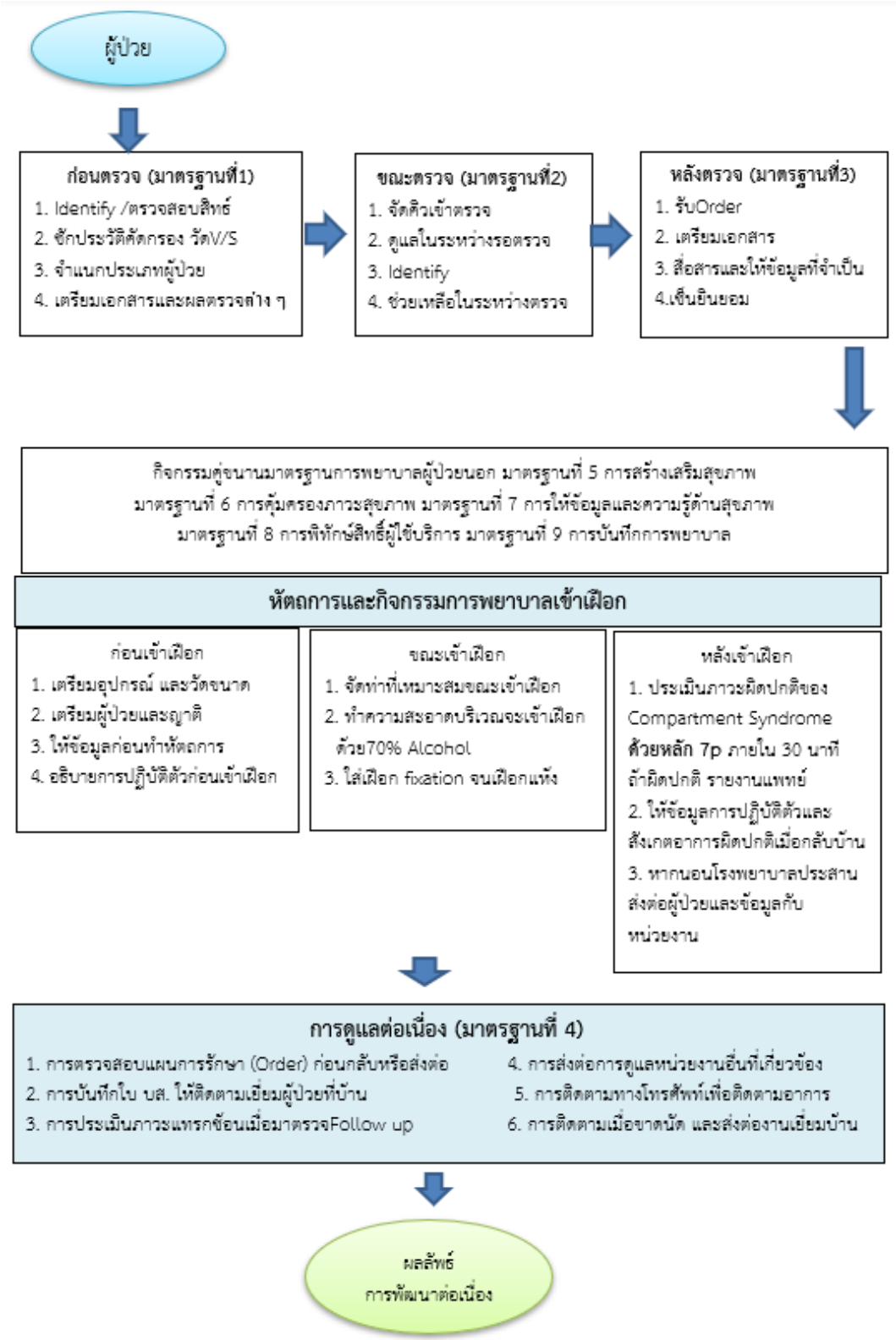
2) สถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher exact probability test) ใช้เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เฝือกและเปรียบเทียบสัดส่วนการรายงานแพทย์หลังการตรวจพบอาการผิดปกติระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลและและกลุ่มที่ไม่ได้ใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาฯ

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการบริการพยาบาล

รูปแบบการจัดการบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพ และความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักที่มารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง นโยบาย และการบริหารจัดการ องค์ประกอบที่ 2 พยาบาลผู้จัดการ และการประสานงาน องค์ประกอบที่ 3 การบริหารจัดการด้านเครื่องมืออุปกรณ์ องค์ประกอบที่ 4 สมรรถนะเฉพาะด้านสำหรับพยาบาล องค์ประกอบที่ 5 ด้านกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติ และองค์ประกอบที่ 6 การประเมินผลลัพธ์โดยใช้เกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 4 มิติ คือ 1) มิติด้านประสิทธิผลตามพันธ์กิจงาน 2) มิติด้านคุณภาพการให้บริการการพยาบาล 3) มิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ และ 4) มิติด้านการพัฒนาองค์กรการพยาบาล ดังภาพประกอบที่ 1

ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการจัดการบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักที่มารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด



ภาพประกอบที่ 2 องค์ประกอบที่ 5 ด้านกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักที่มารับการใส่เฝือก

โดยมีรายละเอียดขยายความองค์ประกอบที่ 5 ด้านกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล คือ ใช้แนวปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 9 มาตรฐาน เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักใส่เฝือกห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ดังนี้ มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลก่อนตรวจ ประกอบด้วย 1) การระบุตัวบุคคล (Identify) การตรวจสอบสิทธ์ 2) ซักประวัติคัดกรอง วัดV/S 3) จำแนกประเภทผู้ป่วย 4) เตรียมเอกสารและผลตรวจ มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลขณะตรวจ ประกอบด้วย 1) จัดคิวเข้าตรวจ 2) การดูแลในระหว่างรอตรวจ 3) การระบุตัวบุคคล (Identify) 4) ช่วยเหลือในระหว่างตรวจ มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลหลังตรวจ ประกอบด้วย 1) รับ Order 2) เตรียมเอกสาร 3) สื่อสารและให้ข้อมูลที่จำเป็น 4) เซ็นยินยอม และทำหัตถการการพยาบาลเข้าเฝือก ซึ่งขั้นตอนการเข้าเฝือกประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 ก่อนเข้าเฝือก ประกอบด้วย 1) เตรียมอุปกรณ์ และวัดขนาดเฝือก 2) เตรียมผู้ป่วย และญาติ 3) ให้ข้อมูลก่อนทำหัตถการ 4) อธิบายการปฏิบัติตัวก่อนเข้าเฝือก ขั้นตอนที่ 2 ขณะเข้าเฝือก ประกอบด้วย 1) จัดท่าที่เหมาะสมขณะเข้าเฝือก 2) อธิบายการปฏิบัติตัวขณะเข้าเฝือก 3) ทำความสะอาดบริเวณจะเข้าเฝือกด้วย 70 % Alcohol 4) ใส่เฝือก fixation จนเฝือกแห่ง ขั้นตอนที่ 3 หลังเข้าเฝือก ประกอบด้วย 1) ประเมินภาวะผิดปกติของ Compartment Syndrome ด้วยหลัก7P ภายใน 30 นาที ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 2) ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวและสังเกตอาการผิดปกติเมื่อกลับบ้าน 3) หากนอนโรงพยาบาลประสานส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลกับหน่วยงาน มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบแผนการรักษา (Order) ก่อนกลับ หรือส่งต่อ 2) การบันทึกเยี่ยมบ้าน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 3) การประเมินภาวะแทรกซ้อนเมื่อมาตรวจ Follow up 4) การส่งต่อการดูแลหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง 5) การติดตามทางโทรศัพท์เพื่อติดตามอาการ 6) การติดตามเมื่อขาดนัดและส่งต่องานเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมคู่ขนาน มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ใช้บริการ และมาตรฐานที่ 9 การบันทึกการพยาบาล

2. ผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาล

2.1 ผลการนำใช้รูปแบบการจัดการบริการพยาบาลฯ ของพยาบาลปะจำการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้นำใช้รูปแบบฯ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 31-35 ปี ร้อยละ 75 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 และส่วนใหญ่ร้อยละ100 มีอายุงานด้านศัลยกรรมกระดูกระหว่าง 5 เดือน – 4 ปี รองลงมาร้อยละ 50 อายุงานด้านศัลยกรรมกระดูกอยู่ระหว่าง 5–8 ปี และส่วนใหญ่ร้อยละ 100 ไม่เคยอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางศัลยกรรมกระดูก

2) ความคิดเห็นต่อการนำรูปแบบการพยาบาลฯ ไปใช้เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก พบว่า ด้านความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ระดับมาก คิดเป็น (100.0%) ด้านความชัดเจนของข้อเสนอแนะในการนำใช้อยู่ระดับมาก (100.0%) ด้านความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานอยู่ระดับมาก (100.0%) ด้านความประหยัดและลดต้นทุน (75.0%) ด้านประสิทธิผลของการนำใช้ส่วนใหญ่อยู่ระดับมาก (100.0%) และด้านความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำใช้ในหน่วยงานส่วนใหญ่อยู่ระดับมาก (100.0%)

2.2 ผลลัพธ์การนำใช้รูปแบบการจัดการบริการพยาบาลฯโดยใช้เกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 4 มิติ ดังนี้

1) มิติที่1 มิติด้านประสิทธิผลตามพันธ์กิจงานจากการประเมินโครงการโดยใช้กรอบที่ใช้พิจารณาความคุ้มค่าของการประเมินผลสัมฤทธิ์โครงการ 3 E คือ 1) ความประหยัด (Economy) 2) ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) และ 3) ความมีประสิทธิผล (Effectiveness) พบว่า ดำเนินการได้ครบทุกประเด็น (100.0%) โดยการจัดทำแผนงาน/ โครงการดำเนินการได้ทุกรายการเต็ม 5 คะแนน คือ มีการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์

การกำหนดเป้าหมาย จัดทำแผนปฏิบัติการและอนุมัติให้ดำเนินการ 2. การดำเนินงานและความครอบคลุมกิจกรรมกระบวนการดำเนินงานครอบคลุม (100.0%) 3. ความเหมาะสมในด้านอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และความสำเร็จของผลการดำเนินงานผลการดำเนินงานผลลัพธ์ดีกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้

2) มิติที่ 2 มิติด้านคุณภาพการให้บริการการพยาบาล จากการสอบถามการรับรู้คุณภาพบริการทั้งในมุมของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ดังนี้

(1) การรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการต่อการให้บริการในคลินิกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า ข้อมูลประชากรกลุ่มผู้ป่วยโรคกระดูกหักต้นแขนคลินิกออร์โธปิกดิกส์ ทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป (50.0%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (60.0%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (70.0%) ส่วนใหญ่อาชีพ ค้าขาย/รับจ้าง/ธุรกิจส่วนตัว (46.7%) สถานะคู่ (93.3%) รายได้เฉลี่ย ส่วนใหญ่ 10,000 บาท ขึ้นไป (83.3%) ตำแหน่งกระดูกหักที่ต้นแขน (100.0%) ที่ได้รับการรักษาโดยการใส่เฝือก โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของคลินิกออร์โธปดิกส์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเรียงลำดับจากคะแนนสูงสุด คือ ด้านอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องมือ (เพียงพอ สะอาด และปลอดภัยในการให้บริการวัสดุในการใช้ดามมีความแข็งแรง) (82.7%), ด้านการให้ข้อมูล และให้คำปรึกษา (80.7%), ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ (มีการแจ้งขั้นตอนและการปฏิบัติตัวในการใส่เฝือกอำนวยความสะดวกและให้การช่วยเหลือ) (78.0%) และด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ (มีการพูดคุยกำลังใจและประเมินอาการเป็นระยะๆ อัธยาศัยที่ดี สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส มีมนุษยสัมพันธ์) (74.6%)

(2) การรับรู้คุณภาพบริการของทีมสหวิชาชีพเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วย ทั้งหมด 9 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุส่วนใหญ่ 41-60 ปี (55.6%) อายุเฉลี่ย 39.22 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (100.0%) ปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ (56.6%) มีประสบการณ์ในการทำงาน 1- 10 ปี (44.4%) ฝึกอบรมการใส่เฝือกแขน (66.7%) โดยมีการรับรู้คุณภาพบริการก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (สหวิชาชีพ n=9) พบว่า ก่อนการพัฒนาความรู้และข้อปฏิบัติส่วนที่ทำได้ดีทุกคนครบถ้วน (100.0%) คือ ความรู้และข้อปฏิบัติที่ 1 ผู้ป่วยกระดูกหักข้อเคลื่อนข้ออักเสบเส้นเอ็นอักเสบให้อยู่นิ่งและข้อ 5 ไม่ควรให้เฝือกเปียกน้ำและความรู้และข้อปฏิบัติข้อที่ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 และ 10 ทำได้เป็นส่วนมาก (90.0%) หลังใช้รูปแบบพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกออร์โธปิดิกส์ พบว่า ความรู้และข้อปฏิบัติทั้ง 10 ข้อ มีความรู้ และข้อปฏิบัติทำได้ครบถ้วน (100.0%)

(3) ก่อนการพัฒนา พบว่า ความรู้และข้อปฏิบัติ (97.8%) หลังการพัฒนาคิดเป็น (100.0%) ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพ และความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด นำใช้ในกลุ่มผู้รับบริการ 30 ราย (n=30) พบว่า ร้อยละผู้ป่วยที่ Identify ถูกต้อง จำนวน 30 คน (100.0%) อัตราการเกิดภาวะ Compartment Syndrome จำนวน 0 ราย (100.0%) ร้อยละผู้รับบริการได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวครบถ้วน และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ (96.6%) ร้อยละผู้รับบริการได้รับการประเมินความปวดและจัดการอาการปวดตามมาตรฐาน (90.0%) และความพึงพอใจผู้รับบริการ (79.0%) (OP Voice ร้อยละ 95.6)

3) มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการจากการประเมินการปฏิบัติงานตามมาตรฐานผู้ป่วยนอกในผู้รับบริการที่ใส่เฝือกเป้าหมาย (100.0%) พบว่า มีการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ 1-9 ได้ครบถ้วน (75.0%) และปฏิบัติตามมาตรฐานไม่ครบถ้วน (25.0%) โดยมีประเด็นส่วนขาดในมาตรฐานที่ 3 การพยาบาลหลังตรวจ/ขั้นตอนเข้าเฝือกและมาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ

4) มิติที่ 4 มิติด้านการพัฒนาองค์กรการพยาบาล (เกื้อกูลองค์กรและสังคม) จากการประเมินสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางการเข้าเฝือกเป้าหมายคือผ่านเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ (80.0%) มีจำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนนการให้คะแนนในแต่ละสมรรถนะ การประเมินสมรรถนะเฉพาะด้านการเข้าเฝือกสำหรับพยาบาล 4 คน ผลการประเมินผ่านเกณฑ์สมรรถนะที่ตั้งไว้มากกว่า หรือ

เท่ากับ (80.0%) ขึ้นไป ได้คะแนน 90 และ 80 คะแนน จำนวน 2 คน ผ่านเกณฑ์สมรรถนะเฉพาะด้านการพยาบาลเข้าเฝือก (50.0%) และไม่ผ่านเกณฑ์สมรรถนะที่ตั้งไว้ คือ 70 คะแนน จำนวน 2 คน ไม่ผ่านเกณฑ์สมรรถนะเฉพาะด้านการพยาบาลเข้าเฝือก (50.0%)

ตารางที่ 1 การรับรู้คุณภาพบริการก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

ลำดับ	ความรู้และข้อปฏิบัติ	ก่อนพัฒนา (N=9)	หลังพัฒนา (N=9)
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1	ผู้ป่วยกระดูกหักข้อเคลื่อนข้ออักเสบ เส้นเอ็นอักเสบให้อยู่นิ่ง	9(100.0)	9(100.0)
2	ป้องกันการหักของกระดูกในกรณีที่เป็นโรคกระดูก เช่น โรคกระดูกอ่อนหรือเป็นเนื้องอกของกระดูก, กระดูกอักเสบติดเชื้อ	8(90.0)	9(100.0)
3	ดามกระดูกหรือข้อต่อหลังผ่าตัด ให้ข้อต่อที่ผ่าตัดนั้นอยู่นิ่ง ๆ เพื่อปกป้องเนื้อเยื่อและป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นบริเวณที่ผ่าตัด หรือเย็บซ่อมเส้นเอ็น	8(90.0)	9(100.0)
4	อย่าตัดเจาะหรือใช้ของแข็งแยงเข้าไปในเฝือก	8(90.0)	9(100.0)
5	ไม่ควรให้เฝือกเปียกน้ำ	9(100.0)	9(100.0)
6	ไม่ควรขีดเขียนบริเวณเฝือกนอกเหนือจากที่แพทย์ได้เขียน หรือทำเครื่องหมายไว้	8(90.0)	9(100.0)
7	มีอาการปวดมากยิ่งขึ้นหรือบวมปลายมือ ปลายเท้าบริเวณต่ำกว่าขอบเฝือก เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดไม่ดี ควรรีบพบแพทย์	8(90.0)	9(100.0)
8	เมื่อพบว่าเฝือกหลวม บุบสลายหรือแตกหัก	8(90.0)	9(100.0)
9	เฝือกคับหรือแน่นเกินไป จากการบวมของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ	8(90.0)	9(100.0)
10	การเข้าเฝือกนานเกินไป ทำให้ข้อยึดติดแข็ง	8(90.0)	9(100.0)

วิจารณ์

จากผลการวิจัยซึ่ง พบว่า รูปแบบการจัดการบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทิศทาง นโยบายและการบริหารจัดการ 2) พยาบาลผู้จัดการ และการประสานงาน 3) การบริหารจัดการด้านเครื่องมืออุปกรณ์ 4) สมรรถนะเฉพาะด้านสำหรับพยาบาลเข้าเฝือก 5) ด้านกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล และ 6) การประเมินผลลัพธ์โดยใช้เกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 4 มิติ ผลลัพธ์การใช้รูปแบบฯ พบว่า มีความเป็นไปได้ เหมาะสม ถูกต้อง เป็นประโยชน์ ร้อยละ 100 และ 2) พยาบาลผู้ใช้พึงพอใจยอมรับในระดับมาก ร้อยละ 90 และผลลัพธ์คุณภาพบริการผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกทางคลินิกเพิ่มขึ้นทุกด้าน และผู้ป่วยพึงพอใจร้อยละ 70 ทั้งนี้เป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจ สร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรลงถึงระดับปฏิบัติการและการเกิดพลังอำนาจในการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเพื่อคุณภาพบริการ[11] ดังนั้นพยาบาล

ผู้ปฏิบัติจึงควรนำใช้รูปแบบการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพราะส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก เพิ่มคุณภาพผลลัพธ์ทางคลินิกตามที่คาดหวัง ผู้ป่วยพึงพอใจต่อคุณภาพบริการพยาบาลและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางด้านพยาบาลออร์โธปิดิกส์ และเข้าเฝือก สอดคล้องการศึกษาของวีรนุช ไตรรัตโนภาสเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก พบว่า การดึงถ่วงน้ำหนักเป็นแนวทางหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุกระดูกหัก โดยใช้หลักจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อให้กระดูกที่หักอยู่นิ่ง และใช้แรงดึงกระดูกที่เคลื่อนออกจากแนวเดิม ให้กลับเข้าไปอยู่ในแนวเดิมหรือใกล้เคียงกับแนวเดิม บทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยต้องถูกจัดให้นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ทำให้อาจมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้น ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อ หลอดเลือดดำอุดตัน ความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่ม และระบบไหลเวียนล้มเหลว พยาบาลวิชาชีพจึงควรมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการดึงถ่วงน้ำหนัก โดยเฉพาะการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การจัดการความปวด การส่งเสริมการจัดท่า และการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมและการจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา และฟื้นหายเร็วขึ้น[10] สอดคล้องการหลักการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักโดยการใส่เฝือกของสมศักดิ์ คุปตน์รัตศิยกุล ว่าเป็นการให้การรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยเหล่านั้นโดยในขั้นตอนก็จำเป็นการเรียงตามลำดับความสำคัญ คือ Save life, Save limb และ Function ตามลำดับการดูแลในเรื่องของการ Resuscitation ก่อนโดยผ่านขบวนการ Clear airway, Breathing และ Circulation ตาการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ในขณะนั้นพยาบาลก็สามารถให้การดูแลเบื้องต้นกับผู้ป่วยเหล่านี้ไปพร้อมๆ กันโดยหลักของการดูแลเบื้องต้น คือ 1. ลดอาการปวด 2. ป้องกันความพิการที่อาจเกิดตามมาจากการที่ปลายกระดูกที่หักนั้นทำอันตรายต่อเส้นเลือดและเส้นประสาทข้างเคียง 3. ป้องกันการผิดรูป (Deformity) ที่มีอยู่เดิมและที่อาจจะเกิดขึ้นต่อมาในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จุดประสงค์ทั้ง 3 ประการนี้สามารถทำได้โดยการดามกระดูกหักนั้นไว้ชั่วคราวด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใส่เฝือก[16] สอดคล้องการศึกษาของทิพย์อักษรอินทร์ติยะเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังภาวะ Compartment Syndrome ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ผลการศึกษาสามารถยืนยันประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังภาวะ Compartment syndromeในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ได้จึงควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ต่อไป ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวัง compartment syndrome ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ช่วยให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุม ช่วยให้ง่ายต่อการตัดสินใจให้การพยาบาล และช่วยให้พยาบาลตัดสินใจรายงานอาการผู้ป่วยกับแพทย์ได้รวดเร็ว[19] สอดคล้องการศึกษาของกาญจนา วงษ์เลี้ยง ศึกษาเกี่ยวกับ “มีดตกแต่งเฝือก (PSU cast cutting knife)” คลินิกห้องเฝือก ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า การใส่เฝือกขาทั้งในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่บริเวณขาและเท้า เช่น กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ข้อแพลง หรือในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของรูปขา และเท้านั้นจะต้องพันเฝือกให้แน่นกระชับกับกระดูกขา โดยความยาวของเฝือกจะต้องใส่ตั้งแต่ข้อที่ต่ำกว่ากระดูกที่หักจนถึงข้อที่อยู่สูงกว่ากระดูกที่หัก และกรณีที่ต้องดัดเท้าที่ผิดปกติให้ได้รูปต้องใส่เฝือกให้คลุมปลายเท้าแล้วจึงตกแต่งเฝือกให้ได้รูปตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการเพื่อให้เกิดความสุขสบายกับผู้ป่วยขณะอยู่ในเฝือก โดยทั่วไปในการใส่เฝือกมักจะไม่ได้รูปตามที่ต้องการในขั้นตอนเดียว แต่ต้องมีการตกแต่งเฝือกเพื่อให้ตรงตามแผนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขณะอยู่ในเฝือกและสามารถประเมินการไหลเวียนของเลือดได้อีกด้วย ปัจจุบันพบว่ายังไม่มีมีดที่มีความเหมาะสมในการตกแต่งโดยเฉพาะบางโรงพยาบาลมีการนำมีดทั่วไปมาใช้แทนซึ่งไม่มีความคมหรือตกแต่งไม่สะดวกบางโรงพยาบาลใส่เฝือกโดยไม่คลุมปลายเท้า และไม่มีการตกแต่งทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายขณะอยู่ในเฝือก

จึงได้ประดิษฐ์มีดตกแต่งเฝือกขึ้น[20] สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลการช่วยเหลือผู้รับบริการเมื่อใส่เฝือกโรงพยาบาลสูงเนินซึ่งพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจการพยาบาลพยาบาลประจำคลินิกเฝือกสำหรับพยาบาลซึ่งต้องเป็นผู้มีสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่มารับการใส่เฝือกในทุกระยะตั้งแต่ระยะก่อนใส่ ระหว่างใส่และการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยที่ใส่เฝือกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นหากไม่มีความรู้ในการประเมิน เฝ้าระวัง และปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามหลัก Save life, Save limb และ Function ตามลำดับ[21]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ

1.1) ในการดูแลตามรูปแบบการจัดการบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอกนั้น บุคลากรพยาบาลเป็น ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนใส่ ระหว่างใส่ และหลังใส่เฝือกตามกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยนอกจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแล และเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้การดูแลที่มีคุณภาพจำเป็นต้องมีอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลที่สมดุลกับปริมาณภาระงาน การให้บริการพยาบาลจึงจะมีคุณภาพและปลอดภัย ผลงานมีประสิทธิผล จากจำนวนบุคลากรงานดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอกทั้งหมด 5 คน กรณีมีผู้รับบริการมากบางครั้งจะไม่สามารถเรียกอัตรากำลังเสริมได้ควรมีการสรรหาบุคลากรพยาบาลเพิ่มให้งานสำรองกรณีฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ลากิจ ลาป่วยกะทันหัน เพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง

1.2) จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอกนั้นเกิดจากหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยจากการบริการพยาบาล ปัจจัยจากผู้ป่วยกระดูกหักที่มารับการใส่เฝือก และปัจจัยจากการรักษา แพทย์และบุคลากรพยาบาลในห้องตรวจออร์โธปิดิกส์สามารถให้การดูแลได้อย่างเต็มที่จากปัจจัยจากผู้ป่วยกระดูกหักที่มารับการใส่เฝือก ส่วนปัจจัยจากผู้ป่วยกระดูกหักที่มารับการใส่เฝือกต้องได้รับการเฝ้าระวังการค้นหาปัจจัยเสี่ยง เตรียมความพร้อมและวางแผนการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนใส่ ระหว่างใส่ และหลังใส่เฝือกในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงซึ่งเป็นความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลในการช่วยเหลือและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาการใส่เฝือกจึงควรมีการประชุม ทบทวนและวิเคราะห์หาสาเหตุปัจจัยร่วมกันในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป

1.3) จากการนำใช้รูปแบบในองค์ประกอบการบริหารจัดการระบบผลลัพธ์ของงานยังไม่ครอบคลุมในประเด็นการตรวจสอบผลการพยาบาลด้วยกระบวนการพยาบาลเพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของขั้นตอนการให้บริการด้วยกระบวนการพยาบาลที่มีตัวชี้วัดวัดกิจกรรมแต่ละขั้นตอนของการให้การพยาบาลด้วยหลักกระบวนการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพมากขึ้น และในประเด็นการจัดระบบการตรวจเยี่ยมและนิเทศเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ให้บริการผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอกจะต้องสัมผัสผู้ป่วยทุกคนโดยตรงอย่าง น้อย 2-3 ครั้ง ด้วยการนำทีมตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทำให้หัวหน้าห้องทีมห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ได้รับรู้ รับฟัง รับทราบข้อมูล ข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยและญาติทางตรงเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานต่อไป

1.4) ไม่ควรมีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอกในขณะที่อัตรากำลังยังไม่เพียงพอเนื่องจากห้องใส่เฝือกเป็นหน่วยงานเฉพาะต้องการพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป คือ 1) ควรมีการวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักมารับการใส่เฝือกและศึกษาผลการนำใช้

ในด้านความปลอดภัยและคุณภาพทางคลินิก 2) ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการขยายผลการนำใช้รูปแบบอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยกระดูกหักที่รับการใส่เฝือก และปรับปรุงให้ทันสมัยเหมาะสมกับบริบท และ 3) ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะห้องตรวจ ดังนี้ (1) ทักษะการใส่เฝือกบุคลากรควรผ่านการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ (2) สื่อแผ่นพับเป็นความรู้แต่ถ้ามีแผ่นเช็คลิสต์ความผิดปกติให้ชัดเจนจะทำให้ง่ายต่อการนำใช้ปฏิบัติ และ (3) ศึกษาการนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในบริบทมีข้อจำกัดหรือไม่ เช่น ค่าต้นทุนอุปกรณ์ สมรรถนะ และความร่วมมือ เนื่องจากบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นแขนหักที่ต้องได้รับการใส่เฝือก จากปัญหาที่พบผู้ป่วยเกิดภาวะไม่สุขสบายจากการปวด เฝือกหลวมหลุดง่าย มาพบแพทย์และเปลี่ยนเฝือก การใส่เฝือกชนิดนี้มีวิธีการใส่ที่ค่อนข้างยุ่งยาก ดังนั้นการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหักโดยการประยุกต์วิธีการด้วย Coaptation splint with sling comfort (u- slab) คลุมข้อศอกแบบประยุกต์เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม มีมาตรฐาน มีคุณภาพและความปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้เก็บรวบข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณ พว. นงลักษณ์ อิฐรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พว. รุ่งรัตน์ เนตรโสภา และพว.ดร. มะลิวรรณ อังคณิตย์ ที่ชี้แนะและให้คำปรึกษาในการจัดทำกรณีศึกษาครั้งนี้ ขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในคลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ และผู้ป่วยทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พนิดา ไกรนรา. ผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเฝ้าระวังอาการสำคัญที่นำไปสู่ภาวะคุกคามชีวิตของผู้บาดเจ็บรุนแรง หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2566;32(1):66-79.
2. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. MOPH ED. Triage. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. สำนักนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. สถิติจราจรและอุบัติเหตุและแผนการขนส่งและจราจร. วารสารนโยบายการขนส่งและจราจร; 2566.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. MOPH ED. Triage. ใน: Moskop J C Iserson K V. “Triage in medicine, part I: Concept, history and types.” Ann emerg med; 2561.
5. สภาพยาบาล. ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0028.PDF
6. ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ข้อมูลอุบัติการณ์จากดูแลรักษาด้านกระดูกและข้อ ปี 2559-2566. งานผู้ป่วยนอกชั้น 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2566.
7. ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติผู้รับบริการกระดูกหักที่มารับบริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก; 2566.
8. งานผู้ป่วยนอกชั้น 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง งานผู้ป่วยนอกชั้น 1. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก; 2566.

9. สภาการพยาบาล. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2551.
10. วีรนุช ไตรรัตโนภาส. บทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2563;26(3):110-20.
11. ศิริพร ศิริวัฒนไพศาล, นาตยา คำสว่าง, รุ่งทิพย์ โตอิน, ชื่นมนัส จาดยางโทน, เยาวรัตน์ ดุสิตกุล. รูปแบบการพัฒนาการประกันคุณภาพบริการพยาบาล: ถอดบทเรียนโรงพยาบาลตติยภูมิ. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข. 2566;2(1):66-73.
12. สำนักการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. การประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก. บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2555.
13. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวันจำกัดจังหวัดปทุมธานี; 2562.
14. มะลิวรรณ อังคณิตย์, เรวดี สมทรัพย์, บุษบา วงค์พิมล. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มงานวิจัย และพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(1):107-116.
15. เกษร สังข์กฤษ, ไพลิน นัดสันเทียะ, วิภา แก้วเคน, ปิยนุช บุญกอง. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จังหวัดสกลนคร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2558;30(2):110-21.
16. สมศักดิ์ คุปติรัตน์ศยกุล. แนวทางการรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก-ข้อเคลื่อน. ภาควิชาออรโธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://ortho2.md.chula.ac.th/phocadownload/data-sheet/guidelines-spine-SomsakMD.pdf
17. พิกุล นันทชัยพันธ์. ใน: เรณู แบนสุภาพ. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการบาดแผลอุบัติเหตุแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
18. วิชัย โชควิวัฒน. ปฏิญญาเฮลซิงกิของแพทยสมาคมโลก (ค.ศ.2013) หลักการจริยธรรม สำหรับการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์. สถาบันพัฒนาการคุมครองการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
19. ทิพย์อักษร อินทร์ติยะ. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังภาวะ Compartment Syndrome ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2023;8(1-3).
20. กาญจนา วงษ์เลี้ยง. “มีดตกแต่งเฝือก (PSU cast cutting knife)”. ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. Nursing Research Newsletter. 2561;7(61):1-10.
21. โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. การช่วยเหลือผู้รับบริการเมื่อใส่เฝือก. คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจการพยาบาล [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2566]; 2563. เข้าถึงได้จาก: https://sungnoenhospital.com/wp-content/uploads/2021/12/MOIT2.13

การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมดแบบผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง และผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Uterine Fibroid Patients Undergoing Total Hysterectomy and Cervical Dissection with open Abdominal Surgery and Laparoscopic Surgery: 2 Case Studies

ดวงใจ นิ่มวัฒนกุล*

Duangjai Nimwattanakul

Corresponding author: E-mail: dongjai9888@gmail.com

(Received: December 22, 2023; Revised: December 29, 2023; Accepted: February 2, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบสภาพปัญหาและศึกษาความต้องการการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูก 2 ราย ซึ่งเข้ารับการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมดแบบผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องจำนวน 1 ราย และผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก 1 ราย ที่มีความแตกต่างด้านปัจจัยส่วนบุคคล แผนการรักษา และความต้องการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล

วัสดุและวิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยเนื้องอกมดลูก จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์เฉลิมพระเกียรติชั้น 3, 4 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ดูแลและการสังเกตอาการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบ พยาธิสภาพและอาการแสดงของผู้ป่วย แผนการรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแผนสุขภาพ 11 แบบของกอร์ดอน และวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และช่วยเหลือตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยใน สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : พบว่า 1. ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดเหมือนกันถึงแม้ว่าชนิดของการผ่าตัดจะแตกต่างกัน ส่วนปัญหาที่แตกต่าง คือ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะซีดเดิมตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจำเป็นต้องได้รับเลือดก่อนผ่าตัด 2. ระยะหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัญหาและความต้องการคือ 1) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยเปิดหน้าท้องมีระดับความปวดมากกว่าผู้ป่วยผ่าตัดส่องกล้องแผลเล็กเนื่องจากแผลผ่าตัดมีขนาดใหญ่ ทำให้เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บมากกว่า แต่ผู้ป่วยผ่าตัดส่องกล้องแผลเล็กมีอาการไม่สุขสบายจากการปวดร้าวไหล่ร่วมด้วย อันเป็นผลมาจากการใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง 2) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านและพบว่าการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดโดยวิธีผ่าตัดส่องกล้องแผลเล็กเร็วกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ส่วนปัญหาที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดทางช่องท้องยังต้องเฝ้าระวังภาวะซีดเนื่องจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด 700 มิลลิลิตร และได้ PRC 1 unit ในห้องผ่าตัด ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเนื้องอกมดลูกซึ่งเข้ารับการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมดแบบผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง และผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก เพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลควรพัฒนาสมรรถนะการช่วยเหลือผู้ป่วยตามมาตรฐานผู้ป่วยใน และทักษะในการประเมินอาการและอาการแสดงอย่างครอบคลุม รวมทั้งเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติที่จะเกิดขึ้นในการผ่าตัดทั้งสองแบบ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก; การผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง; การผ่าตัดผ่านกล้อง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์เฉลิมพระเกียรติชั้น 3 และ 4 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : The purpose of this case study is to compare problem conditions and study nursing needs in 2 uterine fibroid patients. Who underwent total hysterectomy and cervix with open abdominal surgery and laparoscopic incision with differences in personal factors, treatment plans, and nursing needs according to nursing diagnosis.

Materials and Methods : The sample was purposively selected in 2 patients with Uterine Fibroid, who were admitted Chaloem Phrakiat Monks Special Ward 3,4, Roi Et Hospital. Unlucky to be admitted to Roi Et hospital during November–December 2023. Tools used to collect data include: data recording form patient medical records patient information record, caregiver interviews and symptom observation. Analyze data by comparison, patient's pathology and signs treatment plan evaluate nursing problems with Gordon's 11 health plans, and plan nursing action according to nursing diagnosis and assist in accordance with patient-care-standards in the royal care. Summarize and evaluate nursing results.

Main findings : The results of the study found that 1. The period before surgery both patients had the same surgical anxiety, although the type of surgery was different. 2. In the postoperative period, it was found that both patients had problems and their needs were: 1) Unwell due to wound pain. Patients who had abdominal surgery had more pain levels than those who had laparoscopic incision surgery because the incision was larger and the tissue was injured more. 2) That the recovery after surgery using a small incision laparoscopic surgery is faster than an open abdominal surgery. The different problem is that patients undergoing abdominal surgery still need to monitor for anemia due to blood loss during surgery of 700 ml and receiving 1 PRC unit in the operating room. The results of this study can be used as a basis for improving the operating room service in order to operate more efficiently and reduce complications that may occur to patients.

Conclusion and recommendations : This study resulted that; Nurses should develop competency in helping patients according to inpatient standards and skills in comprehensively assessing signs and symptoms. Including monitoring and observing abnormal symptoms that will occur in both types of surgery. To keep the patient safe, no complications will occur.

Keywords : Nursing of hysterectomy patients; Open abdominal incision; Small incision laparoscopic surgery

* Professional nurses, Chaloem Phrakiat Monks Special Ward 3,4, Roi Et Hospital.

บทนำ

เนื้องอกมดลูก (Myoma uteri, uterine leiomyomas or fibroids) คือเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง ที่เกิดจากการเพิ่มจำนวนของเซลล์กล้ามเนื้อของมดลูก เป็นเนื้องอกของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิง[1] พบได้ร้อยละ 20-50 ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ พบมากในช่วงอายุ 35-40 ปี และพบมากขึ้น อายุมากขึ้น พบว่ามีอุบัติการณ์แตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติ โดยพบว่าหญิงชาวแอฟริกันพบมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 60-80 ส่วนชาวผิวขาว (Caucasian) พบอุบัติการณ์ประมาณ ร้อยละ 70 ในช่วงอายุ 50 ปี เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกส่วนใหญ่ไม่มีอาการ หากมีอาการ มักเป็นอาการเลือดออกผิดปกติแบบประจำเดือนมามากหรือมานานกว่าปกติ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยอาจมาด้วยเลือดระดูออกมากจนซีดลง หรือถึงขั้นมีภาวะช็อกจากการเสียเลือดมาก (Hypovolemic shock) ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดท้องน้อยมากขึ้นกว่าเดิมเนื่องจากมีการตายของเซลล์แบบมีเลือดออกในก้อน (Red degeneration) เนื่องจากก้อนมีเลือดไปเลี้ยงไม่พอกับขนาดของเนื้องอกที่โตขึ้นมาก ในสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 2.7-12.6 พบว่ามีเนื้องอกมดลูกร่วมด้วย อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดการตั้งครรภ์ตั้งแต่ แท้งบุตร เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ทำให้ทารกอยู่ในท่าที่ผิดปกติ ขัดขวางการคลอดทำให้เกิดการคลอดยากหรือคลอดลำบากที่สุด[2] แนวทางการรักษา คือ การลดขนาดของเนื้องอกมดลูก โดยการตัดเนื้องอกมดลูกหรือตัดมดลูก ในปัจจุบันสามารถผ่าตัดได้หลายวิธี ได้แก่ 1) การผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้องแบบปกติ (Abdominal Hysterectomy) 2) การผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอด (Vaginal Hysterectomy) 3) การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง (Laparoscopic Hysterectomy)[3] ซึ่งมีข้อเสียและข้อจำกัดแตกต่างกันไป แต่โดยสรุปเนื้องอกมดลูกนี้นับเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการผ่าตัดมดลูกมากที่สุด[2]

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลขนาด 820 เตียง จากสถิติของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่าใน ปี พ.ศ.2564, 2565 และ 2566 มีผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกจำนวน 222, 227 และ 308 รายตามลำดับ และพบว่า ผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบ Abdominal Surgery จำนวน 12 ,18 และ 33 รายตามลำดับ รักษาโดยการผ่าตัดผ่านกล้องส่อง จำนวน 1, 1 และ 2 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกมีโรคร่วมต่างๆ มากที่สุด ได้แก่ โรคหอบหืด รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ[4] จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาโดยผ่าตัดเพิ่มขึ้นในทุกปี การผ่าตัดเลาะเฉพาะเนื้องอกนี้จะมีการเสียเลือดมาก ถ้ายิ่งมีหลายก้อนและหรือก้อนขนาดใหญ่ยิ่งมีโอกาสเสียเลือดมากขึ้นรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์อาจเกิดภาวะมดลูกแตกได้[2] จากการศึกษาของ ปัทมา พรหมสนธิ, เสาวคนธ์ อัจจิมากร[5] พบว่าเมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด และต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นผลให้ผู้ป่วย และญาติมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด การขาดความรู้ความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลตึกผู้ป่วยนรีเวชเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่มีความสำคัญที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในการผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้องแบบปกติ (Abdominal Hysterectomy) พยาบาลจึงมีบทบาทในการประเมินติดตาม เฝ้าระวังอาการ อาการเปลี่ยนแปลง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และวางแผนให้การปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมตามปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง (Laparoscopic Hysterectomy) ถึงแม้จะมีข้อดีเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ที่ช่วยให้แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กลง ลดอาการเจ็บแผล และใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดแผล ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้เร็วขึ้น แต่เป็นวิธีการผ่าตัดแบบใหม่ พยาบาลสูตินรีเวชกรรมผู้ให้การดูแลจึงต้องอาศัยความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานเพื่อสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดได้อย่างมีมาตรฐานในทุกวิธีการผ่าตัด จากความสำคัญดังกล่าวนี้ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาล

ผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกแบบใช้กล้องส่องหน้าท้องและไม่ใช้กล้องส่องหน้าท้อง และเป็นแนวทางในการปฏิบัติแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยนรีเวชกรรมท่านอื่น โดยศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และให้การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานกระบวนการพยาบาล และคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทของตนเองต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบสภาพปัญหาและศึกษาความต้องการการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูก 2 ราย ซึ่งเข้ารับการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมดแบบผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องจำนวน 1 ราย และผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก 1 ราย ที่มีความแตกต่างด้านปัจจัยส่วนบุคคล แผนการรักษา และความต้องการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยเนื้องอกมดลูก จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาในตึกพิเศษสงฆ์ ชั้น 3 ตึกพิเศษสงฆ์ชั้น 4 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2566 ทำการศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน[6] วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยใน สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยเนื้องอกมดลูก จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาในตึกพิเศษสงฆ์ ชั้น 3 ตึกพิเศษสงฆ์ชั้น 4 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2566 ทำการศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน[6] วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยใน สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบประเมินแผนสุขภาพของกอร์ดอน[6] 2) เวชระเบียน 3) ข้อมูลการรักษาในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล และ 4) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลผู้ป่วยแบบไม่มีโครงสร้าง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบอาการ การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูก ที่เข้ารับการรักษาในตึกพิเศษสงฆ์ ชั้น 3 ตึกพิเศษสงฆ์ชั้น 4 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย โดยดำเนินการศึกษา ดังนี้

1. คัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นเนื้องอกมดลูก ที่เข้ารับการรักษาในตึกพิเศษสงฆ์ ชั้น 3 ตึกพิเศษสงฆ์ชั้น 4 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 2 ราย

2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีตประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ

3. ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษเอ็กซเรย์

4. ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัย ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูก ที่เข้ารับการรักษาในตึกพิเศษสงฆ์ ชั้น 3 ตึกพิเศษสงฆ์ชั้น 4 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยได้ทำการปรึกษาแพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญทางด้านสูตินรีเวชกรรม เกี่ยวกับแนวทางการตรวจวินิจฉัย แผนการรักษา และนำความรู้ที่ได้มาวางแผนการดูแลพยาบาลผู้ป่วย

5. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัย

ปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และช่วยเหลือตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยใน สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

6. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

7. เรียบเรียงและเขียนผลงาน และจัดพิมพ์รูปเล่มเป็นเอกสารวิชาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษากรณีศึกษาในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 031/2567 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ซึ่งผู้วิจัยได้คำนึงถึงการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัย 3 ด้าน คือ เคารพในบุคคลที่ให้ข้อมูล ประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับ และความยุติธรรมในการปฏิบัติกับผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1 ผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง	กรณีศึกษารายที่ 2 ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก
ข้อมูลทั่วไป	หญิงไทย อายุ 34 ปี น้ำหนัก 76 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร BMI 29.69	หญิงไทย อายุ 32 ปี น้ำหนัก 52 กิโลกรัม สูง 157 เซนติเมตร BMI 21.14
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	-8 เดือนก่อนมา ปวดท้องน้อย เป็นมากขึ้นตอนมีประจำเดือน ไปพบแพทย์ ตรวจพบ Myoma uteri with dysmenorrhea ปวดประจำเดือน PS 8/10 -2 สัปดาห์ก่อนมา ไปพบแพทย์ที่คลินิกจากอาการเดิม ปวดประจำเดือน PS 10/10 คะแนน กินยาแก้ปวดไม่หาย ไปคลินิก U/S และคลำพบก้อนที่ท้องน้อย กดไม่เจ็บ ปวดตลอดเวลา แพทย์นัดมาผ่าตัด	-2 ปีก่อนมา มีอาการปวดหน่วงท้องน้อยซ้ายไปคลินิก ผลอัลตราซาวน์พบ left ovarian cyst ให้การรักษาโดยการฉีดยาคุมมาเรื่อยๆ -วันนี้แพทย์นัดผ่าตัด laparoscopic cystectomy
โรคประจำตัว	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการผ่าตัด	Appendectomy	ปฏิเสธ
ประวัติการแพ้อาหาร/ยา	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการใช้สารเสพติด	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
วินิจฉัย	Myoma uteri 8 cms with severe dysmenorrhea	Lt. ovarian cyst with Myoma uteri 6 cms

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1 ผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง	กรณีศึกษารายที่ 2 ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก
สัญญาณชีพแรกรับ	อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/87 มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 118/71 มิลลิเมตรปรอท
การผ่าตัด	TAH	Laparoscopic Lt.SO c Myomectomy
เอกซเรย์/คลื่นไฟฟ้าหัวใจ	Film Chest X-ray: ปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ : ปกติ	Film Chest X-ray: ปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ : ปกติ
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	**CBC:** WBC 10,400 /uL., Hb 12.1 g/dl., Hematocrit 40.7 %, Platelet 308,000 cell/mm. Neutrophil 56% Lymphocyte 35% **การแปลผล:** WBC สูงเล็กน้อย อาจมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย	**CBC:** WBC 6,500 /uL., Hb 12.4 g/dl., Hematocrit 39.5 %, Platelet 219,000 cell/mm. Neutrophil 60% Lymphocyte 32% **การแปลผล:** ปกติ
	Chemistry: FBS 86 ml/dL BUN 12 mg/dL, Creatinine 0.58 mg/dL ,eGFR 121 mL/min/1.73m^2, Sodium 137 mEq/L, Potassium 4.5 mEq/L, Chloride 100 mEq/L, Bicarbonate 25 mEq/L **การแปลผล:** ปกติ	**Chemistry:** FBS 94 ml/dL BUN 13 mg/dL, Creatinine 0.65 mg/dL ,eGFR 118 mL/min/1.73m^2, Sodium 138 mEq/L, Potassium 4.0 mEq/L, Chloride 106 mEq/L, Bicarbonate 23 mEq/L, **การแปลผล:** ปกติ
	Urine analysis: bacteria moderate **การแปลผล:** อาจมีภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ	**Urine analysis:** ไม่ส่งตรวจ
	Immunology: CA-125 =412.50 U/ml, CA19-9 =97.28 U/ml **การแปลผล:** สูงกว่าปกติ แสดงว่า CA-125 และ CA 19-9 มีแนวโน้มเป็นมะเร็งสูง สัมพันธ์ในกลุ่มมะเร็งรังไข่, มะเร็งเต้านม, มะเร็งมดลูก, มะเร็งปากมดลูก	**Immunology:** ไม่ส่งตรวจ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1 ผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง	กรณีศึกษารายที่ 2 ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก
ระยะเวลาการผ่าตัด	140 นาที ใช้ระยะเวลาน้อยกว่าการผ่าตัดส่องกล้องแผลเล็ก เนื่องจากศัลยแพทย์มีความชำนาญ และการผ่าตัดเปิดหน้าท้องมีการลงแผลผ่าตัดแบบ Low Transverse เพื่อให้สามารถมองเห็นความผิดปกติอื่นๆ ในช่องท้องได้ชัดเจนมากขึ้น ทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้น	165 นาที เนื่องจากวิธีนี้แพทย์จะทำการผ่าตัดด้วยการใช้เครื่องมือผ่าตัดชนิดพิเศษร่วมกับกล้องขยายและจอรับภาพ โดยไม่ต้องเปิดหน้าท้องให้เป็นแผลกว้าง โดยเจาะช่องที่ผนังหน้าท้อง บริเวณสะดือกว้างประมาณ 1 เซนติเมตร เพื่อสอดกล้องขยายเข้าไปในช่องท้อง ถ่ายทอดภาพออกมาให้แพทย์ได้เห็นทางจอโทรทัศน์ จากนั้นแพทย์จะเจาะช่องที่ผนังหน้าท้องขนาดช่องละ 0.5 เซนติเมตร อีก 3 ช่อง เพื่อสอดใส่เครื่องมือผ่าตัดชนิดพิเศษเข้าไปในช่องท้อง เนื่องจากการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดในพื้นที่จำกัด ร่วมกับเป็นระยะ learning curve ทำให้การผ่าตัดยาวนาน
จำนวนเสียเลือด	700 มิลลิลิตร เนื่องจากผู้ป่วยมีพังผืดจำนวนมากทำให้มีการยึดติดกันระหว่าง Lower Uterine Segment กับ Bladder โดยจำเป็นต้องทำ Sharp Dissection เพื่อแยกสองส่วนออกจากกัน ทำให้มีปัญหาเรื่องการเสียเลือดมาก	100 มิลลิลิตร
ขนาดบาดแผล	แผลมีขนาดยาว 16 เซนติเมตร เป็นแผลลักษณะแนวนอนตามแนวขอบกางเกงชั้นใน	แผลมีขนาดเล็กๆ ประมาณ 0.5 –1 ซม จำนวน 4 แผล
ค่าใช้จ่าย	29,773 บาท	40,397 บาท
จำนวนวันนอน	5 วัน	4 วัน

ตารางที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของมาร์จอรีย์ กอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1 ผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง	กรณีศึกษารายที่ 2 ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก
1. การรับรู้ และการดูแลสุขภาพ	รับรู้เกี่ยวกับโรค คือ มีเนื้องอกมดลูกถ้าไม่ดีขึ้นแพทย์จะพิจารณานัดผ่าตัด	รับรู้เกี่ยวกับโรค คือ มีเนื้องอกท่อรังไข่ (ช็อคโกแลตซีสต์) แพทย์ให้ทานยาคุม สังเกตอาการ ถ้าไม่ดีขึ้นแพทย์จะพิจารณานัดผ่าตัดทราบหลังผ่าตัดว่ามีเนื้องอกในมดลูกด้วย
2. โภชนาการ และการเผาผลาญอาหาร	- รับประทานข้าว 3 มื้อ/วัน ชอบกินขนมจุบจิบและผลไม้รสหวาน - ขนาดแผลหลังผ่าตัดมีขนาดยาว 16 เซนติเมตร เป็นแผลลักษณะแนวนอนตามแนวขอบกางเกงชั้นใน	- รับประทานข้าว 3 มื้อ/วัน และทานผลไม้ตามฤดูกาล - แผลมีขนาดเล็กๆ ประมาณ 0.5 –1 ซม. จำนวน 4 แผล
3. การขับถ่ายของเสีย	ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะวันละ 6-7 ครั้ง	ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ทำกิจวัตรต่างๆ ด้วยตนเอง ไม่ออกกำลังกาย เป็นกิจจะลักษณะ มีอาการปวดท้องน้อย Pain scale 6/10 คะแนน	ทำกิจวัตรต่างๆ ด้วยตนเอง ไม่ค่อย ออกกำลังกาย มีอาการปวดหน่วงท้องน้อยด้านซ้าย Pain scale 4/10 คะแนน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับวันละ 8-10 ชั่วโมง และนอนหลับยากเป็นบางวัน	นอนหลับวันละ 8-9 ชั่วโมงไม่มีปัญหาในการนอนหลับ
6. การรับรู้และสติปัญญา	รับรู้ดี ความจำดี รับรู้ เรื่องเนื้องอกมดลูก และแนวทางการรักษา	รับรู้ดี ความจำดี รับรู้ เรื่องเนื้องอกมดลูก และแนวทางการรักษา
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง ว่าเป็นเนื้องอกมดลูก และถึงเวลาต้องผ่าตัด	รับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ว่าเป็นช็อคโกแลตซีสต์และถึงเวลาต้องผ่าตัด
8. บทบาท และสัมพันธภาพในครอบครัว	เป็นสมาชิกในครอบครัว ทุกคนในครอบครัวรักใคร่กันดี	เป็นสมาชิกในครอบครัว ทุกคนในครอบครัวรักใคร่กันดี
9. เพศสัมพันธ์ และการเจริญพันธุ์	มีความต้องการทางเพศตามวัยปกติ แต่มีปัญหาเรื่องอาการรบกวนจากการปวดท้อง	มีความต้องการทางเพศตามวัยปกติ แต่มีปัญหาเรื่องอาการรบกวนจากการปวดท้อง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1 ผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง	กรณีศึกษารายที่ 2 ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก
10. การปรับตัวและเผชิญกับความเครียด	ขณะเจ็บป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด มีการซักถามบ่อยๆ ประเมินความวิตกกังวล 3 คะแนน	ขณะเจ็บป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด มีการซักถามบ่อยๆ ประเมินความวิตกกังวล 5 คะแนน
11. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามเทศกาล	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามเทศกาล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	กรณีศึกษารายที่ 1 ผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง	กรณีศึกษารายที่ 2 ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก
ระยะก่อนผ่าตัด	**1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด** S: “ผ่านานไหม ก็กลัวนะ” “แผลใหญ่มั้ยคะ ปวดมากไหม” O: ซักถามอาการบ่อยๆ มีสีหน้าวิตกกังวล ประเมินระดับความวิตกกังวลได้ 3 คะแนน **กิจกรรมการพยาบาล** 1) สร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จัก ชื่อ-สกุล และตัวผู้ป่วย 2) ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ซักถามหรือระบายความรู้สึก 4) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด 5) บันทึกรายงานและส่งต่อข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญ/ภาวะเสี่ยงที่พบแก่ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด	**1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด** S: “ผ่านานไหม ก็กลัวนะ” “แผลใหญ่มั้ยคะ ปวดมากไหม” O: ซักถามอาการบ่อยๆ มีสีหน้าวิตกกังวล ประเมินระดับความวิตกกังวลได้ 4 คะแนน **กิจกรรมการพยาบาล** 1) สร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จัก ชื่อ-สกุล และตัวผู้ป่วย 2) ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ซักถามหรือระบายความรู้สึก 4) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด 5) บันทึกรายงานและส่งต่อข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญ/ภาวะเสี่ยงที่พบแก่ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

ตารางที่ 3 (ต่อ)

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	กรณีศึกษารายที่ 1 ผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง	กรณีศึกษารายที่ 2 ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก
	การประเมินผล 1) ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ 2) ผู้ป่วยยังคงมีความวิตกกังวลในระดับเล็ก น้อย ค่าคะแนน 2 คะแนน นอนหลับได้ 3) ให้ความร่วมมือในการเตรียมตัวฝึกทักษะก่อนเข้ารับการผ่าตัด 1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล (แผลผ่าตัดมีขนาด 16 เซนติเมตร จำนวน 1 แผล) S: “ปวดแผลจัง” : “ปวดมาก ให้คะแนน 6 คะแนน” O: หน้านิ่วคิ้วขมวด บ่นปวด ขยับตัวไปมา กิจกรรมการพยาบาล 1) ให้การพยาบาลและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล 2) จัดให้นอน Fowler’s Position 3) ประเมินอาการปวดและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่พยาบาลห้องพักฟื้นเพื่อให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 4) ตรวจสอบแผลผ่าตัด สายสวนปัสสาวะ และอุปกรณ์ต่างๆ ไม่ให้ดึงรั้ง 5) ดูแลเช็ดคราบเลือด เปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อน/เปียก ก่อนเคลื่อนย้าย	**การประเมินผล** 1) ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ 2) ผู้ป่วยยังคงมีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย ค่าคะแนนลดลง 2 คะแนนนอนหลับๆ ตื่นๆ 3) ให้ความร่วมมือในการเตรียมตัวฝึกทักษะก่อนเข้ารับการผ่าตัด 1.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล (แผลผ่าตัดมีขนาด 0.5 –1 เซนติเมตร จำนวน 4 แผล) S: “ปวดแผลไม่มากค่ะ ให้คะแนน 3 คะแนน” O: หน้านิ่วคิ้วขมวดเล็กน้อย กิจกรรมการพยาบาล 1) ให้การพยาบาลและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล 2) จัดให้นอน Fowler’s Position 3) ประเมินอาการปวดและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่พยาบาลห้องพักฟื้นเพื่อให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 4) ตรวจสอบแผลผ่าตัด สายสวนปัสสาวะ และอุปกรณ์ต่างๆ ไม่ให้ดึงรั้ง 5) ดูแลเช็ดคราบเลือด เปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อน/เปียก ก่อนเคลื่อนย้าย
	การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับ Morphine 5 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วมง 4 ครั้ง	**การประเมินผล** ผู้ป่วยปวดแผลเล็กน้อย Pain score 3 คะแนน ไม่ได้รับยาแก้ปวด Pethidine 50 mg

ตารางที่ 3 (ต่อ)

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	กรณีศึกษารายที่ 1 ผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง	กรณีศึกษารายที่ 2 ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก
	อาการปวดทุเลาลง Pain score 4คะแนน และลดลงเรื่อยๆ จนวันจำหน่าย เหลือ 1 คะแนน	ในห้องพักฟื้น นอนพักผ่อนได้ อาการปวดทุเลาลง Pain score 2 คะแนน และลดลงเรื่อยๆ จนวันจำหน่ายเหลือ 1 คะแนน
ระยะหลังผ่าตัด	**2. เสี่ยงต่อภาวะซีดเนื่องจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด 700 มิลลิลิตร** S: ไม่มี O: จากบันทึกในใบบันทึกการผ่าตัด มีการเสียเลือดขณะผ่าตัด 700 มิลลิลิตร **กิจกรรมการพยาบาล** 1) สังเกต Signs หน้าท้อง และบริเวณบาดแผล การมีเลือดซึม 2) ติดตามประเมินภาวะซีด ค่า Hematocrit หากพบมีภาวะซีดดูแลให้เลือดตามแผนการรักษา 3) แพทย์พิจารณาให้ PRC 1 unit ในห้องผ่าตัด เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้เลือด 4) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการเพิ่มความเข้มข้นของเลือด 5) ติดตามสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 6) ติดตาม Urine Out Put ทุก 2 ชั่วโมง 7) ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา	**2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผ่านกล้อง** S: ไม่มี O: จากบันทึกในใบบันทึกการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง **กิจกรรมการพยาบาล** 1) สังเกตอาการบาดเจ็บต่อลำไส้ (Intestinal Injury) อาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากการแทง Trocar ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้อาเจียน และปวดท้อง 2) สังเกตการบาดเจ็บต่อท่อไต (Ureteral Injury) ร่วมกับอาการปวดท้อง มีไข้ เม็ดเลือดขาวในเลือดสูงขึ้น 3) สังเกตการบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Injury) ปัสสาวะออกน้อยลง ปัสสาวะเป็นเลือด หรือปวดบริเวณเหนือหัวหน่าว 4) อาการปวดไหล่หลังผ่าตัด (Postoperative Shoulder Pain) เกิดจากการระคายเคืองบริเวณกระบังลม 5) การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท (Nerve Injury) สัมพันธ์กับท่าของผู้ป่วย เกิดได้ทั้งบริเวณแขนและขา

ตารางที่ 3 (ต่อ)

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	กรณีศึกษารายที่ 1 ผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง	กรณีศึกษารายที่ 2 ผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก
	การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับ PRC 1 unit ในห้องผ่าตัด ไม่มีอาการข้างเคียงระหว่างให้เลือดและหลังให้เลือด ค่า Hematocrit 40 % สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปัสสาวะออก 100–150 ml/hr 3. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน S: “กลับบ้านต้องทำยังไงบ้างคะ” “จะกลับมาเป็นอีกไหม” O: ผู้ป่วยซักถามการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน	**การประเมินผล** หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผ่านกล้อง 3. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน S: “กลับบ้านต้องปฏิบัติตัวอย่างไรคะ” “จะมีโอกาสมีลูกได้ไหม” O: ผู้ป่วยซักถามการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านบ่อยๆ
	กิจกรรมการพยาบาล 1) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด ห้ามให้แผลเปียกน้ำ 2) อาการปวดแผล อาจพบได้ในช่วง 1 –2 สัปดาห์แรกของผ่าตัดและสามารถลดปวดด้วยการรับประทานยาแก้ปวด 3) ห้ามยกของหนักและห้ามขับรถ ประมาณ 1-2 เดือน 4) งดการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดประมาณ 6-8 สัปดาห์ 5) มาตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติ เช่น แผลอักเสบ บวมแดง ไข้สูง มีเลือดออกจำนวนมากหรือหนองออกจากช่องคลอด ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด ห้ามให้แผลเปียกน้ำ 2) อาการปวดแผล อาจพบได้ในช่วงสัปดาห์แรกของผ่าตัดและสามารถลดอาการปวดด้วยการรับประทานยาแก้ปวด 3) อาการปวดหัวไหล่หน่วงๆ คล้ายปวดเมื่อย อาจพบได้ในช่วง 1 –2 วันแรกของผ่าตัด และสามารถลดปวดด้วยการรับประทานยาแก้ปวด 4) ห้ามยกของหนักและเลี่ยงการขับรถเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 10-14 วันหลังผ่าตัด 5) งดการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดประมาณ 6-8 สัปดาห์ 6) มาตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติ เช่น แผลอักเสบ บวมแดง ไข้สูง มีเลือดออกจำนวนมากหรือหนองออกจากช่องคลอด ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด
	การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง	**การประเมินผล** ผู้ป่วยมีความรู้ สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง

วิจารณ์

ผลการศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมดแบบผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องและผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก พบว่า

1. ประวัติทั่วไป ผู้ป่วยมีอายุใกล้เคียงกัน แต่งงานแล้วและยังไม่มีบุตรทั้งสองราย ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะ Obesity ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทั้งสองรายแตกต่างกัน ได้แก่ โดยผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยมาด้วยปวดท้อง น้อยปวดมากเวลามีประจำเดือน โดยผู้ป่วยรายที่ 2 ปวดหน่วงท้องน้อยด้านซ้าย ผลอัลตร้าซาวน์พบเนื้องอกมดลูกขนาดใกล้เคียงกัน 8 และ 6 เซนติเมตรตามลำดับ ผู้ป่วยรายที่ 1 แพทย์วินิจฉัยเป็น Myoma Uteri เข้ารับการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมด โดยผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ผู้ป่วยรายที่ 2 แพทย์วินิจฉัยว่า Left ovarian cyst เป็นการผ่าตัดส่องกล้องแผลเล็ก หลังผ่าตัดพบ Myoma Uteri ประวัติการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันคือ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการประจำเดือนมากผิดปกติทำให้เกิดภาวะซีดต้องได้รับเลือดก่อนผ่าตัด ด้านระยะเวลาการผ่าตัดพบว่าการผู้ป่วยรายที่ 1 ใช้เวลาผ่าตัด 140 นาที น้อยกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งใช้เวลานาน 165 นาที เนื่องจากการผ่าตัดแบบส่องกล้องแผลเล็กต้องใช้ทักษะความชำนาญของศัลยแพทย์ และการผ่าตัดยุ่งยากซับซ้อนต้องทำผ่าตัดในที่แคบ ทำให้ต้องใช้เวลาในการผ่าตัดที่ยาวนานกว่า ด้านขนาดแผลผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องมีขนาดใหญ่กว่าการผ่าตัดแบบส่องกล้องแผลเล็กทำให้ผู้ป่วยมีความปวดที่รุนแรงกว่า ด้านวันนอนโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีจำนวนวันนอน 5 วัน มากกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งมีจำนวนวันนอน 4 วัน ในส่วนค่าใช้จ่ายพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดแบบส่องกล้องแผลเล็กมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเนื่องจากมีการใช้เครื่องมือพิเศษในการผ่าตัดแต่เมื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่ได้พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการผ่าตัดแบบส่องกล้องมากกว่า

2. ปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยเนื้องอกมดลูก ที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมดแบบผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องและผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก ผลการศึกษา พบว่า

2.1 ระยะก่อนผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วย ทั้งสองรายมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดและปวดท้องน้อยเหมือนกัน แต่ระดับความวิตกกังวลและความปวดแตกต่างกัน ส่วนด้านการเตรียมความพร้อมพยาบาลผ่าตัด และอุปกรณ์เครื่องมือพบว่าการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็กมีความยุ่งยากซับซ้อนและมีความจำเป็นต้องใช้ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีความรู้ความชำนาญในการเตรียมเครื่องมือมากกว่าการผ่าตัดมดลูกเปิดทางหน้าท้อง

2.2 ระยะหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัญหาและความต้องการเหมือนกัน คือ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องปวดในระดับรุนแรง Pain Score 6–8 คะแนน ได้รับยาแก้ปวด Morphine 5 mg ทุก 4 ชั่วโมง 4 ครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้องปวดแผลระดับเล็กน้อย Pain Score 3 คะแนน ได้รับยาแก้ปวด Pethidine 50 mg 1 ครั้งผู้ ป่วยทั้งสองขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ในส่วนของการให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวของการผ่าตัดทั้งสองวิธีไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนปัญหาที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดทางช่องท้องยังต้องเฝ้าระวังภาวะซีดเนื่องจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด 700 มิลลิลิตร และได้ PRC 1 unit ในห้องผ่าตัด จากการศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมดแบบผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องและผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า ข้อดีของการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องเมื่อเปรียบเทียบกับการผ่าตัดมดลูกแบบธรรมดา คือ แผลผ่าตัดจะมีขนาดเล็กเพียง 0.5-1.0 เซนติเมตร ทำให้การความเจ็บปวดจากแผลที่ผ่าตัดน้อยกว่า ลดการเสียเลือดจากการผ่าตัด ใช้เวลาพักฟื้นหลังผ่าตัดไม่นาน ลดอาการแทรกซ้อนต่างๆ จากแผลผ่าตัดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เช่น แผลอักแสบ แผลแยก แผลเป็นหนอง และที่สำคัญสามารถกลับสู่กิจวัตรประจำวันตามปกติได้ในระยะเวลาอันสั้น ส่วนค่าใช้จ่ายพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดแบบส่องกล้องแผลเล็กมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าการผ่าตัดเปิดหน้าท้องแต่เมื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่ได้พบว่าผู้ป่วยมีความ

พึงพอใจต่อการผ่าตัดแบบส่องกล้องมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของณัฏฐ์วรดี จิรายุสวุฒิธนา[7] ที่ศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมดแบบผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องและผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็กที่ พบว่า 1) ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดเหมือนกันถึงแม้ว่าชนิดของการผ่าตัดจะแตกต่างกัน 2) ระยะหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัญหา และความต้องการคือ 1) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลโดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยเปิดหน้าท้องมีระดับความปวดมากกว่าผู้ป่วยผ่าตัดส่องกล้องแผลเล็กเนื่องจากแผลผ่าตัดมีขนาดใหญ่ทำให้เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บมากกว่า 2) ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านและพบว่าการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดโดยวิธีผ่าตัดส่องกล้องแผลเล็กเร็วกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลสูตินรีเวชกรรม ควรนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมดและการผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็กเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. พยาบาลสูตินรีเวชกรรมควรมีการเก็บข้อมูลปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดมดลูก และปากมดลูกออกทั้งหมดและผ่านกล้องแผลเล็กเพื่อนนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางป้องกัน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้เก็บรวบข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณ พว.อัญชลี แก้วศรีใส หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม ที่ชี้แนะและให้คำปรึกษาในการจัดทำกรณีศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยและผู้ดูแลที่อนุญาตให้ศึกษาและเกิดประโยชน์ในการพัฒนาการพยาบาลให้ได้มาตรฐานมีคุณภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ปวีณา พังสุวรรณ, อุบล แสงอนันต์. แนวทางการดูแลรักษาเนื้องอกมดลูกโดยไม่ผ่าตัดมดลูก. สูติศาสตร์ล้านนา [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/5630/
2. ธันยารัตน์ วงศ์วนานุรักษ์, สุรศักดิ์ อังสุวัฒนา. เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก. ใน: ประสงค์ ตันมหาสมุทร และคณะ, บรรณาธิการ. หนังสือนรีเวชทันยุค. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561. หน้า 204-17.
3. Prasert Triwijitsilp. Tumors and cervical cancer. (3rd printing). Bangkok: OS Printing Hous; 2016.
4. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติบริการผู้ป่วยเนื้องอกมดลูก. ร้อยเอ็ด. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2565.
5. ปัทมา พรหมสนธิ, เสาวคนธ์ อัจจิมากร. การประเมินก่อนการผ่าตัดและการดูแลหลังการผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2559.
6. Gordon M. Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill; 1994.
7. ณัฏฐ์วรดี จิรายุสวุฒิธนา. การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมดแบบผ่าตัด เปิดทางหน้าท้องและผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565;5:110-23.

การพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of Prevention and Control System on Tuberculosis among Household of TB Contacts in Selaphum Health Public Network, Roi-Et Province

ศรัณญา แก้วคำลา*
sarunya kaewkhamla
Corresponding author: e-mail: Sarunya795@gmail.com
(Received: December 23, 2023; Revised: December 30, 2023; Accepted: February 3, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์ของระบบการป้องกันและควบคุมวัณโรคสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Mutual collaborative action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกวัณโรคและกลุ่มผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานการป้องกันและควบคุมวัณโรค ดำเนินการระหว่างเดือนตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบ แบบสอบถาม ทะเบียนผู้ป่วย และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : การวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า กลุ่มเป้าหมาย การปฏิบัติ และผู้นำชุมชนขาดความรู้ การวางแผนร่วมกัน การประสานงาน การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมต่อการควบคุมวัณโรคที่เหมาะสม ระบบการป้องกันและควบคุมวัณโรคฯ ประกอบด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรค การพัฒนาระบบ การนำระบบฯ ไปใช้และสะท้อนผลการปฏิบัติและการกำกับ ติดตาม และประเมินผลลัพธ์ และหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีคิดเป็น 85.7% และคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองโดยรวมคิดเป็น 78.6% และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยรวมเป็น 76.9% และคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองโดยรวมคิดเป็น 79.5%

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคและผู้สัมผัสร่วมบ้านมีป้องกันและควบคุมวัณโรคเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การป้องกันและควบคุมวัณโรค; ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่; ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเสลภูมิ

ABSTRACT

Purposes : To study problem situations, develop a system, and evaluate results of tuberculosis control and prevention system for new pulmonary tuberculosis and theirs household contacts in Selaphum district health network, Roi-Et Province.

Study Design : Action research study

Materials and Methods : Multidisciplinary teams, new tuberculosis patients registered in tuberculosis clinics, those responsible for tuberculosis control and prevention work were key informants. We were conducted between January, 2023 and August, 2023. Data were collected using tests, questionnaires, patient registers and questions for group discussions. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Main findings : Analysis of the situation found that target groups, practices, and community leaders were lack of knowledge, participate, planning, coordination, and continuous follow-up of home visits, and appropriate of tuberculosis control. The TB control and prevention system consisted of situation analysis of caring for TB patients; developing a self-care model for new pulmonary TB patients and their household contacts and conducting self-care system of new pulmonary tuberculosis and theirs household contacts to use and reflect on the results of practice and; supervision, monitoring and evaluation of outcomes. and evaluate the results and after the development, it were found that new cases of pulmonary tuberculosis had scores for self-care knowledge, overall accounted for 85.7% and self-care activity performance scores, overall, score to 78.6% and the household contacts had self-care knowledge scores, overall score to 76.3% and the overall self-care activity practice score accounted to 78.9%.

Conclusion and recommendations : A results of this research resulted in increased knowledge of tuberculosis and their household contacts in self-care activities.

Keywords : Prevention and Control; Tuberculosis; Household of TB Contacts

* Registered Nurse, Professional Level, Kaset wisai Hospital

บทนำ

จากรายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2564 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำของทุกประเภท (คนไทย ไม่ใช่คนไทย และเรือนจำ) ที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 35,951 ราย คิดเป็นอัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 59.0 ต่อแสนประชากร ซึ่งจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ สูงสุด 10 จังหวัดแรก คือ กรุงเทพฯ ขอนแก่น นครราชสีมา ศรีสะเกษ อุบลราชธานี สุรินทร์ เชียงราย สงขลา ชลบุรี และอุดรธานี จำนวน 4,525 ราย 1,302 ราย 1,225 ราย 1,068 ราย 978 ราย 894 ราย 886 ราย 860 ราย 835 ราย และ 834 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า 6 จังหวัด ใน 10 จังหวัดเป็นในจังหวัดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำมากกว่าภาค[1] เช่นเดียวกับสถานการณ์ของวัณโรคเกี่ยวกับในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในปี พ.ศ.2560-2566 จำนวน 101, 83, 73, 71,101, 93 และ 74 ราย ตามลำดับ และผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 315, 231, 258, 240, 222, 214 และ 117 ราย ตามลำดับ และปี พ.ศ. 2558-2565 พบว่าผลการรักษาหาย/ครบคิดเป็น 80.80%, 80.87%, 77.52%, 78.57%, 84.44%, 78.48%, 92.92 และ 83.19% ; อัตราการตาย 14.40%, 12.17%, 12.40%, 16.07%, 7.78%, 15.19%, 50.01% และ 7.56% และอัตราการขาดยาขาดยา 0.80%, 4.35%, 4.65%, 0.00%, 3.33%, 1.11%, 1.77% และ 5.04% ตามลำดับ[2] จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านจะมีแนวโน้มลดลงก็ตามแต่ผู้สัมผัสวัณโรค (Contacts cf TB case) ซึ่งได้แก่ บุคคลที่สัมผัสผู้ป่วยที่แพร่เชื้อ (Index case) สัมผัสวัณโรคจากการอยู่ร่วมกัน ทำงานด้วยกัน ซึ่งจะต้องได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อหาวัณโรค ได้แก่ (1) ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน (Household contact) หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย ถ้านอนห้องเดียวกัน (Household in titles) มีโอกาสรับและติดเชื้อสูงมากกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันแต่แยกห้องนอน (Household regular) ไม่นับญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่คนละบ้านแต่ไปมาหาสู่เป็นครั้งคราว และนับระยะเวลาที่อยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยกี่วันก็ได้ในช่วงระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา และ (2) ผู้สัมผัสใกล้ชิด (Close contact) ที่บุคคลที่ไม่ใช้ผู้อาศัยร่วมบ้านแต่อยู่รวมกันในพื้นที่เฉพาะ อาทิเช่น ทำงานที่เดียวกันในช่วงเวลานาน โดยใช้เกณฑ์ระยะเวลาเฉลี่ยวันละ 8 ชั่วโมงหรือ 120 ชั่วโมง ใน 1 เดือน และนับระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยกี่วันก็ได้ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา และผู้สัมผัสวัณโรคที่เป็นเด็กโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มีโอกาสสูงที่จะติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้[3]

จากสถานกาณ์การดังกล่าวองค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงทั้ง 3 ประเภท คือ วัณโรค วัณโรคดื้อยา และวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับปี พ.ศ. 2564 – 2568 (ค.ศ. 2021-2025) ประเทศไทยไม่ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม 30 ประเทศ ที่มีจำนวนผู้ป่วย และอัตราป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยได้พ้นจาก 14 ประเทศที่มีภาระด้านวัณโรคสูงทั้ง 3 ประเภท แต่ยังคงอยู่ในกลุ่มของประเภทที่มีภาระวัณโรค และวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งใน ปี พ.ศ.2564 คาดว่าประเทศไทยมีอุบัติการณ์วัณโรค(ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำรวมกัน) ประมาณ 103,000 ราย (143 ต่อประชากรแสนคน) โดยเป็นวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) 8,900 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยา Rifampicin (MDR/RR-TB) 2,400[3] ซึ่งผ่านมา ประเทศไทยมีนโยบายเร่งรัดการคัดกรองวัณโรคโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray) วินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular testing) ทดสอบความไวของเชื้อต่อยารักษาวัณโรค (DST) ในผู้ป่วยวัณโรค และรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาด้วยสูตรยาที่ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ระยะเวลาการรักษาสั้นลง ซึ่งทำให้สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยดีขึ้น เพื่อให้การดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยเร็ว ซึ่งเป็นมาตรการสำคัญในการควบคุมวัณโรค และ

จัดทำแนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรคฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566 เพื่อให้หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสถานพยาบาลต่างๆ (ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนนำไปใช้เป็นแนวทางในการสอบสวนค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มเติมและติดตามผู้สัมผัส เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาเป็นการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

อย่างไรก็ตามกองวัณโรค กรมควบคุมโรค[4] ได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566-2570) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของประเทศไทยตามที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคภายในปี พ.ศ.2578 ซึ่งแผนปฏิบัติการฉบับนี้มีเป้าหมายหลัก คือ ลดอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรคลงจาก 143 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2564 ให้เหลือ 89 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2570 โดยเร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง โดยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจที่รวดเร็ว โดยการคัดกรองด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอกร่วมกับเทคโนโลยีอณูชีววิทยา รวมทั้งการเข้าถึงการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐานมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ดีด้วยมาตรการ คือ เพิ่มการเข้าถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็วโดยเทคโนโลยีอณูชีววิทยา โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง (ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน) ผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี (ที่สูบบุหรี่หรือมีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หรือโรคเบาหวานร่วมด้วย) ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง บุคลากรสาธารณสุขและแรงงานข้ามชาติ นอกจากการวินิจฉัยตามระบบปกติซึ่งได้แก่ การตรวจเสมหะที่ยังคงต้องสนับสนุนให้ดำเนินการต่อไปแล้ว แผนนี้ส่งเสริมให้เพิ่มจำนวนการเพาะเชื้อด้วยการใช้อาหารเลี้ยงเชื้อทั้งที่เป็นของแข็งและของเหลวที่ใช้ในห้องปฏิบัติการในปัจจุบัน และให้ลงทุนเพิ่มเติมในการจัดซื้อจัดหาเครื่องตรวจอณูชีววิทยา การค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ คือ โดยเฉพาะเด็กอายุระหว่าง 0-18 ปี ซึ่งอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง ขยายความครอบคลุมการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาลและชุมชน ส่งเสริมการประเมินสถานบริการสาธารณสุข ร่วมกับการประเมินระบบการดำเนินงาน ได้แก่ การจัดพื้นที่เก็บเสมหะส่งตรวจ การใช้หน้ากากอนามัยสำหรับผู้ป่วยเพื่อลดการแพร่เชื้อและการใช้เครื่องมือป้องกันส่วนบุคคลสำหรับผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนั้นส่งเสริมการปฏิบัติงานต้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัวและชุมชน เช่น ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวถึงความสำคัญของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในบ้าน หรือบริเวณชุมชนรถโดยสารสาธารณะ โรงเรียน สถานที่ทำงาน โดยมีหน่วยบริการในชุมชนร่วมดำเนินการ

ในทำนองเดียวกับผลทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้สัมผัสวัณโรค (Contacts of TB case) เป็นผู้ที่มีโอกาสรับและติดเชื้อจากผู้ป่วยวัณโรคปอด (Index case) เนื่องจากสัมผัสวัณโรคจากการอยู่ร่วมกัน ทำงานหรือเรียนด้วยกัน ซึ่งจะต้องได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรค ได้แก่ 1) ผู้สัมผัสร่วมบ้าน (Household contact) เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย ถ้านอนห้องเดียวกัน (Household intimate) มีโอกาสรับและติดเชื้อสูงมากกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันแต่นอนแยกห้อง (Household regular) ไม่นับรวมญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่คนละบ้านแต่ไปมาหาสู่เป็นครั้งคราวและนับระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยกี่วันก็ได้ในช่วง 3 เดือนก่อนผู้ป่วยเริ่มมีอาการ หรือก่อนการวินิจฉัยวัณโรค (กรณีไม่มีอาการ) จนถึงหลังรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และผู้สัมผัสใกล้ชิด (Close contact) เป็นบุคคลที่ไม่ใช่ผู้อาศัยร่วมบ้านแต่อยู่ร่วมกันในพื้นที่เฉพาะ อาทิเช่น ทำงานที่เดียวกันในช่วงเวลานาน โดยใช้เกณฑ์ระยะเวลาเฉลี่ยวันละ 8 ชั่วโมง หรือ 120 ชั่วโมง ใน 1 เดือน และนับระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยกี่วันก็ได้ในช่วง 3 เดือนก่อนผู้ป่วยเริ่มมีอาการ หรือก่อนการวินิจฉัยวัณโรค (กรณีไม่มีอาการ) จนถึงหลังรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์

ผู้สัมผัสวัณโรคที่เป็นเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มีโอกาสสูงที่จะติดเชื้อ อาจพิจารณาเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดได้แม้ระยะเวลาไม่ถึง 8 ชั่วโมงต่อวัน หรือ 120 ชั่วโมงต่อเดือน[4]

จากการทบทวนเอกสารพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอด ได้แก่ การมีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้าน (OR adj = 4.34, 95 % CI=59.98-75.95) การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค (OR adj =3.17, 95 % CI=0.00-0.17) และการอาศัยอยู่ชุมชนแออัด (OR adj = 3.85, 95% C=12.88-37.07)[5] ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค โดยมีอำนาจในการทำนายคิดเป็นร้อยละ 27.9 โดยมีข้อเสนอแนะให้บุคลากรทางสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มุ่งเน้นสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพและลดโอกาสเกิดวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค โดยปรับตามบริบททางสังคมของแต่ละพื้นที่[6] และจากการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยการแยกห้องนอนของผู้ป่วย ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามี/ภรรยา (OR 12.8; 95%CI=6.4 -25.8) นอนห้องเดียวกับผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยรักษาวัณโรค (OR=86.4; 95%CI= 44.0-1605.5) ไม่ดื่มสุรา (OR=1.83 95%CI=1.0 -3.4) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยได้รับการรักษา (OR=13.63 95%CI=4.2-7.0)เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยขณะผู้ป่วยได้รับการรักษา (OR=11.1; 95%CI= 3.4-57.0) เคยไปตรวจเอกซเรย์ปอดใน 6 เดือนที่ผ่านมา (OR=1.93 95%CI=1.1-3.4) ความรู้ระดับปานกลางถึงต่ำของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (OR=0.5; 95%CI=0.2 -0.9) ระดับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านป่านกลาง-ต่ำ (OR=6.9; 95%CI=-2.8-20.4) เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรการถดถอยพหุ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัส ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่พอใช้ (OR=2.9: 95%CI=1.1-8.0) นอนห้องเดียวกับผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยรักษาวัณโรค (OR=290.1; 95%CI=58.9-1428.3) และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยขณะผู้ป่วยได้รับการรักษา (OR=8.6; 95%CI=1.6 -43.9) ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคระดับปานกลาง-ต่ำของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (OR=0.2;95%CI=0.1-0.5) จากผลการศึกษามีเสนอแนะว่าในพื้นที่ที่มีผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดเป็นจำนวนมาก ควรมีการคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านทุกราย โดยเฉพาะในกลุ่มที่ยังนอนร่วมห้องกับผู้ป่วยวัณโรคขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา การป้องกันวัณโรคจะต้องเน้นการป้องกันในครอบครัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สัมผัสใกล้ชิดที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและสมาชิกในบ้าน การจัดกิจกรรมสุขศึกษาให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคและป้องกันการแพร่เชื้อต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน[7]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ซึ่งกลุ่มนี้จะต้องได้รับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรค หรือการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรค ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคสำหรับกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในโรงพยาบาลเสลภูมิ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันวัณดรคได้ถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบและประเมินผลลัพธ์ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคสำหรับกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลเสลภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การพัฒนาระบบการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลเสลภูมิผู้วิจัยได้ออกแบบวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) เพื่อการพัฒนา

ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเสลภูมิ และดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2566

พื้นที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการที่โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย จำนวน 25 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มารับบริการ จำนวน 5 คน และผู้สัมผัสร่วมบ้าน 10 คน ใช้ศึกษาในระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะพัฒนาระบบบริการ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 56 คน และผู้สัมผัสร่วมบ้าน 117 ราย 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลเสลภูมิและเครือข่าย จำนวน 11 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาระบบบริการ จำนวน 6 คน

ผู้ร่วมวิจัย เป็นบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเสลภูมิ จำนวน 8 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ จำนวน 2 คน และเครือข่ายบริการ จำนวน 25 คน รวม 35 คน ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ (คป.สอ.) จำนวน 12 คน คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล 12 คน และคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล 8 คน รวม 32 คน

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเสลภูมิ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบถูกและผิด จำนวน 20 ข้อ และตอนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ จำนวน 22 ข้อ

2) แบบสอบถามสำหรับผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบถูกและผิด จำนวน 20 ข้อ และตอนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ จำนวน 22 ข้อ

3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มในระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการ ประกอบด้วยตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ได้แก่ การดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรค การดำเนินงานควบคุมวัณโรค การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรค การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับวัณโรค การบันทึกข้อมูล/รายงานและการส่งต่อข้อมูล การติดตามกำกับการรักษา การเยี่ยมบ้าน การพัฒนาบุคลากร และปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค มีค่าความยากง่ายรายข้อ (p) ตั้งแต่ 0.34-0.79 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (B) ตั้งแต่ 0.40-0.72 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR20) เท่ากับ 0.82 ส่วนแบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคมีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ **ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์** ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยปีงบประมาณ พ.ศ.2566 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) สัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 5 คน และผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 10 คน 3) สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลเสลภูมิ จำนวน 11 คน ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาล 3 คน เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 คน และ 4) การสนทนากลุ่ม ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเสลภูมิและเครือข่ายบริการ จำนวน 11 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลเสลภูมิ จำนวน 4 คน สสอ. 1 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 คน **ระยะที่ 2** การพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเสลภูมิ โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง และทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป และ**ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์** ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเสลภูมิ โดยประเมินจาก 1) แบบสอบถามผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และผู้สัมผัสร่วมบ้าน 2) แบบสอบถามสำหรับผู้สัมผัสร่วมบ้าน และ 3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0872565 โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระ ความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ และได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

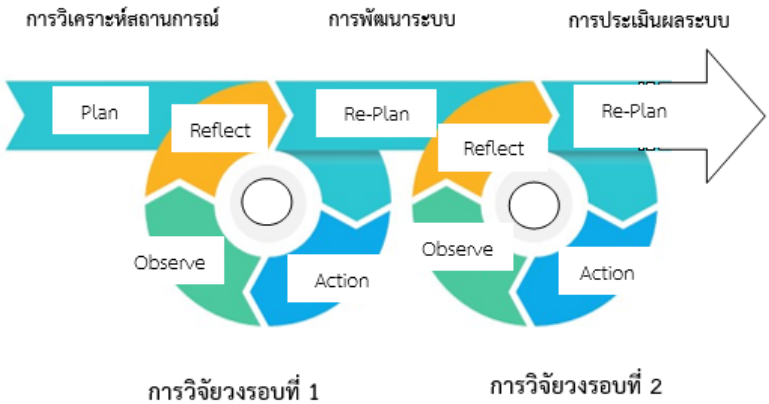
แบ่งการนำเสนอเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ (1) ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เกินครึ่งเป็นชาย (60.0%) อายุเฉลี่ย 63.6 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (60.0%) และรายได้เฉลี่ย 9,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (60.0%) และระดับปานกลาง (40.0%) และสัมผัสโรคร่วมบ้านมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นหญิง (70.0%) อายุเฉลี่ย 43 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (45.0%) ประกอบอาชีพค้าขาย (40.0%) รายได้เฉลี่ย 11,700.00 บาทต่อเดือนและมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามีหรือภรรยา (40.0%) (2) ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการควบคุมและป้องกันวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 80.0) รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 20.0 ตามลำดับ (3) ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (60.0%) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุม และป้องกันวัณโรค โดยรวมอยู่ระดับดีและปานกลาง (20.0% และ 20.0%) และมีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการควบคุม และป้องกันวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (80.0%) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (20.0%) (4) สรุปผลการสนทนากลุ่มสถานการณ์การระบาดของวัณโรคในชุมชน ผลการศึกษาสถานการณ์การระบาดของวัณโรคในชุมชน โดยการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่ระบาด ด้านบุคคลากรพบว่า ผู้ป่วยที่เคยรักษาหายขาดไม่มีการกลับเป็นซ้ำ และกำลังรักษา ทั้งนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาที่สำเร็จในการ

รักษา ได้แก่ การมีพี่เลี้ยงในการดูแลติดตามการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การไปพบแพทย์ตามนัด และปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การมีพฤติกรรมดื่มสุราร่วมวงกับคนอื่นๆ การไม่สวมผ้าปิดจมูกการขาดการรับรู้และสถานการณ์เจ็บป่วยในชุมชน ด้านกระบวนการจัดการและเชื้อโรคจากการศึกษาข้อมูลพบว่า ชุมชนที่ศึกษามีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ต่อเนื่องและมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในกลุ่มเพื่อนบ้าน เนื่องจากเป็นชุมชนแออัด บ้านเรือนปลูกชิดติดกัน ประชาชนส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้องกัน บางส่วนอาศัยอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์เป็นเพื่อนบ้านกันมานานหลายสิบปี จึงทำให้มีความสนิทสนมคุ้นเคยกันเป็นอย่างดีมีการพูดคุยกันเป็นประจำ รวมถึงกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคและไม่ได้รับการคัดกรองทุกคน ด้านสิ่งแวดล้อม จากการศึกษา พบว่าเป็นชุมชนดั้งเดิม บ้านเรือนปลูกชิดติดกัน กลางชุมชนค่อนข้างแออัด สภาพที่อยู่อาศัย ระบายอากาศไม่ดี แสงแดดส่องไม่ถึงที่นอน หมอน ผ้าม่านและเครื่องนอนผ้าห่มไม่ค่อยได้นำมาซักทำความสะอาด โดยจะทำความสะอาดประมาณ 1-2 เดือนต่อครั้ง มีการทิ้งสมหะ ทิ้งขยะและกำจัดขยะไม่ถูกสุขลักษณะ

จากปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เข้าสู่ที่ประชุมและร่วมกันระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกัน ในระยะนี้ได้ประเด็นระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเสลภูมิ จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของการควบคุมวัณโรคในชุมชน พบว่าด้านผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ขาดแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชน ส่วนผู้ปฏิบัติงานระดับต่างๆ ยังขาดแนวทางการควบคุมวัณโรคที่เหมาะสม ขาดการวางแผนร่วมกัน ขาดการประสานงาน ขาดการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและองค์กรในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรควัณโรค และขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคอย่างต่อเนื่อง จึงได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรค ดังนี้ 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยรายใหม่ และผู้สัมผัสร่วมบ้าน 2) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในชุมชนและผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านและกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและควบคุมโรค 3) การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การควบคุมรังโรคและการทำลายสิ่งปฏิกูลในชุมชน 5) การประสานงานส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชนเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และ 6) สะท้อนการปฏิบัติงานและเรียนรู้การทำงานร่วมกันในเครือข่าย

2. การพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมวัณโรค เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วงจร ดังนี้



วงรอบที่ 1 การพัฒนาระบบการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเสลภูมิ กิจกรรมการพัฒนาดังนี้ คือ 1) ประชุมชี้แจงทีมผู้ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และผู้ร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลเสลภูมิ จำนวน 15 คน 2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมวัณโรคผู้ป่วยรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน 3) จากการดำเนินงานในระยะที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีความตื่นตัวและตระหนักในการป้องกันและควบคุมวัณโรคเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานระยะที่ 1 พบปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

วงรอบที่ 2 : การพัฒนาระบบการป้องกัน และควบคุมวัณโรค สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพกิจกรรมการพัฒนาดังนี้ คือ1) จัดประชุมกลุ่มผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานการป้องกันและควบคุมวัณโรคของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเสลภูมิ จำนวน 8 คน ได้ร่างและประเมินระบบควบคุมและป้องกันวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเสลภูมิ ประกอบด้วยองค์ประกอบเชิงกระบวนการ เป็นขั้นตอนการควบคุมและป้องกันวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสร่วมบ้านในโรงพยาบาลเสลภูมิ ซึ่งผู้วิจัยได้สังเคราะห์จากงานวิจัย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง พบว่า ระบบการป้องกันและควบคุมวัณโรค สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเสลภูมิ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ขั้นตอน คือ (1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรค (2) การพัฒนาระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสร่วมบ้าน (3) การนำระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และผู้สัมผัสร่วมบ้านไปใช้และสะท้อนผลการปฏิบัติ และ (4) การกำกับ ติดตามและประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน 2) ผลตรวจสอบ และประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.32, SD.=0.29)

3. การประเมินผล พบว่า (1) ระบบการป้องกัน และควบคุมวัณโรค ประกอบด้วยขั้นวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรค ขั้นพัฒนาระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสร่วมบ้าน การนำระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสร่วมบ้านไปใช้และสะท้อนผลการปฏิบัติ และการกำกับ ติดตามและประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานมีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.32, SD.=0.29) และผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ใน

ระดับดีคิดเป็น 85.7% และคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับดีคิดเป็น 78.6% และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยรวมเป็น 76.9% และคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็น 79.5% ดังแสดงในตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่โดยรวมหลังการพัฒนา (N=56)

ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับป้องกันและควบคุมวัณโรค	จำนวน(%)
ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	48(85.7)
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	0(0.0)
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	8(14.3)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่โดยรวมหลังการพัฒนา (N=56)

ระดับคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน(%)
ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	44(78.6)
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	12(21.4)
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	0(0.0)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านหลังการพัฒนา (n=117)

ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับป้องกันและควบคุมวัณโรค	จำนวน(%)
ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	90(76.9)
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	20(17.1)
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	7(6.0)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับของคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านหลังการพัฒนา (n=117)

ระดับคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน(%)
ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	93(79.5)
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	21(17.9)
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	3(2.6)

วิจารณ์

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการจากการศึกษาครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี พบปัญหา (Gap analysis) ในการจัดการวัณโรค เช่น ด้านผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยขาดยาเนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเองไม่มีอาการไอ ทำงานได้ปกติ จึงหายป่วยจากวัณโรค มีโรคร่วมจิตเวช ติดสุรา และขาดผู้ดูแล ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง มียาเหลืออยู่จำนวนมาก โดยส่วนใหญ่เกิดจากการลืมกินยา จำไม่ได้ว่ากินยาหรือยัง หรือจากผลข้างเคียงของยาทำให้ไม่อยากกินยาต่อ ทำให้ผู้ป่วยกินยาไม่ครบ ขาดความรู้ความเข้าใจด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง และบุคลากรผู้ดูแลรักษาวัณโรคบางส่วนยังไม่เข้าใจด้านกระบวนการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ด้านทีมดูแลรักษา พบว่า บุคลากรในระดับพื้นที่มีภาระงานมาก ผู้รับผิดชอบงาน TB ส่วนใหญ่ รับงานโรคติดต่อทั้งหมดและงานอื่น ๆ ด้วย ทำให้มีปัญหาในการประสานงาน ส่งต่อข้อมูล และการกำกับการกินยาของผู้ป่วย และขาดทักษะในการใช้โปรแกรม ด้านระบบบริการ พบว่า ระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่มีติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากภาระงานมาก/พาหนะที่ใช้ในการออกเยี่ยมไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และญาติในการกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วย การคัดกรองยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียง และขาดการวางแผนดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) และด้านการมีส่วนร่วม พบว่า ชุมชนขาดความเข้าใจในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค ในชุมชนของชุมชน และขาดการเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับภาคีเครือข่าย[8]

2. ระบบการป้องกันและควบคุมวัณโรค สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านที่เป็นข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบใหม่ของการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เริ่มต้นตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษา การให้คำแนะนำ และการติดตามผู้ป่วยระยะเวลา 6 เดือน ตามแนวคิด “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาระบบ และชุมชนมีส่วนร่วม” โดยมีและกิจกรรมปรับเปลี่ยนทัศนคติ “วัณโรคเป็นโรคที่สามารถรักษาหายและอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้ ถ้าปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง” ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ การมีส่วนร่วมในการค้นหา รักษา ป้องกันวัณโรคในชุมชน พัฒนาระบบสารสนเทศที่ช่วยค้นหา รักษา ป้องกันวัณโรค การพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา พัฒนาแนวทางการคัดกรอง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล เพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจ และสามารถบริหารจัดการในรูปแบบเดียวกัน[9] ในทำนองเดียวกับการประยุกต์ใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือในการป้องกันการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคสำหรับบุคลากรการแพทย์ การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค โดยระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลด้านโภชนาการ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เพื่อป้องกันการขาดยา ประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยวัณโรค การสร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่อง การให้กำลังใจ และการเสริมแรง และการจัดการความเครียด สิทธิการรักษา การติดตามและการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค การสร้างภาคีเครือข่าย ความร่วมมือ แหล่งประโยชน์ ทั้งเครือข่ายภายในโรงพยาบาลและเครือข่ายภายนอกโรงพยาบาล[10]

3. ผลการประเมินการป้องกัน และควบคุมวัณโรคครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาของพชรพร ครองยุทธ และคณะ[9] ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 73.33% และกลุ่มทดลองเท่ากับ 93.33%; หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้อยู่ในระดับมากจากเดิม 82.35% เพิ่มขึ้นเป็น 88.24% พฤติกรรมการดูแลตนเองจากเดิมอยู่ในระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นเป็นอยู่ในระดับมาก และผู้รับผิดชอบงานวัณโรคมีความรู้ในระดับมากเพิ่มขึ้น

จาก 16.0% เป็น 100.0% ผลการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรกภายใน 7 วัน เพิ่มขึ้นจาก 45.76% เป็น 66.67% ผลการลงข้อมูลกำกับการกินยาใน TBCM online เพิ่มขึ้นจาก 41.1% เป็น 86.7% ผลการตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยทางระบบออนไลน์ 76.9% และอัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรค 88.24%[11]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยอาศัยความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวัณโรค สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านเป็นประเด็นสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคซึ่งประกอบด้วยมาตรการหลัก 3 มาตรการ คือ 1) มาตรการด้านการบริหารจัดการ (Administrative measure) เป็นมาตรการพื้นฐานขั้นแรกที่จะลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ และติดเชื้อมีหลักการสำคัญคือ การระบุตัวผู้ป่วย และแยกผู้ป่วยออกจากผู้อื่นให้เร็วที่สุด การระบุความเสี่ยงรวมถึงการวางแผนการดำเนินการ การเตรียมบุคลากร สถานที่ และอุปกรณ์ที่ต้องใช้ 2) มาตรการควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environmental control) มุ่งเน้นคุณภาพอากาศในสถานพยาบาลในบริเวณต่าง ๆ ได้แก่ ห้องตรวจผู้ป่วย ห้องแยกผู้ป่วย ห้องปฏิบัติการ สถานที่พักคอยของผู้ป่วย (Waiting area) สถานที่เก็บเสมหะ ห้องส่องหลอดลม 3) มาตรการป้องกันส่วนบุคคล (Personal protection) ให้บุคลากรใช้หน้ากากกรองอนุภาคชนิด N95 หรือสูงกว่าผู้บริหารของสถานพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญและกำหนดนโยบายให้ครบทั้ง 3 มาตรการ จึงจะป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ[12] ดังนั้น จึงส่งผลให้ผลการวิจัยครั้งนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคและผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบประเด็นที่น่าสังเกตว่าหลังการพัฒนาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเสลภูมิมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมวัณโรคน้อยที่สุด คือ อาการของวัณโรคปอด คือไอเรื้อรังติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์ไอมีเลือดออก มีไข้เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรที่จะนำไปหาแนวทางแก้ไขหรือกลยุทธ์ในการให้สุขศึกษากับผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น

2. การป้องกันและควบคุมวัณโรค สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยการใช้หลักการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่งผลให้ผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมวัณโรคมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรขยายผลโดยการกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาล การวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาและนำมาพัฒนาพร้อมทั้งมีการนิเทศติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3. การดำเนินงานควบคุมวัณโรคและป้องกันวัณโรคที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากตัวผู้ป่วย ทีมผู้ดูแลรักษา และภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนเป็นหลักในการดำเนินงาน ดังนั้น ต้องมีกิจกรรมการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ผ่านรูปแบบการขับเคลื่อนของคณะกรรมการควบคุมวัณโรคระดับอำเภอ/ตำบล

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การบริหารจัดการค้นหาและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสวันโรค. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
2. โรงพยาบาลเสลภูมิ. รายงานผลการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์. กลุ่มงานยุทธศาสตร์; 2565.
3. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสอบสวนควบคุมวัณโรค (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2566.
4. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 – 2564 (เพิ่มเติม พ.ศ. 2565). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
5. ธนาธิป บัวกล้า. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565;7(1):137-48.

6. ฐิติมา ถมทอง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
7. มะลิณี บุตรโท, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. การป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อที่ขึ้นทะเบียนรักษา อำเภอประโคนชัย อำเภอกระสัง และอำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2554;18(3):11-21.
8. อภิชน จีนเสวก. การพัฒนารูปแบบการจัดการวัณโรคโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(4):679-89.
9. พชรพร ครองยุทธ, ปัทมา ล้อพงค์พานิชย, เจษฎา สุราวรรณ์, จักรกริช ไชยทองศรี, กชมน นรปติ. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชุน. 2565;8:15-26.
10. อะเคื้อ อุณหเลขกะ. การประยุกต์ใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือในการป้องกันการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่. คลังข้อมูล และความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2564.
11. วัฒนา สว่างศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(3)116-29.
12. สำนักวัณโรค สถาบันบำราศนราดูร. แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2559.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย

Development of Nursing Care for Sepsis Patients System with Collaboration in Multidisciplinary Team, Kaset wisai, Roi-Et

ธนพร หนองพล*

Thanaporn Nongphol

Corresponding author: E-mail: Thana.Taw1972@gmail.com

(Received: December 25, 2023; Revised: January 3, 2023; Accepted: February 4, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบและประเมินผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะศึกษาสถานการณ์ 30 คน บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง 30 คน และผู้รับผิดชอบหลัก 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแบบประเมินการปฏิบัติ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : 1) การวิเคราะห์สถานการณ์พบปัญหาทั้งด้านการบริหาร การปฏิบัติ และการสนับสนุน เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการเข้าถึงบริการล่าช้า (Delay detection, Delay diagnosis, Delay and inappropriate antibiotic และ Delay shock-resuscitation) และการสื่อสารของทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพครั้งนี้ ประกอบด้วย แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ส่วน คือ การประเมินสภาพแรกรับ การระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และ 3) พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ Sepsis Protocol โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.32, SD.=0.37)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ระบบการดูแลฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเป็นไปตามมาตรฐานเกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งในด้านการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ

คำสำคัญ : การดูแล; ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด; การมีส่วนร่วม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

Abstract

Purposes : To study the situation, develop a system and evaluate results of a system for caring for patients with sepsis patients**.**

Study design : Mutual collaborative action research.

Materials and Methods : 30 of key informants were sepsis patients during the study the situation period, 30 of related service personnel, and 10 of main responsible persons. Data were collected using patient records and practice assessment forms. The research was conducted from December 2022 to December 2023. Data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation.

Main findings : 1) Situation analysis found that problems in management, practice, and support. When analyzing the causes, it was found that most of them were due to delayed access to services (Delay detection), delay diagnosis, delay and inappropriate antibiotic, and delay shock-resuscitation, and interdisciplinary team communication. 2) The system of care for patients with sepsis patients through this participation consists of The developed guidelines consist of 5 parts: assessment of initial condition; Identification of nursing diagnosis, nursing, nursing evaluation. And evaluation of clinical results, and 3) nurses comply with the sepsis protocol guidelines overall at a high level (Mean=4.32, SD.= 0.37).

Conclusion and recommendations : The developed care system can be used as a guideline for caring for patients with sepsis patients, which will result in patients receiving correct care that meets standards, resulting in good results both in Nursing aspects and important clinical outcomes.

Keywords : Care for; Sepsis Patients; Collaboration

* Registered Nurse, Professional Level, Kaset wisai Hospital

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดจากเมื่อร่างกายติดเชื้อและเข้าสู่ร่างกายเชื้อโรคจะสร้างสารพิษ (Toxin) ส่งผลให้มีการกระตุ้นกระบวนการอักเสบทั่วร่างกาย ทำให้เซลล์เสื่อมสภาพหลอดเลือดเกิดการขยายตัวสูญเสียความสามารถในการซึมผ่าน มีการลดลงของสารต้านการแข็งตัวของเลือด เกิดภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation: DIC) ส่งผลให้มีลิ่มเลือดขนาดเล็กอุดตันในหลอดเลือดขัดขวางระบบไหลเวียนเลือดอวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ รวมถึงการทำงานของหัวใจด้วยตามมาด้วยภาวะช็อก และเสียชีวิตในที่สุด[1] และในประเทศไทยอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต ประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ซึ่งคิดแล้วพบว่า ผู้ป่วย Sepsis จำนวน 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต 5 ราย ทุก 1 ชั่วโมง โดยอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในปี พ.ศ.2562 - 2564 เท่ากับ 32.92, 32.68 และ 32.47 ต่อแสนประชากร พบอัตราตายในเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 156.8 และ 118.0 ต่อแสนประชากร[2] เช่นเดียวกับปีงบประมาณ พ.ศ.2560 อยู่ที่ร้อยละ 32.03 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต คือ การได้รับการวินิจฉัยล่าช้า การได้รับการรักษานอกหอผู้ป่วยวิกฤต การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้ากว่า 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ การเกิดภาวะช็อค (Septic shock) และการมีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ยังขาดแนวทางในการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างเป็นระบบภายในจังหวัดตั้งแต่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิไปจนถึงระดับทุติยภูมิ รวมไปถึงระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพยังไม่ดีพอ ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงได้รับการดูแลที่ล่าช้าและไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งนำไปสู่อัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น[3-4]

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) เป็นภาวะที่วิกฤติและคุกคามชีวิตของผู้ป่วยที่สำคัญอย่างยิ่งโรคหนึ่งของประชากรไทยคิดเป็นร้อยละ 32.03 ของอัตราตายทั้งประเทศ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา และเชื้อหลายชนิดร่วมกันตำแหน่งที่พบส่วนใหญ่เป็นระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินปัสสาวะปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Septic shock คือ การมีโรคประจำตัวที่พบบ่อย เช่น โรคเบาหวาน โรคของเม็ดเลือดขาวบางชนิด โรคตับแข็ง โรคภูมิคุ้มกันต้านทานของร่างกายบกพร่อง การทำหัตถการต่างๆ ที่ต้องใส่เครื่องมือเข้าไปในร่างกายเป็นการนำเชื้อโรคให้เข้าสู่ร่างกายได้ง่ายทั้งสิ้น[5] การให้ยาปฏิชีวนะนานเกินไปหรือให้ยาปฏิชีวนะหลายๆ ชนิดพร้อมกันหรือให้โดยไม่จำเป็นจะทำให้ร่างกายเสี่ยงต่อการติดเชื้อราและเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ง่ายขึ้น หรือสาเหตุอื่นๆ ปัจจุบันได้มีการนำความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาปรับใช้ให้เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยในแต่ละบริบทของหน่วยงาน เพื่อป้องกันความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตาย ลดวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยตลอดจนการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ห้องฉุกเฉินเป็นหน่วยงานแรกในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งพยาบาลต้องมีองค์ความรู้และทักษะในการประเมิน และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้เป็นอย่างดี อีกทั้งสามารถนำกระบวนการพยาบาลมาปรับใช้ให้เหมาะสมตามมาตรฐานการพยาบาล และสามารถให้การช่วยเหลือแก้ไขภาวะวิกฤติของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว สร้างความเชื่อมั่นในการดูแลรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว[6]

ทั้งนี้สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นมาตรฐานสากลล่าสุดเมื่อปี พ.ศ.2555[7] และทางสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทยได้ออกแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย Severe sepsis และ Septic shock พ.ศ.2558 โดยทั้ง 3 แนวทางมีหลักการคือ (1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น (Early recognition) (2) การรักษาการติดเชื้อ และ

การฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็วร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ (Early infection control, Early resuscitation and organ support) และ (3) การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพการประสานงาน และการเฝ้าติดตามกำกับให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดแนวทางการรักษาที่สำคัญอย่างครบถ้วนทันเวลา ซึ่งอุบัติการณ์เสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดดังกล่าวถือเป็นปัญหาสำคัญเพราะเป็นอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2564 ตั้งเป้าหมายไว้ คืออัตราการเสียชีวิตจากภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือดต้องน้อยกว่าร้อยละ 28.0 โดยอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการเช่นบุคลากรยังขาดความเข้าใจในองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และมีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดการประเมินไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (Early detection) การรายงานอาการแพทย์ไม่ทันเวลา รวมทั้งปัญหาระบบการดูแลต่อเนื่องในเรื่องการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาล่าช้าจึงทำให้ผู้ป่วยมีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้น[6-9]

เช่นเดียวกับสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดตั้งแต่ พ.ศ.2563-2565 พบว่า มีจำนวน 1,364 ราย, 1,519 ราย และ 1,901 รายตามลำดับ ในทำนองเดียวกันในพื้นที่อำเภอเกษตรวิสัยมีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สถิติจากปีพ.ศ. 2563–2565 จำนวน 232 ราย, 235 ราย และ 240 รายตามลำดับ ซึ่งมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากติดเชื้อในกระแสเลือดในปี พ.ศ.2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 2.53, 4.34 และ 4.58 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการเข้าถึงบริการล่าช้า รวมถึงการสื่อสารของทีมสหสาขาวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด[10] จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยนำแนวคิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลเกษตรวิสัยเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา และใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิส และแมกแทกการ์ท[11] เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ จากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนของการวางแผนปรับปรุง และดำเนินการใหม่เป็นวงจรจนกว่าจะได้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลเกษตรวิสัยที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินงานของโรงพยาบาลเกษตรวิสัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ให้ได้มาตรฐาน สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดอัตราการตาย และภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรักษาเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบและประเมินผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีดำเนินการวิจัย การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ผู้วิจัยได้ออกแบบวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) เพื่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ และดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนธันวาคม 2566

พื้นที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการที่โรงพยาบาลเกษตรวิสัย และโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายในเครือข่ายโรงพยาบาลเกษตรวิสัยจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลปทุมรัตน์ โรงพยาบาลเมืองสรวง และโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย 1) ผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะศึกษา

สถานการณ์ จำนวน 30 คน และระยะพัฒนาระบบบริการ จำนวน 30 คน 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จำนวน 30 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาระบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จำนวน 10 คน

ผู้ร่วมวิจัย เป็นบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลเกษตรวิสัยและเครือข่ายบริการ จำนวน 20 คน ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพเกษตรวิสัย คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ CPG และการพัฒนาระบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ตัวแปรอายุ เพศ ภูมิลำเนา การมาโรงพยาบาล เวลามาถึงโรงพยาบาล โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค (2) แบบประเมินการปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยมากโดยให้คะแนนเป็น 5,4,3,2 และ 1 ตามลำดับ สำหรับแบบประเมินนี้พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักในระบบบริการโรงพยาบาลเกษตรวิสัยเป็นผู้ใช้ในการประเมินการปฏิบัติของบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง (3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนาในกลุ่มระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด และ (4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแลลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยปีงบประมาณ พ.ศ.2566 โดยใช้แบบบันทึกการเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสเลือด 2) สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 30 คน 3) สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จำนวน 30 คน ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน พยาบาล 27 คนและเภสัชกร 1 คน และ 4) การสนทนากลุ่มในผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเกษตรวิสัยในเครือข่ายบริการ จำนวน 10 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จำนวน 4 คนและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย จำนวน 3 แห่งๆ ละ 2 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผนลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย โดยประเมินจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 100 คน 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และ 4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการ

วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1032565 โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ และได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์เริ่มจากการพัฒนา CPG และ Competency เริ่มจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกรและพยาบาลร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย Sepsis ผลการวิเคราะห์ พบว่ามีผู้ป่วย Sepsis ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 240 ราย ซึ่งมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากติดเชื้อในกระแสเลือด คิดเป็นร้อยละ 4.58 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการเข้าถึงบริการล่าช้า (Delay detection, Delay diagnosis, Delay and inappropriate antibiotic และ Delay shock-resuscitation) และการสื่อสารของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย 1) ตั้งสหสาขาทีมดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) ระบบการจัดการรายกรณีสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด 3) พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด มีดังนี้ (1) ด้านพยาบาลผู้ให้บริการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 6 ปี จบการศึกษาปริญญาตรี (93.3%) และมีประสบการณ์ฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (50.0%) (2) พัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการจัดประชุมวิชาการรวมถึงการทบทวนและปรับ CPG และ sepsis Protocol ให้สอดคล้องกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ให้ความรู้ทีมผู้ปฏิบัติ (3) พัฒนาการสื่อสารและทำความเข้าใจในเรื่องการประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน SOS score และประเมินความรู้และทักษะรายบุคคลผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในการนำไปทดลองปฏิบัติในรอบแรก พบว่าพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดได้อยู่ในระดับมาก (Mean=4.17, SD.=0.50) จากนั้นจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรครวมทั้งสร้างความเข้าใจ ทบทวนอีกครั้ง และประเมินซ้ำ พบว่า การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ Sepsis Protocol เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 11.76 และหลังการพัฒนาพบว่ามีการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ Sepsis Protocol เฉลี่ยโดยรวม (82%) ไม่ปฏิบัติและไม่จำเป็นประเด็นละ 10% ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง (n=30)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
เพศ	หญิง	30(100.0)
อายุ (ปี)	Mean(SD.)	31.17(8.09)
	(Min:Max)	(22:54)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
การศึกษา	ปริญญาตรี	28(93.3)
	ปริญญาโท	2(6.7)
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน (ปี)	Mean(SD.)	6.59(7.90)
	(Min:Max)	(1:30)
ประสบการณ์ฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด		
	เคย	15(50.0)
	ไม่เคย	15(50.0)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ Sepsis Protocol ประเมินครั้งที่ 1 และ 2 (n=30)

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ			
	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
	Mean(SD.)	ระดับ	Mean(SD.)	ระดับ
1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฉบับนี้เป็นการสร้างมาตรฐานการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	4.10(0.71)	มาก	4.36(0.37)	มาก
2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฉบับนี้มีความเหมาะสมชัดเจน และเข้าใจง่าย	4.16(0.59)	มาก	4.40(0.72)	มาก
3. แนวปฏิบัติการทางพยาบาลฉบับนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วและครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐาน	4.33(0.66)	มาก	4.23(0.85)	มาก
4. แนวปฏิบัติการทางการพยาบาลฉบับนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4.23(0.67)	มาก	4.26(0.66)	มาก
5. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล	4.03(0.49)	มาก	4.33(0.64)	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	4.17(0.50)	มาก	4.32(0.37)	มาก
เพิ่มขึ้น	+11.76%			

ตารางที่ 3 ร้อยละของการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ Sepsis Protocol (N= 100)

กิจกรรมตามแนวปฏิบัติ	การดูแลตามแนวปฏิบัติฯ		
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่จำเป็น
	(%)	(%)	(%)
1. การประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน SOS SCORE	84.0	16.0	0.0
2. การประเมินระดับความรู้สึกตัว	88.0	12.0	0.0
3. การรายงานแพทย์ตามหลัก ISBAR*	96.0	4.0	0.0
4. การประเมินสัญญาณชีพตามแนวปฏิบัติ	92.0	8.0	0.0
5. การรายงานแพทย์ทันทีเมื่อคะแนนSOS≥ 4 หรือเพิ่ม≥ 2	94.0	0.0	6.0
6. การส่งเลือดตรวจเพื่อเพาะเชื้อ	94.0	6.0	0.0
7. การให้สารน้ำตามแผนการรักษา	72.0	28.0	0.0
8. การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ภายหลังเข้ารับการรักษาในงานผู้ป่วยใน	86.0	14.0	0.0
9. การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต (Vasopressin)	26.0	0.0	74.0
10. การประเมินและติดตามปริมาณปัสสาวะ	88.0	12.0	0.0
เฉลี่ยโดยรวม	82.0	10.0	10.0

หมายเหตุ * ISBAR หมายถึง หลักการของการรายงานข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย I=Identify S=Situation, B=Background, A=Assessment, และ R=Recommendation

วิจารณ์

1. การวิเคราะห์สถานการณ์พบปัญหาทั้งด้านการบริหารการปฏิบัติ และการสนับสนุน เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการเข้าถึงบริการล่าช้า (Delay detection, Delay diagnosis, Delay and inappropriate antibiotic และ Delay shock-resuscitation และการสื่อสารของทีมสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผลการวิเคราะห์สถานการณ์พบมีปัญหา 3 ด้านคือด้านการบริหาร ด้านการปฏิบัติ และด้านการสนับสนุนและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางฯ ที่ประกอบไปด้วยการนิเทศการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทักษะปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้แนวคิดวงจรการพัฒนาคุณภาพส่งผลให้ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวทางฯ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยชีวิตใน 1 ชั่วโมงหลังพัฒนามากกว่าก่อนพัฒนาแนวทางฯ การเกิดภาวะล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ และการเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลงจากเดิม และคะแนนความรู้ การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพมีค่ามัธยฐานหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นและค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลหลังการพัฒนาแนวทางสูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทาง การพัฒนาการแนวทางฯนี้สามารถพัฒนาการพยาบาลให้มีคุณภาพเพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยเพิ่มมากยิ่งขึ้น[12]

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการมีส่วนร่วมครั้งนี้ประกอบด้วย แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ส่วน คือ การประเมินสภาพแรกรับ

การระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก พบผลเช่นเดียวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และศึกษาผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ประกอบด้วยการประเมินคะแนน SOS (สัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว) การประเมินตำแหน่งของการติดเชื้อหรือสงสัยว่าอาจเกิดการติดเชื้อ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต (2) การระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (3) การพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยการประเมินสัญญาณชีพตามเกณฑ์ของคะแนน SOS การรายงานแพทย์ทันที เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนน SOS การส่งเลือด และสิ่งคัดหลั่งเพาะเชื้อ การให้สารน้ำตามแผนการรักษา การดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ การใส่สายสวนปัสสาวะ การประเมิน และติดตามปริมาณปัสสาวะ และการดูแลทางเดินหายใจ (4) การประเมินผลการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และ (5) การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินคะแนน SOS การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงตามแผนการรักษา หรือการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ[13]

3. ผลลัพธ์ทางคลินิกของการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรอุมา มะกรูดทองและจินตนา ดำเกลี้ยง[13] ซึ่งพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนความรุนแรงของการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 5.8 ผู้สูงอายุได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง (76.6%) ระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า 2 ชั่วโมง (59.2%) และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ (85.7%) ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาล โดยรวม และรายข้ออยู่ในระดับสูงทุกข้อ; หลังพัฒนา พบว่า บรรลุผลตามเป้าหมายทั้งหมด คือ 1) อัตราการวินิจฉัยโรครวดเร็ว และถูกต้อง ภายใน 1 ชั่วโมง 2) อัตราการเจาะเลือดส่งตรวจ hemoculture 2 Specimens ก่อนให้ Antibiotic 3) อัตราการให้ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัยเพิ่มจากร้อยละ 75.8 เป็นร้อยละ 100.0 4) อัตราผู้ป่วย Septic shock ได้รับสารน้ำเพียงพอ 1,500 ซีซี ภายใน 1 ชั่วโมง เพิ่มจากร้อยละ 68.5 เป็นร้อยละ 100.0 และ 5) อัตราการเสียชีวิตจาก Sepsis ก่อนดำเนินงานมีผู้เสียชีวิตจาก Sepsis ร้อยละ 3.1 ลดเหลือร้อยละ 1.3 สรุปการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษา sepsis ทำให้ได้แนวทางการดูแลรักษาตามบริบท และบรรลุผลตามตัวชี้วัด ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจาก Sepsis ลดลง[14] และสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลหลายแห่งทั้งไทยและต่างประเทศ พบว่า การมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย Sepsis (Sepsis guideline) ร่วมกับการรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชั่วโมงแรก (EGDT) จะทำให้ค่าสัดส่วนการพ้นภาวะช็อกภายใน 6 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง[15]

ข้อจำกัดของการศึกษา

ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการมีส่วนร่วมครั้งนี้ประกอบด้วยส่วนสำคัญคือ แนวปฏิบัติสำหรับการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในงานผู้ป่วยในภายใต้บริบทของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ซึ่งมีความพร้อมในด้านบุคลากรตลอดจนทรัพยากรในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระดับหนึ่งเท่านั้น ดังนั้น จึงมีความเฉพาะเจาะจงในบริบทของโรงพยาบาลอีกทั้งผลการศึกษาครั้งนี้เป็นผลที่ได้จากการศึกษาในบริบทงานผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวเท่านั้น และมีความจำเป็นที่ควรศึกษาเพิ่มเติมในบริบทงานผู้ป่วยในในโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อประโยชน์ในการนำผลการศึกษาไปใช้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทบทวนผลของการนำระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการต่ำ เช่น การส่งสิ่งคัดหลั่งตรวจเพื่อเพาะเชื้อและการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงภายหลังเข้ารับการรักษาที่งานผู้ป่วยใน และส่งเสริมแนวทางสำหรับการสนับสนุนให้พยาบาลได้มีการนำแนวปฏิบัติไปปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

2. ส่งเสริมและสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติสำหรับการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ในงานผู้ป่วยในอย่างต่อเนื่อง และกำกับติดตาม และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติฯอย่างต่อเนื่อง และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. ทิฏฐิ ศรีวิชัยและวิมล อ่อนเส็ง. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. 2560;9(2):152-62.
2. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงแผนกการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=964.
3. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. Critical Care towards to Perfection [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 13 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/wp-content/uploads/2019/07/World-Sepsis-Day-Thailand-2016.pdf
4. ประสิทธิ์ อุพาพรรณ. SEPSIS [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://med.swu.ac.th/internalmed/images/documents/handout/ID/PU/sepsis.pdf
5. สาธร ธรรมเนียมอินทร์. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 2561;16(2):58-68.
6. Amland R C, Hahn-Cover K E. Clinical decision support for early recognition of sepsis. American Journal of Medical Quality. 2016;31(2):103-10.
7. Dellinger R P, Levy M M, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal S M, et al. Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee Including the Pediatric Subgroup. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: Crit Care Med. 2012;41(2):580-637.
8. ฑิตยา วาระนัง. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโรงพยาบาลฝางจังหวัดเชียงใหม่. เชียงรายเวชสาร. 2562;11:1-8.
9. ประกาศิต เทนสิทธิ์, ชยันตร์ธร ปทุมานนท์, สุขี พบลาภ, ชลิสา นันทสันติ, ธนิตา มนตรี. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตเร็วและช้าในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2563;35:101-9.
10. โรงพยาบาลเกษตรวิสัย. ระบบสารสนเทศรายงานผลการดำเนินการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ปี พ.ศ.2565. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลเกษตรวิสัย; 2565.
11. Kemmis S, Mc Taggart R. The Action research Planner 3’ed. Geelong. Deakin University press; 1988.
12. พรรณี ชูศรี, อิสราภรณ์ ปัญญา, ปิยะเนตร ปานเกิด. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลสุขภาพ และสาธารณสุข. 2565;1(2):12-27.
13. อรอุมา มะกรูดทอง, จินตนา ดำเกลี้ยง. ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับ และการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2564;41(3):60-73.
14. ธิราภรณ์ อุ่นแก้ว, อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์. การพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตของโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ. 2564;1(2):40-52.
15 สมใจ จันทะวัง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานห้องผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลลำพูน. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2561;26(1):35-46.

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือดและช็อกจากการติดเชื้อที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of the Severe Sepsis and Septic Shock Patients with Acute Respiratory Failure : 2 case studies

ปรเมษฐ์ นามชู*

Paramet Namchoo

Corresponding author: E-mail: pmete.nmch@gmail.com

(Received: January 2 , 2024; Revised: January 9, 2024; Accepted: February 9, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือดตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS และเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือดและช็อกจากการติดเชื้อ ที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน

รูปแบบการศึกษา : เชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง รายกรณีศึกษา 2 ราย

วัสดุและวิธีการศึกษา : โดยทบทวนข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือด ที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และการหายใจล้มเหลว โดยได้ใช้แบบประเมิน FANCAS วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทย อายุ 62 ปี มีอาการไข้สูง ไอมีเสมหะ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน แรกรับพบว่า มีไข้ ความดันโลหิตต่ำ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง แพทย์ได้ให้ผู้ป่วยเข้ารักษาในแผนกอายุรกรรม ต่อมามีภาวะการหายใจล้มเหลว ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและย้ายเข้ารักษาต่อในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) **กรณีศึกษาที่ 2** หญิงไทย อายุ 77 ปี มีอาการเหนื่อย หายใจหอบ ถ่ายอุจจาระเหลว 9 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับผู้ป่วยมีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและรับเข้ารักษาในแผนกผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยทั้งสองรายอยู่ในระยะวิกฤตได้รับการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ดังนี้ 1) ด้านสมดุลน้ำ: เกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลท์ ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ มีภาวะความเข้มข้นในเลือดสูงเนื่องจากน้ำตาลคั่งในเลือดมาก 2) ด้านการหายใจ: เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดเนื่องจากภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน มีภาวะเสียสมดุลกรดด่างในร่างกาย 3) ด้านภาวะโภชนาการ: มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง 4) ด้านการติดต่อสื่อสาร: มีความวิตกกังวล และกลัว เนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรคและความไม่แน่นอนของการดำเนินของโรค 5) ด้านการทำกิจกรรม: พร่องสุขวิทยาส่วนบุคคลเนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง 6) ด้านการกระตุ้น: มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวคิดทางการพยาบาล FANCAS สามารถนำมาประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลันได้เหมาะสม สามารถใช้รวบรวมข้อมูลสำคัญจำเป็นที่ตอบสนองกับการเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสรีรภาพของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ได้อย่างครบถ้วน

คำสำคัญ : ภาวะติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือด; ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ; ภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน; แนวคิดทางการพยาบาล FANCAS

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโพนทอง

ABSTRACT

Purposes : To study and compare nursing care for patients with sepsis according to the FANCAS nursing concept and propose nursing guidelines for patients with severe sepsis and septic shock with acute respiratory failure.

Study design : Retrospective descriptive study, 2 case studies.

Materials and Methods : By reviewing data on patients with severe sepsis, septic shock and acute respiratory failure in the Intensive Care Unit Two case studies were selected using the FANCAS assessment, data were analyzed using content analysis.

Main findings : Case Study 1: A 62-year-old Thai female patient came to the hospital with symptoms of fever, cough with sputum, which occurred 1 day before coming to the hospital. Upon admission, it was found that she had a fever and low blood pressure. Diagnosed with severe sepsis and septic shock. Have high blood sugar levels, admitted the patient to the in-patients department of medicine ward and had respiratory failure. She was intubated and transferred to the Intensive Care Unit. Case study 2: A 77-year-old Thai female patient also came to the hospital. She was tired, short of breath, and diarrhea 9 hours before admission. The patient had sudden respiratory failure, was intubated. Both patients were in a critical stage and received nursing care according to the FANCAS nursing concept as follows: 1) Fluid balance: There was an electrolyte imbalance. The patient has an irregular heartbeat. There is a high concentration in the blood due to excessive sugar retention in the blood. 2) Aeration: There is a depletion of oxygen in the blood due to sudden respiratory failure. There is an acid-base balance disorder in the body. 3) Nutrition: There is a chance of malnutrition due to changes in eating patterns. 4) Communication: There is anxiety and fear due to the severity of the disease and the uncertainty of the disease's progress. 5) Activities: Decreased personal hygiene due to being less able to help oneself. 6)Stimulation: There is shock from infection. There is a chance of complications from intubation and mechanical ventilation.

Conclusions and recommendations : The FANCAS nursing concept can be applied to care for patients with severe sepsis and septic shock. Who have acute respiratory failure is appropriate, can be used to collect important information that responds to changes in the pathology of patients in critical situations completely.

Keywords : Severe sepsis; Septic shock; Acute respiratory failure; Nursing concepts FANCAS.

* Professional Nurse, Intensive Care Unit, Phon Thong Hospital.

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ใน 5 ของประชากรโลก คือผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 11 ล้านคน[1] ในประเทศไทยก็พบว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ จากสถิติปี พ.ศ.2564-2566 มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 33.71 35.24 และ 30.5 ตามลำดับ[2] ซึ่งเป้าหมายการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดคือ อัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 26 ซึ่งในเขตสุขภาพที่ 7 ยังมีอัตราเสียชีวิตในปี พ.ศ.2564-2566 สูงถึงร้อยละ 32.37 34.76 และ 29.03 โดยเฉพาะจังหวัดร้อยเอ็ดก็พบว่า จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือดมีจำนวน และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น จากสถิติ ปี พ.ศ.2564 – 2566 พบว่าอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 35.36 36.9 และ 32.69 ตามลำดับ ซึ่งผลการดำเนินการในภาพรวมของเขตสุขภาพและจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ายังไม่บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด[3] และสถิติของโรงพยาบาลโพนทองก็มีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในรุนแรงกระแสเลือด เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราการเสียชีวิตในปี พ.ศ.2564 – 2566 ร้อยละ 5.71 8.64 และ 5.54 ตามลำดับ สำหรับแผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเข้ารักษาร้อยละ 52.4 คิดเป็นอันดับหนึ่งในกลุ่มผู้ป่วยหนัก นอกจากนี้จากสถิติการเสียชีวิตในโรงพยาบาลโพนทอง พบว่าการเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากภาวะติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือดเป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด คือจำนวนระบบอวัยวะที่มีการทำงานผิดปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ระบบ[4] การติดเชื้อในระบบสำคัญ ภาวะเลือดเป็นกรด ระบบสมองทำงานบกพร่อง ไตวายเฉียบพลันที่จำเป็นต้องฟอกเลือด[5] นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับการมีอายุมากขึ้น การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาการได้รับการผ่าตัดหรือการกำจัดแหล่งติดเชื้อล่าช้า การควบคุมแหล่งติดเชื้อที่ไม่ครอบคลุม ความรุนแรงของอวัยวะที่ล้มเหลว เมตาบอลิซึมที่ผิดปกติ และการได้รับยาต้านจุลชีพล่าช้า เหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตายของผู้ป่วย[5] โรงพยาบาลโพนทองกำหนดให้ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือด เป็นผู้ป่วยวิกฤต จำเป็นต้องได้รับ การดูแลแบบช่องทางด่วน (Sepsis Fast Track) ใน ICU ตั้งแต่ปี พ.ศ.2565-2566 โดยยึดตามกลยุทธ์ Hour-6 bundles sepsis[6]

การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตปลอดภัยนั้น ต้องใช้กระบวนการพยาบาลอย่างสมบูรณ์ครบถ้วน ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน โดยใช้แนวคิดทางการพยาบาล FANCAS มาใช้ในการประเมินปัญหากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและให้การพยาบาล เพื่อไม่ให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยวิกฤต มีการประเมิน 6 ด้าน ดังนี้ 1) สมดุลน้ำ (Fluid balance) 2) การหายใจ (Aeration) 3) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) 4) การติดต่อสื่อสาร (Communication) 5) การทำกิจกรรม (Activity) 6) การกระตุ้น (Stimulation)[7]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือดตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ในกรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์และเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือดและช็อกจากการติดเชื้อที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน ในกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบพรรณนาย้อนหลัง เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือด และภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลันที่เข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 2 ราย ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคมถึง ธันวาคม 2566 ผู้ศึกษาได้ทบทวนเวชระเบียน รวบรวมข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค้นคว้าแนวทางการรักษา การพยาบาล และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จากตำราวิชาการและงานวิจัย รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล และ

เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้งสองราย ใช้เครื่องมือแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยตามแนวคิดทางการพยาบาลแฟนคัส (FANCAS) ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Protocol Sepsis) ซึ่งคณะทำงานการ Service Plan สาขาอายุรกรรมระดับจังหวัด ได้พัฒนามาจาก The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)[8]

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการขออนุญาตและพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1152566 และผู้ศึกษาขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลกรณีศึกษาจากคณะกรรมการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย และแพทย์ผู้รักษา ข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างของกรณีศึกษา จะเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งไม่สามารถระบุถึงตัวผู้ป่วยได้ และจะทำลายข้อมูลเมื่อบทความวิจัยได้รับเผยแพร่ภายใน 1 ปี

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี กู้ชีพตำบลนำส่ง ด้วยอาการมีไข้สูง ไอมีเสมหะ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน โรคประจำตัว เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตวายเรื้อรัง แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน พบว่ามีไข้สูงมีความดันโลหิตต่ำ และระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก้ไขภาวะวิกฤตเบื้องต้นก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลที่แผนกอายุรกรรม หลังจากนั้นยังมีภาวะ Septic Shock, Hyperglycemia และ Respiratory failure จึงได้ย้ายผู้ป่วยเข้ารักษาต่อที่แผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) รักษาต่อจนอาการทุเลา จำหน่ายกลับบ้าน

กรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 77 ปี กู้ชีพตำบลนำส่ง ด้วยอาการเหนื่อย หายใจหอบ อุจจาระเหลว 1 ครั้ง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 9 ชั่วโมง มีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อย 40 ครั้งต่อนาที ฟังเสียงปอดมี Coarse crepitation ออกซิเจนในเลือดต่ำ 85% ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) รักษาต่อจนอาการทุเลา จำหน่ายกลับบ้าน

กรณีศึกษาทั้งสองราย สามารถเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพ ระหว่างกรณีศึกษาที่ 1 กับ กรณีศึกษาที่ 2

ข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	หญิง 62 ปี 9 เดือน	หญิง 77 ปี 10 เดือน
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไข้ วิงเวียนศีรษะ 1 วันก่อนมา	ไข้ หายใจหอบ 6 ชั่วโมงก่อนมา
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	มีไข้ ไอ มีเสมหะสีขาว 1 วัน	9 ชั่วโมง มีไข้ ถ่ายเหลว 1 ครั้ง 6 ชั่วโมงก่อนมาหายใจหอบ เหนื่อยมาก
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	โรคประจำตัว DM, HT, CKD	โรคประจำตัว DM, HT
การวินิจฉัยโรคครั้งแรก	Severe sepsis and Septic shock	Pneumonia with Severe sepsis

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย	1. Acute pyelonephritis 2. Klebsiella pneumoniae septicemia, severe sepsis 3. Septic shock 4. Respiratory failure 5. AKI 6. Atrial fibrillation 7. Simple hyperglycemia	1. Infective diarrhea 2. Pneumonia 3. CHF 4. Metabolic acidosis 5. Severe sepsis 6. Respiratory failure 7. Pre renal-azotemia 8. Hyperglycemia
วันที่เข้ารักษา-จำหน่าย	14 -22 เมษายน 2566 (9 วัน)	13 -18 กรกฎาคม 2566 (5 วัน)

จากตารางเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป จะพบว่า กรณีศึกษาทั้งสองราย มีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคล้ายกัน ลักษณะการเจ็บป่วยในอดีต และโรคประจำตัวเหมือนกัน ทำให้เมื่อเจ็บป่วยรุนแรง เข้าสู่ภาวะวิกฤต และการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆคล้ายคลึงกัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาลของ FANCAS และสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระหว่าง กรณีศึกษาที่ 1 กับกรณีศึกษาที่ 2 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาลของ FANCAS และสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระหว่าง กรณีศึกษาที่ 1 กับกรณีศึกษาที่ 2

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
F : Fluid Balance	แรกรับ BT=39° C, PR=102, RR=20, P=90/45, MAP=60 mmHg.,83/45(MAP=58) mmHg. ปลายมือเท้าเย็น BUN=49 mg/dl.Cr.= 3.32 mg/dl. eGFR =14.199 ml/min/1.73 m^2, TCO_2 =12 mmol/L, Anion gap 24 mmol/L, Calcium, total=9.9 mg/dl. ได้ให้ 0.9% NSS free flow 2 ครั้งๆละ 500 ml. วัด BP=87/50 (MAP=62). และ BP=91/49(MAP=57) mmHg. U/S;IVC; 11.0, 7.4 mm conlapse. ให้ Hydrocortisone 200 mg.IV stat, และ 200 mg.iv. drip in 24 hr. ยังพบ BP=68/38(48), BP=80/45(56) MAP<65 mmHg ได้เพิ่ม Norepinephine (4:250) iv drip ขึ้นทุก 1 ชั่วโมงจนถึง 50 ml/hr. ในหอ ICU แพทย์ใส่ C- line Rt.IJV. วัด CVP=9 cmH_2O. มีภาวะ.	แรกรับผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวรู้เรื่อง LOC : $E_4V_5M_6$ ผู้ป่วยท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลียมาก วัดสัญญาณชีพ BT=36.5° C, PR 118 ครั้ง/นาที BP 137/83 mmHg. ปลายมือเท้าอุ่น พบ BUN 28, Cr 1.63, eGFR 30.17 Electrolyte; TCO_3 11, Ca 0.33 mmol/L, Mg 2.3, PO_4 5.6 Lactate serum 79 mg/dl. Serum Ketone : positive (0.7mmol/L) ได้ Acetate Ringer Solution free flow 500 ml. และเจาะซ้ำอีก 6 ชั่วโมง Lactate = 35 mmol/dl. วันที่ 2 ใน ICU มีภาวะสับสน ร่วมกับ Aute Kidney Injury (BUN=30 Cr.=1.3 eGFR=36.9 lactate serum=21mg/dl. (2.3 mmol/L) ปัสสาวะออก 50 - 65 ml/hr. วันที่ 3 ที่เข้ารักษาใน ICU ปัสสาวะออกมากขึ้น Fluid Intake 3,320 ml. : Urine Output 600 ml/day Blood sugar แรกรับ 12.00 น. =246 mg/dl 18.00 น. =153 mg/dl.24.00 น.= 135 mg/dl และสูงต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	AF c RVR; HR 130-150 ได้ Amiodarone 150 mg. ฉีด และ Amiodarone 900 mg. +5%DW 500 ml. IV drip, Intake 2,000 ml. Urine Output 100 ml. Blood sugar แรกรับ 06.00 น.´=357 mg/dl 12.00น. =502 mg/dl 18.00 น. =438 mg/dl. 24.00 น.= 402 mg/dl	
ผลการเปรียบเทียบ : กรณีศึกษาทั้งสอง มีภาวะ Fluid imbalance และ AKI เหมือนกัน แต่ในกรณีศึกษาที่ 1 มีแนวโน้มรุนแรงและเสียสมดุลนานกว่า Prolong hypoperfusion จนเกิดภาวะ Lactic acidosis ได้รับยา Hydrocortisone และ Sodium bicarbonate[9]		
สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1. เกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลท์ เนื่องจากการทำงานของไตเสียหน้าที่ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2) 2. มีโอกาสที่เนื้อเยื่อได้รับเลือดเลี้ยงไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพหัวใจสูบฉีดเลือดได้ลดลง จากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (กรณีศึกษาที่ 1)		
A : Aeration	แรกรับ BT=39 องศาเซลเซียส PR 102 ครั้ง/นาที, RR 20, ครั้ง/นาที BP 83/45, MAP 58 mmHg. ปลายมือเท้าเย็นเสียงปอดมี Crepitation both lungs ABG: Primary Metabolic Acidosis, with: Secondary Respiratory Alkalosis ผู้ป่วยหอบเหนื่อยมากขึ้น CXR: Infiltration both lungในICU แพทย์ให้ใส่ HFNC: Flow 50 lpm, FiO_2 0.4 Temp=34 c, ABG: Primary Metabolic Acidosis, with: Appropriately Compensated by Respiratory Alkalosis ได้ 7.5%$NaHCO_3$ +5%DW 850 ml. iv drip ยังมีอาการ หายใจหอบเหนื่อย RR 30-33 ครั้ง/นาที O_2 sat 93-94% จึงใส่ท่อช่วยหายใจ on Mechanical Ventilator : PCV mode: IP 20, RR 16, PEEP 5,FiO_2=0.4 Ti=1.0	แรกรับ ผู้ป่วยท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลียมากวัดสัญญาณชีพ BT=36.5° C, PR=118, RR=40, BP=137/83 mmHg. SpO_2 =85% หายใจหอบลึกใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ ท่าทางกระวนกระวาย Lung: coarse crepitation both lungs CXR: Infiltration both lungs จึงใส่ท่อช่วยหายใจ on Mechanical Ventilator : PCV mode: IP=18, RR=18, PEEP=5, FiO_2=0.6 ผล ABG: pH=7.328, $paCO_2$=22.1 mmHg., HCO_3 =11.6, paO_2 =46.3 mmHg. BE= -14.4mmol/l ABG: pH=7.473, $paCO_2$=22.4 mmHg., HCO_3 =16.4 mmol/L , paO_2 =89.6 mmHg BE= -7.2 mmol/L SpO_2 = 97.7% 6 Lactate serum 79 mg/dl. Serum Ketone : positive (0.7mmol/L) มีภาวะ Lactic acidosis มีภาวะสับสน และAKI (BUN=30 Cr.=1.3 eGFR=36.9 ปัสสาวะออก 50 - 65 ml/hr.
ผลการเปรียบเทียบ : ปัญหาด้านการหายใจมีความแตกต่างกันกรณีศึกษาที่ 1 ระบบการหายใจล้มเหลวจนเสียสมดุลกรดด่าง เนื่องจากภาวะ Severe sepsis และ Septic shock นาน ทำให้เกิด Prolong Hypoperfusion จนเกิดภาวะ Lactic Acidosis เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนลดลง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็ได้รับ Sodium Bicarbonate เพื่อแก้ไขภาวะดังกล่าว[10] และการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อช่วยให้ ยากระตุ้นความดันโลหิตในขนาดความเข้มข้นสูงได้อย่างปลอดภัย		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	และสามารถประเมินความเพียงพอของสารน้ำในร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนผู้ป่วยสามารถกลับมาเป็นปกติ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 การหายใจล้มเหลวเกิดจากพยาธิสภาพที่ปอด ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง และมีภาวะ Severe sepsis ร่วมกับภาวะ AKI การแก้ไขภาวะ Respiratory failure แตกต่างกันเล็กน้อย กรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีภาวะการหายใจล้มเหลวตั้งแต่แรกรับ แต่มีหลังเกิดภาวะ Septic Shock 17 ชั่วโมง จึงได้ใส่ท่อช่วยหายใจ ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะ Severe Sepsis และการหายใจล้มเหลวเมื่อแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเข้ารักษาใน ICU ตั้งแต่แรก อย่างไรก็ตาม การตั้งค่ารูปแบบ (Mode) เครื่องช่วยหายใจเหมือนกันคือ ชนิดแรงดันบวก Pressure Control Ventilator: PCV ; IP16, RR=16, I:E 1:2 PEEP5, FiO_2 0.4 ซึ่งเป็นการตั้งค่าสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดร่วมกับภาวะที่ผู้ป่วยมีปอดติดเชื้อ[11] **สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล :** 1. เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด เนื่องจากภาวะระบบการใจล้มเหลวฉับพลัน (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2) 2. มีภาวะเสียสมดุลกรดด่างในร่างกาย เนื่องจากภาวะติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือด ระบบหายใจล้มเหลว การทำงาน ของไตบกพร่อง และระดับน้ำตาลในเลือดสูง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2) (การพยาบาลรวมกับปัญหาข้อที่ 1)	
N: Nutrition	น้ำหนัก 66 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 28.57 Ca=9.9 mg/dl.,Mg.=1.8 mg/dl., $P0_4$ =1.1 mg/dl.,K= 4.7 mg/dl., Total protein 8.6, Alb.= 4.3, Hb.= 9 g/dl., Hct.27vol% ประเมิน TEE= 1,764 kcal/day.ได้ BD (1.2:1) 300 ml. 4 มื้อ = 1,440 kcal/day	น้ำหนัก 62 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 27.56 : Hgb. 10.7 g/dl. Mg.=2.3 g/dl., PO_4 = 5.6 mg/dl., Total protein 9.4.,Alb. 4.1 g/dL., AST 144, ALT 43., Alk. phos.130 U/L ประเมิน TEE=1,521 kcal/day ได้ BD (1.2:1) 300 mlx4 มื้อ =1,440 kcal/day
	ผลการเปรียบเทียบ : กรณีศึกษาทั้งสองราย มีแบบแผนโภชนาการเปลี่ยนแปลงจากปกติ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอาหารเหลวทางสายยางอาหารระหว่างที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ อีกทั้งผู้ป่วยทั้งสองรายมีภาวะ Hyperglycemic ตลอด อาหารเหลวที่ได้รับจึงต้องควบคุมปริมาณและพลังงานอย่างเข้มงวด **สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล :** เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	
C : Communication	แรกรับสื่อสารด้วยวาจาได้ แต่มีอาการเหนื่อยหอบง่าย ใน ICU : ใส่ HFNC: Flow 50 lpm, FiO_2 0.4 Temp=34 ยังหอบเหนื่อยมาก มีไข้ BT=39.8 C พยาบาลรายงานแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยสื่อสารด้วยการเขียน มีอาการกระวนกระวาย สีหน้าตื่นกลัวตลอด มีการหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจได้ Fentanyl (5:1) iv drip ทำให้ง่วงซึม หลับ สื่อสารได้น้อยลง	แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจเข้ารักษาที่แผนกผู้ป่วยหนัก ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ สื่อสารลำบาก เพราะเขียนหนังสือไม่ได้ วันที่ 2 ใน ICU พบภาวะ Lactic acidosis มีภาวะสับสน ได้ Fentanyl (5:1) iv drip 10 ml./hr. ทำให้ง่วงซึม หลับ สื่อสารได้น้อยลง.

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ผลการเปรียบเทียบ : กรณีศึกษาทั้งสองราย ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ พูดคุยสื่อสารลำบาก และได้รับยาช่วยให้พักผ่อนตลอดเวลา แต่กรณีศึกษาที่ 1 พอที่จะเขียนหนังสือสื่อสารได้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ไม่สามารถเขียนสื่อสารได้ และมีภาวะระดับการรับรู้สติเปลี่ยนแปลง (Alteration of Conscious) จากภาวะของโรค และอาจจะเกิดจากภาวะ ICU Syndrome ได้เช่นกัน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : วิตกกังวลและกลัว เนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนของการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา (ผู้ป่วยรายที่ 1 และรายที่ 2)

A: Activity	ก่อนเข้ารักษาผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ ช่วยเหลือตนเองด้านกิจวัตรประจำวันได้ จากการเจ็บป่วย Severe sepsis/Septic shock และในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ผู้ป่วย on HFNC: Flow 50 lpm, FiO_2 0.4 Temp=34 c, พิจารณาใส่ Central line 3 lumens Rt.IJV. Respiratory Failure ใส่ท่อช่วยหายใจ on Mechanical Ventilator และได้ยา sedative ทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง ต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด ไม่มีแผลกดทับ ADL = 2 คะแนน	ก่อนเข้ารักษาผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ ช่วยเหลือตนเองด้านกิจวัตรประจำวันได้ แรกผู้ป่วยท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลียมาก หายใจหอบลึกใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ ท่าทางกระวนกระวาย Respiratory Failure ใส่ท่อช่วยหายใจ on Mechanical Ventilator ร่วมกับ Congestive Heart failure ทำ Echocardiography; EF= 50% หลังถอดท่อช่วยหายใจ ยังใส่ High Flow Nasal Canular; flow 40 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมาก ADL = 2 คะแนน

ผลการเปรียบเทียบ : กรณีศึกษาทั้งสองราย ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ มีความจำเป็นต้องจำกัดกิจกรรม ให้ทดแทนกิจกรรมทุกอย่างบนเตียง (Absolute Bed Rest) เพื่อสงวนพลังงานของร่างกาย และการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ทำให้มีการให้ยา Sedative หรือมีการตรึงอวัยวะผู้ป่วย กรณีมีภาวะ Agitation จนการหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : พร่องสุขวิทยาส่วนบุคคลเนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง

FANCAS	กรณีศึกษาที่หนึ่ง	กรณีศึกษาที่สอง
S: Simulation	แรกรับผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวรู้เรื่อง LOC : $E_4V_5M_6$ มีภาวะ Septic Shock BP=80/45, MAP 56 (MAP<65 mmHg.) ได้รับยา Norepinephine (4:250) iv drip ปรับความเข้มข้นขึ้นเป็น NE(8:100) หลังจากใส่ Central line, Urine culture : Krebsiella sp. Resistant : Ampicillin, Tetracycline., Susceptible : Ceftriaxone, Ceftazidime., มี Hyperglycemic high ได้ยาฉีด Insulin ตลอด	แรกรับผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวรู้เรื่อง LOC : $E_4V_5M_6$วันที่ 2 ใน ICU พบภาวะ Lactic acidosis มีภาวะสับสนจึงได้ Fentanyl (5:1) iv drip ทำให้ง่วงซึม U/A: พบ infection, Turbidity : Slightly turbid, Specific gravity : 1.032, pH: 5.5 , blood 1+ RBC: 5-10 / HP, WBC: 2-3 /HP Bacteria = Numerous (>100/HPF) U/C: No growth, มี Hyperglycemic high ได้ยาฉีด Insulin ตลอด

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ผลการเปรียบเทียบ : กรณีศึกษาทั้งสองราย ได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยอินซูลินฉีด เนื่องจากมีระดับน้ำตาลในเลือด เกิน 200 mg/dl ในช่วงวิกฤตซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญในภาวะติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือด[10] ส่วนการประเมินความก้าวหน้าของการรักษาด้วยค่า Lactate serum แตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการตรวจระดับ Lactate serum 2 ครั้ง (ชั่วโมงแรก กับชั่วโมงที่ 6) ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการตรวจติดตามทุก 2-4 ชั่วโมง ตามแนวทาง[12] ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยรายที่ 1 เข้ารักษาในหอผู้ป่วยสามัญก่อน เป็นเวลาหลายชั่วโมง ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการดูแลแบบ Fast Track Sepsis เข้ารักษาใน ICU เลยตั้งแต่เริ่มรักษา

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล :

1. มีภาวะ Shock เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด หรือ ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากภาวะหลอดเลือดขยายตัวทั่วร่างกาย จากการติดเชื้อในกระแสเลือด (กรณีศึกษาที่ 1)
2. มีภาวะการติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)
3. เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะความเข้มข้นในเลือดสูงเนื่องจากน้ำตาลคั่งในเลือดมาก (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)
4. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อ ช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

จากตารางการเปรียบเทียบจะเห็นว่า การวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วย ตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS นั้น จะทำให้สามารถแจกแจงปัญหาแต่ละด้านของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ซึ่งกรณีศึกษาทั้งสอง มีปัญหาทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน สำหรับกิจกรรมการพยาบาลผู้ศึกษาจะนำเสนอตัวอย่างรายการปัญหาทางการพยาบาลในระยะวิกฤตที่สำคัญ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด เนื่องจากภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีภาวะระบบหายใจล้มเหลว ภาวะเสียสมดุลกรดด่างในร่างกาย

ผู้ป่วยรายที่ 1 ; ABG: pH= 7.233, pCO_2 24.1 mmHg. pO_2 34.2 mmHg.$cHCO^3$-10.2 , BE -17.3 mmol/l cSO_2 56.8 %

ผู้ป่วยรายที่ 2 ; ABG:pH : 7.328, pCO2 : 22.1 mmHg. pO_2 : 46.3 mmHg. $cHCO^3$- : 11.6 mmol/l BE : -14.4 mmol/l, cSO_2 : 80.2 %, Lactate : 12.43 mmol/L

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจนและการหายใจล้มเหลวมีสมดุลกรดด่างในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล : 1) การหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ 2) อัตราการหายใจ 12 - 20 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ 3) Capillary refill < 2 วินาที 4) ผลการตรวจ ABG พบค่า paO_2 83 - 108 mmHg และ O_2 saturation > 95 % ค่า pH 7.35 - 7.45, pCO_2 35 - 45 mmHg และ HCO_3- 22 - 26 mEq/L ผลการตรวจ Chest X ray ปกติ ระดับ ความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการหายใจหอบลึก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่นปลายมือ/เท้าเย็น เล็บ ริมฝีปาก ซีด เขียว กระสับกระส่าย ซึม ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็วตื้น

2. ประเมินความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน หากพบอาการผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที ได้แก่

2.1 Mild hypoxia (PaO_2 60-80 mmHg.) มีอาการเหงื่อออก กระสับกระส่าย ปลายมือเท้าเย็นซีด ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูง หายใจเร็วลึก ใช้กล้ามเนื้อในการหายใจมากขึ้น

2.2 Moderate hypoxia (PaO_2 40-60 mmHg.) มีอาการสับสน หัวใจเต้นผิดจังหวะ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิต เริ่มลดต่ำลง

2.3 Severe hypoxia (PaO_2 <40 mmHg.) ถ้าต่ำลง

มากกว่า 2% ประเมินอาการและรายงานแพทย์ทันที

3. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินเสียงลมเข้าปอด เสียงเสมหะ อย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

4. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อให้กะบังลมหย่อนตัวเพิ่มปริมาตรในช่องอก และปอดสามารถขยายตัวได้ดีขึ้น

5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอโดยการดูดเสมหะอย่างถูกต้อง ตามหลัก ประเมินความต้องการการดูดเสมหะ ใช้ความดันในการดูดเสมหะเหมาะสม เวลาที่ใช้ไม่เกิน 10 -15 วินาที เลือกขนาดของสาย ให้เหมาะสม และ Hyperventilate 1 นาที ก่อนและหลังจากดูดเสมหะ

6. ดูแลท่อทางเดินหายใจ การทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ ดูแลวัด Tidal Volume อากาศ ที่หายใจเข้าออกแต่ละครั้งทุกชั่วโมง

7. ดูแลให้ยา Fentanyl ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสงบ ไม่ต่อต้านการใช้เครื่องช่วยหายใจ

8. ส่งตรวจและติดตามผลการตรวจ ตามแผนการรักษา ได้แก่ ABG, chest X –Ray

ประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1 : วันที่ 3 ของการรักษา การหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 12 - 20 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ Capillary refill < 2 วินาที ตรวจ ABG: pH= 7.563, pCO_2 18.2 mmHg., pO_2 143.1% $cHCO^3$-16.4 mmol/l, BE-5.7 mmol/l,cSO_2 99.6 % ผลการตรวจ Chest X ray มี Infiltration ลดลง

กรณีศึกษาที่ 2 : วันที่ 4 ของการรักษา การหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 16 - 18 ครั้ง/นาที เสียงปอดมี mild crepitation, Capillary refill < 2 วินาที ตรวจ ABG: pH : 7.437,pCO_2 : 22.4 mmHg., pO_2 : 89.6 mmHg., $cHCO^3$- 16.4 mmol/l, BE : -7.2 mmol/l, cSO_2 : 97.7 % ผลการตรวจ Chest X ray มี Infiltration ลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือด (ผู้ป่วยรายที่ 1และรายที่ 2)

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 : มีสัญญาณชีพผิดปกติ มีไข้ BT 39 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ > 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 102 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 83/45 (MAP=57) และ 83/47 mmHg. Sp O_2 98% WBC= 21,730, Neutrophil 90 , band form 2%, Lactate 41 mg/dl Urine culture : Krebsiella sp. H/C (no.1) after 24 hr. Gram Nagative Bacilli Organism : Krebsiella ssp.

กรณีศึกษาที่ 2 : CBC count : 17,760 cell/mm^3 RBC count 4.3 x 10^6 cell/mm^3 Hb 11.8 g/dl. Neutrophil 87 %, Lymphocyte 8 % Lactate 79 mg/dl (6 mmol/l) Lactate 54 mg/dl. (6 mmol/l)

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล : 1) สัญญาณชีพเป็นปกติ 2) ผลการตรวจ CBC เป็นปกติ 3) ผลเพาะเชื้อเป็นปกติ และ 4) ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วมากกว่า 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ซักประวัติค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ ส่งตรวจเลือดเพาะเชื้อ อุจจาระ ปัสสาวะเพาะเชื้อ เสมหะเพาะเชื้อ และอื่นตามแผนการรักษา

2. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรกที่ให้สารน้ำ และทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่สอง และยืดเวลาออกไปเป็นทุกหนึ่งชั่วโมงจนพ้นระยะวิกฤต อย่างน้อย 24 ชั่วโมง

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสมดุลน้ำ และอิเล็กโตรไลท์ โดยมีการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไข

4. ลดปัจจัยส่งเสริมการทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดเชื้อเพิ่มขึ้น โดยใช้เทคนิกการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน

5. ติดตามผลการตรวจทางโลหิตวิทยา เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ กรณีศึกษาที่1 ให้ Ceftazedime 2 กรัม ผสมใน 0.9% NaCl 100 ml. หยดทางหลอดเลือดดำใน 30 นาที ให้ทุก 8 ชั่วโมง กรณีศึกษาที่ 2 ให้ Ceftriaxone

2 กรัม ผสมใน 0.9% NaCl 100 ml. หยดทางหลอดเลือดดำให้ทุก 24 ชั่วโมง

7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาแพทย์ ทั้งสองกรณีศึกษาได้รับ Acetate Ringer Solution 1,000 ml. หยดทางหลอดเลือดดำอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1 : ไข้เริ่มลดลงต่ำกว่า 38 องศาเซลเซียส ในวันที่ 4 ของการรักษา วันแรกตรวจพบ CBC; WBC 61,030 cell/mm^3 (critical value) Lactate 41 mg/dl วันที่ 7 ของการรักษา CBC count 12,220 cell/mm^3 Lactate 15 mg/dl, SpO_2 =100%

กรณีศึกษาที่ 2 : BT=36.8 C,PR=94, RR=22, BP=132/77 mmHg. CBC ; WBC count : 17,760 cell/mm^3 Neutrophil 87 % Lactate จาก 79 mg/dl ลดลง 15 mg/dl. ผลตรวจเพาะเชื้อ 72 ชั่วโมงไม่พบเชื้อ SpO_2 97-100%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากภาวะหลอดเลือดขยายตัวทั่วร่างกาย จากการติดเชื้อ (มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ) (ผู้ป่วยรายที่ 1)

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีอุณหภูมิกาย 38.5 – 40.5 องศาเซลเซียส มีอาการหายใจเร็วตื้น 20-30 ครั้งต่อนาที ชีพจรเร็ว 100-118 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 83/45 (MAP=57), CVP 5-7 cmH_2O หายใจเหนื่อยหอบ ซึมลง CBC count (1) 61,030 (2) 48,970 cell/mm^3 (critical) RBC count 4.94 x 10^6 cell/mm^3 Neutrophil 96 % Lymphocyte 2%

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง (ปลอดภัยจากภาวะช็อก)

เกณฑ์การประเมินผล

1) ระดับความรู้สึกตัวปกติ 2) สัญญาณชีพเป็นปกติ BP 90/60-140/90 mmHg., MAP ≥ 65 mmHg., T 36-37.5 °C, P 60-100 ครั้ง/นาที R 16-20 ครั้ง/นาที, O2sat ≥ 95 % 3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC 4,600-10,200 cell/cu.mm , Neutrophil 50-60 %, Urine output Urine output > 30 cc./hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพ MAP อาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ประเมินทุก 15 นาทีเมื่อ MAP ≥ 65 mmHg ประเมินทุก 1 ชั่วโมง และประเมินทุก 4 ชั่วโมงเมื่ออาการคงที่

2. ดูแลให้ได้รับ O_2 อย่างเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์และอาการผู้ป่วย

3. ดูแลให้ได้รับ 0.9% NSS 1,000 ml. intravenous. load then 80 ml/hr. (ตามแผนการรักษาของแพทย์)

4. ดูแลให้ได้รับยา Norepinephrine 8 mg. + 5%D/W 100 ml. 20 ml/hr. ทาง Central line Right Internal Jugular Vein. เพื่อ Keep MAP ≥ 65 mmHg.

5. ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินและจดบันทึกปริมาณ สี ปัสสาวะของผู้ป่วยทุกชั่วโมง ดูแลให้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง หากมีอาการผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ ตวงปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จนสามารถ keep BP ≥ 90/60 mmHg และMAP ≥ 65 mmHg ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc./hr. รายงานแพทย์ทราบ

6. บันทึก ปริมาณสารน้ำเข้าและออกร่างกายทุก 8 ชั่วโมงเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่

7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเช่น WBC, Lactate serum เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่าง ต่อเนื่อง

8. ประเมินผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำรวดเร็ว เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ โรคหัวใจ ไตวาย และประเมินการให้สารน้ำเกิน เช่น อาการบวมของใบหน้า มือเท้า เสียงหายใจครืดคราด ปอดมีเสียงกรอบแกรบ เสมหะเป็นฟอง

ประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 4-5 ของการรักษา ผู้ป่วยตื่นดี รู้สึกตัวรู้เรื่อง สัญญาณชีพ คงที่ BT= 36.5C, PR=68 ครั้ง/นาที RR= 22 ครั้ง/นาที BP=110/58 MAP 77 mmHg. ถอดท่อ

ช่วยหายใจใส่ HFNC: flow 40 Fi O2 0.4, Temp 34 ไว้ต่อ CVP 13 cmH_2Occแพทย์ถอดสาย central line O_2sat ≥ 95 % 3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ ปกติ WBC count 12,220 cell/mm^3 Neutrophil 74 %, Urine output 200 ml./1 hr.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะความเข้มข้นในเลือดสูงเนื่องจากน้ำตาลคั่งในเลือดมาก (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

ข้อมูลสนับสนุน : 1) มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ HbA1C = 15.7 % (กรณีศึกษาที่1) 2) Serum Ketone positive (Case2) 3) มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะภาวะความเข้มข้นในเลือดสูงเนื่องจากน้ำตาลคั่งในเลือดมาก

เกณฑ์การประเมินผล : 1. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติที่แพทย์กำหนด 2)ระดับการรับรู้สติของผู้ป่วยปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด น้ำตาลปลายนิ้วทุก 1-2 ชั่วโมง ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง

2. บันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 1-2 ชั่วโมง บันทึกสัญญาณชีพและประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมง

3. ตรวจติดตามผลอิเล็คโตรไลท์ทุก 1-2 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่ ตรวจทุก 2-4 ชั่วโมง ติดตามค่า ABG ทุก 1 ชั่วโมง จนค่า pH >7.2 และตรวจระดับคีโตนในเลือดหรือในปัสสาวะ ตามแผนการรักษา

4. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจกรณีที่ระดับโปตัสเซียมผิดปกติ (กรณีศึกษาที่ 1)

5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการขาดน้ำ หรือภาวะได้รับน้ำเกิน ได้แก่ อาการบวม เสียงปอดผิดปกติ

6. วัดความดันหลอดเลือดดำส่วนกลางทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะน้ำขาดหรือน้ำเกิน (กรณีศึกษาที่1)

7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอินสุลินตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำด้วย

ประเมินผลการพยาบาล หลังรักษา 4-5 วัน กรณีศึกษาทั้งสองราย มีระดับน้ำตาลในเลือดคงที่อยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์กำหนดคือ 80-180 mg/dl. แต่กรณีศึกษาที่ 1 มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 67-80 mg/dl.แต่ระดับการรับรู้สติผู้ป่วยปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 : เกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการทำงานของไตเสียหน้าที่ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

ข้อมูลสนับสนุน : กรณีศึกษาที่ 1 : BUN 46 mg/dl.,Creatinine 1.97 mg/dl.,eGFR (CKD-EPI)=26.66 ml/min/1.73 m^2 ,sodium 143 mmol/L, potassium 3.1 mmol/L (ต่ำ) TCO2 = 21 mmol/L (ต่ำ), Anion gap 20 mmol/(สูง) **กรณีศึกษาที่ 2 :** sodium 145 mmol/L (สูง) TCO2 =11 mmol/L (ต่ำ) Anion gap 29 mmol/L (สูง) Phosphorus 5.6 mg/dl. (สูง) BUN 28 mg/dl.(สูง) Creatinine 1.63 mg/dl. eGFR (CKD-EPI) = 30.17ml/min/1.73 m^2 (ต่ำ)

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมต่ำ คือ อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือเป็นอัมพาต หัวใจวาย สับสน เพ้อคลั่ง ไม่รู้สติ คลื่นไส้อาเจียน ลำไส้หยุดทำงาน หัวใจเต้นเร็ว และเต้นช้าจนหยุดเต้น ดูแลให้ผู้ป่วย On Monitor EKG เพื่อดูความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเฝ้าระวังความผิดปกติ โดยถ้าผิดปกติจะมี T-wave สูง จนกระทั่งเป็น sine wave อาการจะรุนแรงมาก ถ้าค่าโพแทสเซียม เกินกว่า 9 mEq/L

3. บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะชีพจรและอัตราการเต้นของหัวใจเพื่อติดตามการเต้นของหัวใจ

4. ดูแลให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ เพื่อลดระดับโพแทสเซียมในเลือดลง และแก้ไขภาวะความเป็น กรดของร่างกาย ตามแผนการรักษาของแพทย์ดังนี้

4.1 ดูแลการให้ 10% Calcium gluconate 10 ml IV push และ 50% glucose 50 ml+ RI 10 unit IV

Stat เพื่อให้โพแทสเซียมเข้าสู่เซลล์โดยเร็ว โดยทำให้โพแทสเซียมที่อยู่ในกระแสเลือดลดลงด้วยการให้ Insulin ผสมกับ 50% glucose 50 ml ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ Insulin จะเป็นตัวนำโพแทสเซียมเข้าสู่เซลล์ และให้ 10% Calcium gluconate ทางหลอดเลือดดำช้าๆ เพื่อลดพิษของโพแทสเซียมต่อหัวใจ ป้องกันภาวะหัวใจวาย

4.2 ดูแลการให้ Kalimate 30gm +น้ำ 50 ml oral ทุก 2 ชั่วโมง x3 dose เพื่อขับโพแทสเซียม ออกจากร่างกายสังเกตและเฝ้าระวัง ผลข้างเคียงของยา Kalimate ที่จะทำให้ระดับโซเดียมในร่างกายสูงขึ้น อาจจะเกิดภาวะบวมและหัวใจล้มเหลวได้

4.3 ดูแล การให้ 7.5%$NaHCO_3$ 2 Amp IV push. เพื่อลดภาวะกรดในกระแสเลือด

5. ติดตามผล Electrolyteโดยเฉพาะโพแทสเซียม เนื่องจากไตเสียหน้าที่ ไม่สามารถขับโพแทสเซียมออกทางปัสสาวะได้ ประกอบกับร่างกายมีสภาพเป็นกรดมาก (Severe Metabolic Acidosis) มีการทำลายเนื้อเยื่อมาก

6. ติดตามผล Arterial Blood Gas เพื่อประเมินถึงสภาพความไม่สมดุลของความเป็นกรดและด่างในร่างกาย

7. ติดตามผลการตรวจค่าการทำงานของไต BUN, Cr.

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยทั้งสองราย ไม่มีอันตรายจากภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลท์ ในร่างกาย

กรณีศึกษาที่ 1 หลังรับไว้ดูแล วันที่ 4 -5 ผลตรวจค่าการทำงานของไตดีขึ้น BUN 29 mg/dl., Creatinine 1.40 mg/dl., eGFR (CKD-EPI) 40.30 ml/min/1.73 m^2 อิเล็กโตรไลท์ ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือผิดปกติเล็กน้อย Sodium 142 mmol/L, Potassium 4.4 mmol/L, Chloride 106 mmol/L,TCO_2 24 mmol/L, Anion gap 12 mmol/L, Sodium 144 mmol/L, Potassium 4.2 mmol/L, Chloride 106 mmol/L, TCO_2 21 mmol/L, Anion gap : 17 mmol/L กรณีศึกษาที่ 2 หลังรับไว้ดูแล วันที่ 2 ใน ICU ผลตรวจค่าการทำงานของไตดีขึ้น BUN 30 mg/dl.,Creatinine 1.38 mg/dl., eGFR (CKD-EPI) 36.9 ml/min/1.73 m^2 เล็กโตรไลท์ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือผิดปกติเล็กน้อย Sodium 144, Potassium 4.2, Chloride 106, TCO^2 21, Anion gap : 17 mmol/L.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจกรณีศึกษาที่1 ใช้เครื่องช่วยหายใจ 3 วัน กรณีศึกษาที่ 2 ใช้เครื่องช่วยหายใจ 4 วัน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล : 1) ตำแหน่งใส่ท่อช่วยหายใจไม่มีการเลื่อนหลุด 2) สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบตำแหน่งที่เหมาะสมหลังจากใส่ท่อช่วยหายใจจัดท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ไม่ดึงรั้ง

2. ยึดท่อช่วยหายใจให้อยู่กับที่โดยติดพลาสเตอร์หรือใช้เชือกยึดท่อช่วยหายใจโดยให้ดึงไปคนละทาง

3. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งทุกครั้งที่ให้การพยาบาล

4. ตรวจดูว่าปลายท่ออยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

5. ประเมินเยื่อบุช่องปากว่า มีรอยแดง หรือมีบาดแผลหรือไม่ อย่างน้อยเวรละหนึ่งครั้ง

6. ทำความสะอาดช่องปากและฟันอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง

7. วัดความดันกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจไม่ให้เกิน 20-30 cmH_2O เพื่อป้องกันการทดทับหลอดลม

8. เปลี่ยนตำแหน่งท่อช่วยหายใจสลับมุมปากซ้ายขวา

9. ตั้งเครื่องช่วยหายใจให้มีปริมาตรอากาศเข้าออกจากปอด ต่อการหายใจเข้าออกหนึ่งครั้ง 500 มิลลิลิตร

10. จดบันทึกตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ให้ตรงกับค่าที่ตั้งเครื่องช่วยหายใจ

11. สังเกตผิวหนังบริเวณหน้าอก หากตึงมากคลำได้เสียงกรอบแกรบให้รายงานแพทย์

12. ส่งและติดตามภาพถ่ายรังสีทรวงอก เพื่อตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ

ประเมินผลการพยาบาล ไม่มีการเลื่อนหลุดของตำแหน่งการใส่ท่อช่วยหายใจ กรณีศึกษาที่ 1 สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายได้ได้ วันที่ 4 ของการรักษา กรณีศึกษาที่ 2 สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้วันที่ 5 ของการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยต้องงดน้ำงดอาหาร เนื่องจากมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสูง

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ห้องกันภาวะทุพโภชนาการ

เกณฑ์การประเมินผล : ระดับอัลบูมิน โปรตีนในเลือดปกติ ความตึงตัวของผิวหนังปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินติดตามการรับประทานอาหารของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์เพื่อเตรียมจัดหาอาหารให้ผู้ป่วยเมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหาร

2. คำนวณสารอาหารและพลังงานที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ กรณีผู้ป่วยมีภาวะ Catabolism สูง เช่น Severe Sepsis, Multiple Organ Failure, ใช้เครื่องช่วยหายใจ ควรได้รับพลังงาน 40-50 กิโลแคลอรี่/กก./วัน

3. จัดอาหารระยะปัสสาวะออกน้อย ให้อาหารที่เป็นพวกคาร์โบไฮเดรตสูง เพื่อช่วยลดการสลายโปรตีนมาใช้

4. ในระยะที่มีปัสสาวะออกมากและระยะพักฟื้น เพิ่มโปรตีนขึ้นเป็นวันละ 0.8-1 กรัม/กก./วัน

5. ดูแลให้อาหารทางสายยางอาหาร ตามเวลาอย่างครบถ้วน บันทึกปริมาณ พลังงานที่ผู้ป่วยได้รับแต่ละมื้อ

6. ปฏิบัติตามแผนการรักษา หากมีอาการคลื่นไส้อาเจียนควรให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ก่อนมื้ออาหาร

7. จัดสิ่งแวดล้อมให้รับประทานหารหาร หากเบื่ออาหารให้จัดอาหารจำนวนน้อยแต่บ่อยครั้ง

8. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยติดตามผลตรวจเลือด เช่น อัลบูมิน โปรตีน ในเลือด

ประเมินผลการพยาบาล : ระหว่างรักษาได้อาหารเหลวทางสางสายยางรับได้ทุกมื้อ ความตึงตัวของผิวหนังปกติ **กรณีศึกษาที่ 1** Total protein 8.6 g/dL. Albumin 4.3 g/dL. **กรณีศึกษาที่ 2** Total protein 9.4, Albumin 4.1 g/dL.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 วิตกกังวล และกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนของการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา (ผู้ป่วยรายที่ 1 และรายที่ 2)

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยเจ็บป่วยในระยะวิกฤต มีการเจ็บป่วยรุนแรงครั้งแรกยังไม่มีประสบการณ์การเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนัก ได้รับการทำหัตถการที่ต้องสอดใส่ท่อ อุปกรณ์ต่างๆเข้าในร่างกาย ผู้ป่วยสีหน้าตื่นกลัว วิตกกังวล และ ต้องแยกจากครอบครัว

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ลดความวิตกกังวล และกลัวให้กับผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล : 1) สีหน้าคลายกังวล คลายความกลัว 2) ให้ความร่วมมือในการรักษา ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล 3) นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีอาการแสดงว่านอนไม่เพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ให้ผู้ป่วยไว้วางใจ มั่นใจว่าจะได้รับการพยาบาลอย่างดี

2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในระยะที่มีอาการเปลี่ยนแปลงมากและอาการรุนแรง

3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกวิตกกังวลและความกลัว เพื่อให้คำอธิบายและให้กำลังใจผู้ป่วย

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรค ตามความเหมาะสมของการรับรู้ และความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ

5. รายงานอาการให้แพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาให้ยาช่วยลดความวิตกกังวลตามความเหมาะสม

6. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนทำหัตถการ อธิบายให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความพร้อมของทีมการดูแล

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายกังวล คลายความกลัว ให้ความ

ร่วมมือในการรักษา ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีอาการแสดงว่านอนไม่เพียงพอ

วิจารณ์

จากการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS จะพบว่ากรณีศึกษามีสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดต่างกัน คือ **กรณีศึกษาที่ 1** มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ ภาวะปอดอักเสบ Pneumonia จาก Klebsiella Pneumoniae ซึ่งเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือดจากชุมชน (Community Acquired Pneumonia) **กรณีศึกษาที่ 2** ติดเชื้อทางเดินอาหาร Infective Diarrhea ส่งตรวจเพาะเชื้อไม่ระบุเชื้อ กรณีศึกษาทั้งสอง มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะวิกฤตที่คล้ายคลึงกันคือ ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในรุนแรงกระแสเลือด มีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด เนื่องจากภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน มีภาวะเสียสมดุลกรดด่างในร่างกาย เกิดภาวะไม่สมดุลของอิเลคโทรไลนท์ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ และการใช้เครื่องช่วยหายใจ เสี่ยงต่ออัตรายจากภาวะความเข้มข้นในเลือดสูงเนื่องจากน้ำตาลคั่งในเลือดมากและแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง และวิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนของการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา ส่วนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ต่างกันคือ **กรณีศึกษาที่ 1** ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ มีโอกาสที่เนื้อเยื่อได้รับเลือดเลี้ยงไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพหัวใจสูบฉีดเลือดได้ลดลงจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เชิงกระบวนการดูแล ผู้ศึกษาจึงได้เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลกรณีศึกษาทั้งสองราย ตามแนวทางการปฏิบัติที่เป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงาน (Key Performance Index: KPI) ของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือดดังนี้

1. การนำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้ตามมาตรฐาน พบว่าทั้งสองกรณีศึกษามีการปฏิบัติตามแนวทาง มีการค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว แต่ยังไม่มีบันทึก NEWS score ซึ่งบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะเริ่มแรก คือการซักประวัติตรวจร่างกาย และ การใช้แบบประเมินต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ถูกต้องแม่นยำ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว เพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้กับผู้ป่วยได้ เนื่องจากทุกชั่วโมงที่เริ่มต้นทำการรักษา ล่าช้า จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตขึ้น 1.04 เท่า[13]

2. การส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ 2 ขวดก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพ เป้าหมายคือต้องเจาะหลังการวินิจฉัยภายใน 45 นาที ซึ่งกรณีศึกษาที่1ใช้เวลา 60 นาที กรณีศึกษาที่ 2 ใช้เวลา 41 นาที กรณีศึกษาทั้งสองรายมีการเจาะเลือดเพื่อตรวจเพาะเชื้อ 2 sets ก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพ[10,14] อย่างถูกต้อง แต่ระยะเวลาแตกต่างกัน ซึ่งควรทำภายในเวลา 45 นาที หลังการวินิจฉัย เพื่อไม่ให้ล่าช้าในการให้ยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย[14]

3. การได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) กรณีศึกษาที่ 1 ใช้เวลา 1.50 ชั่วโมง ได้ยา Ceftriaxone, Meropenem กรณีศึกษาที่ 2 ใช้เวลา 40 นาที ได้ยา Ceftriaxone กรณีศึกษาทั้งสองราย มีระยะเวลาแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยได้รับยาภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รวมทั้งการดูแลให้ยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อ (Empiric Antimicrobials) Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) แก่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหรือช็อกจากการติดเชื้อ ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ MRSA[10] โดยคำนึงถึงหลักการบริหารยาอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการให้ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย ซึ่งหากมีการให้ยาที่ล่าช้าในแต่ละชั่วโมง จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 4-8[15]

4. การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30 มิลลิลิตร/กิโลกรัม (1.5 ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) กรณีศึกษาที่ 1 มีความล่าช้าในช่วง 1 ชั่วโมงแรก ได้สารน้ำ 1,160 cc ใน 2.30 ชั่วโมงแรกที่ ER ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ได้สารน้ำ 3,000 ml.ใน 1 ชั่วโมง เนื่องจากการได้รับสารน้ำมีความสำคัญ ด้านปริมาณ และระยะเวลาการได้รับสารต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงและมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ จำเป็นต้องให้สารน้ำในปริมาณอย่างน้อย

30 ml/kg ภายใน 3 ชั่วโมง[10] โดยให้ อัตราที่เร็ว 1-2 ลิตร ในชั่วโมงแรกๆ เพื่อแก้ไขภาวะช็อก และภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังภาวะช็อก ควรทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายคงที่ (Net-neutral) หรือต่ำลงเล็กน้อย (Slightly Negative Balance) รวมทั้งควรใช้เทคนิค Fluid challenge test ซึ่งเป็นการทดสอบการตอบสนองของร่างกายต่อการได้รับสารน้ำ ประกอบการพิจารณาในการให้ สารน้ำแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และควรหยุดให้เมื่อไม่มีการตอบสนองต่อการให้สารน้ำแล้ว[9] บทบาทและสมรรถนะสำคัญของพยาบาลในการดูแล ให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ นอกจากการปฏิบัติตามหลัก 6 R แล้ว การเลือกตำแหน่งบริเวณ และการทำความสะอาดผิวหนัง (Skin preparation) บริเวณที่จะทำการแทงเปิดเส้นเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ[16] การเลือกขนาดเข็มให้เหมาะสม การดูแลบริเวณ ตำแหน่งที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การประเมินความสมบูรณ์ของผิวหนัง (Skin Integrity) การล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำ (Flushing and locking) เป็นประเด็นด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ต้องติดตามประเมินผลทั้งสิ้น[16]

5. ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต ภายใน 3 ชั่วโมง หลังได้รับการวินิจฉัย ซึ่งกรณีศึกษาที่1ใช้เวลา 7.50 ชั่วโมง และกรณีศึกษาที่ 2 ใช้เวลา 2.36 ชั่วโมง ก่อนเข้าแผนกวิกฤต ซึ่งประเด็นด้านการบริหารจัดการภายหลังการประเมินสภาพปัญหาและทราบระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแล้ว ประเด็นการพิจารณาย้ายผู้ป่วยไปยังสถานที่ที่มีศักยภาพในการรักษาสูงกว่า ควรวางแผนรับภาวะฉุกเฉินที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พิจารณาวางแผนการรายงานแพทย์ให้มาประเมินอาการผู้ป่วยทันที รวมทั้งย้ายผู้ป่วยไปยังแผนกผู้ป่วยวิกฤตเพื่อประสิทธิภาพในการรักษา[17]

6. ระยะเวลาการพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก กรณีศึกษาที่ 1 วันนอนรวม 9 วัน (ICU= 8 วัน ใส่ ET-Tube 3 วัน) กรณีศึกษาที่ 2 วันนอนรวม 5 วัน (ICU= 5 วัน ใส่ ET-Tube 4 วัน) กรณีศึกษาที่1 สามารถถอดท่อหายใจได้เร็วกว่า อาจจะด้วยอายุน้อยกว่า ยังแข็งแรงกว่ากรณีศึกษาที่ 2 แต่ความรุนแรงของโรคมากกว่าทำให้ระยะเวลาการรักษาของกรณีศึกษาที่ 1 นานกว่า 4 วัน[5]

ข้อเสนอแนะ

แนวคิดทางการพยาบาล FANCAS สามารถนำมาประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือด และภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลันได้อย่างเหมาะสม เพราะสามารถช่วยรวบรวมข้อมูลสำคัญจำเป็น ที่ตอบสนองกับการเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสรีรภาพของผู้ป่วยวิกฤต ได้อย่างครบถ้วน ทันกับอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วย ปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ รวมทั้งลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้ พยาบาลห้องฉุกเฉินหรือห้องผู้ป่วยแรกรับจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ และทักษะ การใช้แบบประเมินผู้ป่วยที่ใช้เฝ้าระวังภาวะที่มีการทำงานผิดปกติของอวัยวะจนเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด National Early Warning Score: NEWS Score พยาบาลหอผู้ป่วยควรได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะในการใช้แบบประเมินการดักจับการติดเชื้อในกระแสเลือด (SOS Score) เป็นอาการเตือนว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ด้วยเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The World Health Organization’s first global report on sepsis [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 5]. Available from: https://www.who.int/news/item/08-09-2023
2. Health Data Center. Ministry of Public Health [internet]. 2023 [cited 2023 Oct 5]. Available from; https://hdcservice.moph.go.th
3. กระทรวงสาธารณสุข. Healthkpi [อินเตอร์เน็ต]. 2021 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://healthkpi.moph. go.th
4. Hanlumyuang G. The analysis of contributing factors to septic death in Pakkred Hospital. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2020;10(1):108-17.

5. Charoenpong L, Pholtawornkulchai K. Incidence and risk factors associated with mortality from sepsis At Chaophrayayommarat Hospital. Region 4-5 Medical Journal. 2020;39(4):542-60.
6. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาขาอายุรกรรม. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis and Septic Shock). จังหวัดร้อยเอ็ด; 2566.
7. Holloway M. Nursing the Critically ILL Adult. California: Addison-Wesley; 1979.
8. Singer M. Deutschman C S, Seymour C W, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-10.
9. Dugar S, Choudhary C, Duggal A. Sepsis and septic shock: Guideline-based management. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2020;87:53-64.
10. Evans A, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith C M, French C, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med. 2021;7(11):1181-247.
11. ปรีชา ธำรงไพโรจน์. การใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างเหมาะสมในภาวะเซพซิส. ใน: ระวีวรรณ เลิศวัฒนารักษ์, มณฑิรา มณีรัตนะพร, สุรัตน์ ทองอยู่, นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย, บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ทันยุค. กรุงเทพฯ: พริ้นท์เอเบิ้ล; 2562. หน้า 81-90.
12. Levy M M, Evans L E, Rhodes A. The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. Intensive Care Med. 2018;46(6): 997- 1000.
13. Seymour C W, Gesten F, Prescott H C, Friedrich M E, Iwashyna T J, Phillips G S, et al. Time to treatment and mortality during mandated emergency care for sepsis. New England Journal of Medicine. 2017;376(23):2235-44.
14. Rhodes A, Evans L E, Alhazzani W, Levy M M, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Intensive Care Med, 2017;43(3):304-37.
15. Thompson K, Venkatesh B, Finfer S. Sepsis and septic shock: current approaches to management. Internal Medicine Journal. 2019;49(2):160-70.
16. ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พรี-วัน; 2563.
17. Mathukia C, Fan W, Vadyak K, Biege C, Krishnamurthy M. Modified early warning system improves patient safety and clinical outcomes in an academic community hospital. Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives. 2015;5(2):267-316.

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลศรีสมเด็จ
Development of Guideline Model for Sepsis patients at Srisomdet Hospital

วราพร ประมังคะตา*
Waraporn Pramungkata
Corresponding author: Email: Waraporn868@gmail.com
(Received: January 3, 2024; Revised: January 10, 2024; Accepted: February 10, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา พัฒนา และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา โดยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังและสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูและผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 2) ระยะพัฒนารูปแบบและนำสู่การปฏิบัติ ด้วยการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน ด้วยการสนทนากลุ่ม และ 3) ระยะประเมินผลลัพธ์ด้วยการศึกษาจากเวชระเบียน และประเมินแนวทางที่พัฒนาด้วยการเปรียบเทียบการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนาในด้านกิจกรรมการปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะเวลาที่ให้บริการตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และตัวชี้วัดที่สำคัญระดับโรงพยาบาล ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ สถิติไคสแควร์ การทดสอบแมนวิท นี ยู และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : ระยะที่ 1 พบปัญหาการคัดกรองและวินิจฉัยโรคที่ช้า ปัญหาด้านการขาดอุปกรณ์และยาที่สำคัญ ปัญหาด้านอัตรากำลังไม่เพียงพอ ปัญหาบุคลากรขาดความรู้ ระยะที่ 2 แนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่ คือ 1) การคัดกรองและวินิจฉัยที่รวดเร็วขึ้น 2) การประเมินและเฝ้าระวังทางการพยาบาลด้วยการใช้ SOS score 3) การใช้เครื่องตรวจ Lactate clearance การใช้สารน้ำ Crystalloid และการบริหารยากลุ่ม Vasopressor 4) การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมความรู้ที่ทันสมัยและเป็นการเผยแพร่แนวทางการดำเนินงาน 5) การจัดทำแนวทางปฏิบัติของสหสาขาวิชาชีพและการพยาบาล และ 6) การติดตาม กำกับและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และระยะที่ 3 มีการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลที่ครอบคลุมและเพิ่มขึ้น มีการคัดกรองและวินิจฉัยที่รวดเร็วขึ้น และมีการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดผ่านเกณฑ์มากยิ่งขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาในครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นและลดอัตราตาย

คำสำคัญ : การพัฒนา; การติดเชื้อในกระแสเลือด; แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด; ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ

ABSTRACT

Purposes : To Develop, study the situation and problem and evaluate the results of Clinical Practice guideline for Sepsis patients at Srisomdet Hospital, Roi-Et.

Study design : Action Research

Materials and Methods : This research was into 3 phases: 1) Situation and problem study phase. By retrospectively reviewing medical records and conducting in-depth interviews, a multidisciplinary team viewed and treated patients with Sepsis. 2) Model development and implementation phase by developing operational guidelines with group discussion and 3) results evaluation phase by studying from medical records and evaluate the developed guidelines by comparing operations before and after development in nursing practice activities. Results evaluation period by studying from medical records and evaluate the developed guidelines by comparing operations before and after development in nursing practice activities. The period of service provided according to the standards of care for patients with Sepsis patients and important indicators at the hospital level Data analysis using the average standard deviation, percentage, chi-square statistic Mann-Whitney u test and content analysis.

Main findings : Phase 1: found problems with slow screening and diagnosis Problems of lack of important equipment and medicines Problem of insufficient of manpower rate and Problem of personnel lacking knowledge. Phase 2: Newly developed guidelines include 1) faster screening and diagnosis, 2) nursing assessment and surveillance using SOS score, 3) use of lactate clearance tester, use of crystalloid fluid, and drug administration. Vasopressor 4) Workshops to promote modern knowledge and disseminate operational guidelines 5) Creation of multidisciplinary and nursing practice guidelines 6) Continuous monitoring, supervision and evaluation. Phase 3: results in comprehensive and increased nursing activities. There is faster screening and diagnosis. And the operations is better follow by indicators in caring for Sepsis patients.

Conclusion and recommendations : This results that: sepsis patients receive more effective care and nursing care. Resulting in safety for patients. Reduce complications that will occur and reduce death rates.

Keywords : Development; Sepsis; Clinical practice guidelines for Sepsis patients; Septic shock

*Registered Nurse, Professional Level, Srisomdet Hospital.

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขในประเทศไทยที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย โดยการติดเชื้อในกระแสเลือด จะเกิดขึ้นหลังจากที่ร่างกายมีการติดเชื้อที่รุนแรง ส่งผลให้เกิดการอักเสบและการทำลายของเนื้อเยื่อในระบบอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย และอาจเพิ่มความรุนแรงเป็นภาวะติดเชื้อที่รุนแรง (Severe sepsis) และภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (Septic shock) จนทำให้อวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็ว[1] อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระเลือดมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ในปี 2560 ประเทศไทยมีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ 175,000 ราย/ปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ปี เนื่องจากโรคนี้พบอุบัติการณ์การเสียชีวิตที่สูง โดยปัจจัยที่สำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลที่ล่าช้า ผู้ป่วยเข้ารับการบริการทางการแพทย์ล่าช้าและได้รับการวินิจฉัยล่าช้าตามมา การประเมินเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การส่งต่อที่ล่าช้า และนำมาซึ่งการติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรงและเสียชีวิตตามมา[2]

สำหรับในประเทศไทยได้ประกาศใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งจัดทำโดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤต มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต โดยมีแนวทางในการเพิ่มความตระหนักถึงความรุนแรง ปรับปรุงการวินิจฉัยและการรักษา มุ่งเน้นการรับรู้อาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม และมุ่งเน้นกระบวนการจัดการภาวะ Sepsis แบบเร่งด่วนโดยการกำหนดเป้าหมายการรักษาในระยะ 6 ชั่วโมงแรก ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะ การแก้ไขความบกพร่องของระบบไหลเวียน การควบคุมความดันโลหิตเฉลี่ยให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด[3] โดยการดูแลรักษาภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดจะต้องให้ความสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกัน กลุ่มผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ในด้านสัญญาณเตือนของโรค (Awareness) เข้าถึงบริการการแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว (Access) และบุคลากรจะต้องมีการประเมิน และค้นหาผู้ป่วยให้เร็วก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะช็อกหลังเกิดสัญญาณเตือนของโรค เช่น ไข้ หนาวสั่น หายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย ซึมลง หรือมีการอักเสบเกิดขึ้น เป็นต้น[3]

จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี ของโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อมากเป็น 10 ลำดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดมาอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2564-2566 มีผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีสมเด็จมีจำนวนแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 129 ราย, 197 ราย และ 383 ราย ตามลำดับ และพบว่ามีการ Refer out ไปยังโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน คือ 34 ราย, 67 รายและ 77 ราย ซึ่งจากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้น พื้นที่อำเภอศรีสมเด็จมีการดำเนินงานตามมาตรฐานที่วางไว้มาตลอด แต่ผลลัพธ์ในการให้การดูแลรักษายังไม่ได้ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ตลอดจนปัญหาด้านอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่สอดคล้องกับภาระงาน ทำให้การประเมินติดตามอาการผู้ป่วยไม่มีความต่อเนื่อง เกิดความล่าช้าในขั้นตอนการประเมิน และขาดการประเมินซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า เข้าถึงยาปฏิชีวนะช้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย[4] ที่ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า การที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เนื่องจากการเข้าถึงระบบการรับบริการที่ล่าช้า โดยผู้ป่วยบางรายจะมีอาการแสดงที่เข้าได้กับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่ที่บ้านหรือที่ รพ.สต. การประเมิน และการประเมินซ้ำที่ล่าช้า ประเมินผิดพลาด ไม่นึกถึงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด นำไปสู่การวินิจฉัยโรคที่ผิดพลาดล่าช้า และทำให้การรักษาผิดพลาดล่าช้า ทำให้กระบวนการรักษาด้วยการทำ H/C การให้ยาปฏิชีวนะก็ผิดพลาดล่าช้าไปด้วย ตลอดจนกระบวนการให้สารน้ำที่ไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากการไม่ได้ประเมินภาวะแทรกซ้อน ไม่ได้ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนและหลังการให้สารน้ำ จึงทำให้ผู้ป่วยได้สารน้ำที่ไม่ตรงเป้าหมาย และการรักษาที่ล่าช้า ทำให้เกิด

การส่งต่อช้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อก และเสียชีวิตในที่สุด รวมถึงการที่ยังไม่มีแนวทางการดูแลรักษาที่เป็นระบบ บุคลากรขาดความรู้ ทำให้บุคลากรไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและรายงานแพทย์ได้ทันเวลา

จากสภาพปัญหาข้างต้น มีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระเลือดให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลตนเอง เช่น การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะ 6 ชั่วโมงแรกในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด[5] การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดด้วยการคัดกรองและวินิจฉัยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยเร็ว การทบทวนอัตรากำลัง การพัฒนาในด้านความรู้ และกำกับติดตามตามแนวทางการดูแลของทีมสหวิชาชีพ ของธิราภรณ์ อุ่นแก้ว และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์[6] ซึ่งผลของการศึกษาทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วขึ้นก่อนที่จะเกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตตามมา ดังนั้น ในฐานะของหัวหน้างานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสมเด็จ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการทบทวนกระบวนการในการดำเนินงานการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่วางไว้ เพื่อเป็นการปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และเป็นการพัฒนากระบวนการดำเนินงานให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้วยกระบวนการวงจรของเดมมิ่ง (Demming cycle)[7] ด้วยกระบวนการการมีส่วนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อทำให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล และรักษาโรคให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา พัฒนา และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยรูปแบบเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ด้วยการใช้การปรับปรุงคุณภาพงานของวงจรของเดมมิ่ง (Demming cycle)[7] ซึ่งมีลักษณะเป็นวงจรที่มีความความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การติดตามประเมินผล และการปรับปรุงแนวปฏิบัติ โดยแบ่งขั้นตอนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา มีการดำเนินงานระหว่างเดือนมีนาคม -พฤษภาคม 2566 2) ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการทดลองใช้รูปแบบและการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ มีการดำเนินงานระหว่างเดือน มิถุนายน - สิงหาคม 2566 และ 3) ระยะประเมินผลแนวทาง โดยดำเนินงานระหว่างเดือน กันยายน - ตุลาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง ตามระยะของการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการสนทนากลุ่มผ่านการประชุม และการทบทวนเวชระเบียน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ประกอบด้วย ทีมสหสาขาจำนวน 15 คน ประกอบด้วย แบ่งเป็นแพทย์ 4 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาล 10 คน รวมจำนวน 15 คน มีคุณสมบัติ คือ 1) เป็นคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (Patients care team, PCT) ในโรงพยาบาล 2) มีประสบการณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อมากกว่า 2 ปีขึ้นไป และ 3) ยินยอมที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างที่ 2 คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่นอนในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีสมเด็จจำนวน 30 ราย โดยทำการคัดเลือกมาแบบจำเพาะเจาะจง

2. ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการสนทนากลุ่ม และการทดลองใช้แนวทางปฏิบัติใหม่ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพจากการศึกษาระยะที่ 1 จำนวน 15 คน และทีมผู้ปฏิบัติงาน 10 คน ประกอบด้วย พยาบาลจาก ER 2 คน พยาบาลจากหอผู้ป่วย 4 คน เภสัชกร 1 คน เทคนิคการแพทย์ 1 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน

3. ระยะประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ

ในกระแสเลือด โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่นอนในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จำนวน 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหา แบบฟอร์มที่ใช้การเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบฟอร์มเก็บข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่พัฒนามาจากการศึกษาของสมพร รอดจินดา ปี พ.ศ.2561 ประกอบด้วยข้อมูลส่วนที่ 1 คำถามจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา อาชีพ โรคกลุ่มเสี่ยง การ Refer out การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่การรักษาก่อนเกิดภาวะช็อก การเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาวันนอน ค่ารักษาพยาบาล ผลการรักษา และสถานะจำหน่าย และข้อมูลส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลวัดผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ คำถามจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่การคัดกรอง การส่งตรวจ Haemoculture การเข้าถึงยาปฏิชีวนะ การได้รับสารน้ำ และการได้รับยากลุ่ม Vasopressor การประเมินและการเฝ้าระวังอาการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการระบุ “ทำ” หรือ “ไม่ทำ” ได้แก่ qSOFA SOFA score SOS score Serum lactate SOS score และอาการสำคัญ การตรวจวินิจฉัยและเวลาส่งและรายงานผลจากห้องปฏิบัติการ

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ข้อมูลสัมภาษณ์ส่วนบุคคล คือ อายุ เพศ ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และข้อคำถามเกี่ยวกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อนำมูลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

3) แนวทางการสนทนากลุ่มสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แนวข้อคำถามเกี่ยวกับการนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติ ปัญหา ความยุ่งยาก อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้แนวทางใหม่ที่พัฒนาขึ้น

2. ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ใช้เครื่องมือวิจัย ดังนี้

1) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลศรีสมเด็จ ประกอบด้วย การคัดกรองด้วยการประเมิน การยืนยันการติดเชื้อและจำแนกตำแหน่งการติดเชื้อ การรักษาเบื้องต้น การประเมินภาวะ Tissue hypo perfusion หรือ Organ dysfunction การ Complete record form การ Admit หรือส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด การติดตามผลการรักษา ซึ่งสามารถประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

2) แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามชุดการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ (Sepsis bundle) ประกอบด้วย การประเมิน SIRS, qSOFA, การประเมิน SOS score , การปฏิบัติตาม 6 Bundle of sepsis, การให้สารน้ำ, การให้ยาปฏิชีวนะ, การประเมินสัญญาณชีพ และการติดตาม SOS score เพื่อเป็นการประเมินในด้านการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและการพิจารณาในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิต่อไป

3) แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการในการเพิ่มพูนและส่งเสริมความรู้ที่ทันสมัยให้กับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสดเลือด ประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการโดยการให้ความรู้โดยแพทย์ที่รับผิดชอบด้าน Service plan Sepsis และพยาบาลหัวหน้างานผู้ป่วยในในด้านความรู้เรื่องโรคติดเชื้อในกระแสเลือด โรคกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระเลือด การวินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสเลือด การรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด และการใช้เครื่องมือในการประเมิน ได้แก่ การประเมิน SIRS, qSOFA และ SOS score

3. ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ใช้แบบฟอร์มเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนามาจากการศึกษาของสมพร รอดจินดา ปี 2561 ดังเครื่องมือวิจัยของระยะที่ 1

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนาในการนำเสนอข้อมูลทั่วไป ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่รับรอง COE 0922566 วันที่ 2 สิงหาคม 2566

กระบวนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องการการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดจากบทความ วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย คู่มือและแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

2) ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด Service plan Sepsis และทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มานอนในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีสมเด็จในช่วงระหว่างเดือนมีนาคม 2566 - พฤษภาคม 2566 จำนวน 30 ราย เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรกรับ จนถึงการหน่ายและส่งต่อ ก่อนที่จะมีการพัฒนาแนวทางใหม่

3) ผู้วิจัยจัดประชุม เพื่อนำเสนอข้อมูลที่วิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด Service plan Sepsis และทบทวนแนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหวิชาชีพที่เป็นคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (Patients care team, PCT) ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน ในด้านการพัฒนาแนวทางการการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ใช้เครื่องมือวิจัย เป็นการพัฒนา และปรับปรุงคุณภาพงานด้วยวงจรของเดมมิ่ง (Demming cycle) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการวางแผนกิจกรรมในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ และทบทวนผลลัพธ์การดำเนินงาน กระบวนการในการดำเนินงาน การทบทวนเวชระเบียน การประสานงานในการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพและการสัมภาษณ์เชิงลึกในด้านแนวทางในการดำเนินงานปัจจุบัน ข้อเสนอแนะในการพัฒนา และปรับปรุงงานให้ดีขึ้น และการจัดเตรียมเอกสาร แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง และการสนทนากลุ่มกับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Doing) เป็นการประชุมเพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานที่ได้ในด้านผลการวิเคราะห์เวชระเบียนของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ประเด็นที่จะพัฒนาและปรับปรุงงาน การนำเสนอขั้นตอนในการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้น การชี้แจงเอกสารและแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน การจัดกิจกรรมอบรมปฏิบัติการวิชาการเรื่อง Sepsis ในการเสริมความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกรณีศึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทำการประเมินความรู้ของผู้ที่เข้าร่วมในการอบรมปฏิบัติการ และการนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติในหน้างาน

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามการประเมินผล (Checking) เป็นการประชุม เพื่อติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประเมินปัญหา อุปสรรค และปัจจัยสำเร็จที่ได้จากการติดตาม และประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงแนวปฏิบัติ (Acting) เป็นขั้นตอนของการประเมินการพัฒนาแนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่ ด้วยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลหรือที่มีการส่งต่อ และติดตามตัวชี้วัดในการดำเนินงานของ Service plan sepsis

เพื่อทำการวิเคราะห์ถึงกระบวนการหรือจุดใดที่ยังไม่บรรลุผลสำเร็จต่อการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพเพิ่มยิ่งขึ้น

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ 3 ระยะ ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบผลการวิจัยตามระยะของการศึกษาดังต่อไปนี้

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหา ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยในการศึกษา และทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่นอนในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีสมเด็จ ในช่วงระยะเวลาเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2566 ก่อนที่จะมีการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดใหม่ ผลวิจัย มีดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลทั่วไปในการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่นอนในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีสมเด็จ จำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (73.33%) มีอายุเฉลี่ย 62.87 ±16.63 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50 รองลงมา คือ ว่างงาน (26.67%) และลำดับที่ 3 อาชีพรับจ้าง (13.33%) โดยมีสิทธิการรักษาพยาบาล คือ บัตรทองเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 ผู้ป่วนส่วนใหญ่มีโรคกลุ่มที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด (63.33%) ซึ่งโรคกลุ่มเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน (43.33%) ผลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนใหญ่เป็นการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (76.67%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่การรักษาก่อนเกิดภาวะช็อก (53.33%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อน Septic shock (53.33%) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีระยะวันนอนเฉลี่ย 3.34±3.22 วัน มีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 10,912.58±8,132.08 บาท มีผลการรักษาสุดท้ายไม่ใช่ sepsis/septic shock (56.67%) และมีสถานะจำหน่ายมีชีวิต (96.67%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลของการศึกษาข้อมูลทั่วไปของเวชระเบียน 30 รายก่อนการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระเลือด โรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	22(73.33)
หญิง	8(26.67)
อายุเฉลี่ย (ปี)	62.87 ±16.63
อาชีพ	
เกษตรกร	15(50.00)
รับจ้าง	4(13.33)
ข้าราชการ	2(6.67)
ธุรกิจส่วนตัว	1(3.33)
ว่างงาน	8(26.67)
สิทธิการรักษา	
บัตรทอง	24(80.00)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
ประกันสังคม	1(3.33)
เบิกได้/จ่ายตรง	5(16.67)
โรคกลุ่มเสี่ยงที่ทำให้เกิด Sepsis	
มี	19(63.33)
COPD	3(10.00)
DM	13(43.33)
Diarrhea	1(3.33)
UTI	4(13.33)
Pneumonia	5(16.67)
Fever	6(20.00)
Post-tramatic wound infection	0(0.00)
Acute bronchitis	1(3.33)
Intracranial wound infection	0(0.00)
Cellulitis	1(3.33)
Bacterial infection	1(3.33)
TB	0(0.00)
อื่น ๆ ได้แก่ HT, CKD, ESRD, Gout	5(16.67)
ไม่มี	11(36.67)
การ Refer	
ใช่	23(76.67)
ไม่ใช่	7(23.33)
การได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่การรักษาก่อนเกิดภาวะช็อก	
ใช่	14(46.67)
ไม่ใช่	16(53.33)
ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน Septic shock	
ใช่	16(53.33)
ไม่ใช่	14(46.67)
ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย	3.34±3.22
ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย	10,912.58±8,132.08
ไม่ใช่ sepsis/septic shock	17(56.67)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
สถานะจำหน่าย	
มีชีวิต	29(96.67)
เสียชีวิต	1(3.33)

2) ผลการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาของการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่นอนในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสมเด็จ ก่อนที่จะทำการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดใหม่ พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่ทำได้ดีในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ การประเมินอาการแสดงการติดเชื้อ โดยใช้ qSOFA และ การประเมินความรุนแรงความผิดปกติของอวัยวะโดย SOFA score ซึ่งพยาบาลวิชาชีพทำกิจกรรมทั้งสองนี้ได้ (100.00%) รองลงมา คือ การทำกิจกรรมการประเมินความรุนแรงแรกรับ โดย SOS score (56.67%) ลำดับถัดไป คือ การบันทึกคะแนน SOS score ในบันทึกทางการพยาบาล และการปฏิบัติกิจกรรมตามค่าคะแนน SOS score (46.67%) ลำดับถัดไป คือ การให้สารน้ำ IVF 30 ซีซี/กก./3 ชม. ตามแผนการรักษา (40.00%) และกิจกรรมทางการพยาบาลไม่สามารถทำได้ คือ การเจาะเลือดตรวจ Serum lactate และติดตามต่อเนื่องตามแผนการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สภาพปัญหาของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (n=30)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน(ร้อยละ)
1. การประเมินอาการแสดงการติดเชื้อ โดยใช้ qSOFA	30(100.00)
2. การประเมินความรุนแรงความผิดปกติของอวัยวะโดย SOFA score	30(100.00)
3. การประเมินความรุนแรงแรกรับ โดย SOS score	17(56.67)
4. การเจาะเลือดตรวจ Serum lactate และติดตามต่อเนื่องตามแผนการรักษา	0(0.00)
5. การให้สารน้ำ IVF 30 ซีซี/กก./3 ชม. ตามแผนการรักษา	12(40.00)
6. การบันทึกคะแนน SOS score ในบันทึกทางการพยาบาล	14(46.67)
7. การปฏิบัติกิจกรรมตามค่าคะแนน SOS score	14(46.67)

3) สรุปผลประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มในกลุ่มสหวิชาชีพ ตามกระบวนการให้บริการมีดังต่อไปนี้

1. ปัญหาด้านกระบวนการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสเลือดได้โดยเร็ว (Early Detect) พบว่า มีแพทย์และพยาบาลหมุนเวียนมาใหม่ ซึ่งยังขาดทักษะในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่มี (CPG Sepsis) โดยในปี พ.ศ.2565-2566 มีแพทย์ประจำมาใหม่ 2 คน และมีแพทย์หมุนเวียนมาช่วยทุก 3 เดือน จำนวน 4 คน มีพยาบาลวิชาชีพซึ่งรับเข้ามาใหม่ จำนวน 6 คน ซึ่งบุคลากรที่เข้ามาใหม่ขาดการพัฒนาทักษะความรู้ ขาดการทบทวนแนวทางปฏิบัติร่วมกัน และขาดเครื่องมือในการคัดกรองที่รวดเร็ว ไม่มีกลุ่มผู้ป่วยที่ชัดเจนในการประเมิน ไม่มีตัวส่ง

สัญญาณ (Trigger) ที่จะประเมินให้รวดเร็วขึ้น ผู้ป่วยในชุมชนขาดความรู้เรื่องโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้เข้าถึงการบริการได้ช้า และแนวทางปฏิบัติที่ใช้อยู่เป็นของปี พ.ศ.2560 ซึ่งไม่ได้ปรับปรุงให้ทันสมัย ซึ่งแบบเดิมแบบฟอร์มจะเป็นแบบแยกส่วน ไม่มีการบูรณาการร่วมกันในการประเมิน SIRS, SOS score, qSOFA และ SOFA score

2. ปัญหาด้านกระบวนการรักษาที่ถูกต้องครบถ้วนตามแนวปฏิบัติ (Early Resuscitation) พบว่า ไม่มีเครื่องตรวจ Lactate clearance มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ช้า โดยเฉพาะในช่วงนอกเวลาทำการ ซึ่งห้องปฏิบัติการจัดเวรแบบ on-call ทำให้ตามตัวห้องปฏิบัติการช้า ในช่วงเวลาทำการห้องปฏิบัติการไม่มีช่องทางด่วน เพราะมีผู้รับบริการมาก ไม่มีการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ขวด H/C ไม่เพียงพอ การที่โรงพยาบาลไม่มีสารน้ำในกลุ่ม Crystalloid (RLS) ที่เพียงพอต่อการใช้ และการไม่มียา Levophed ในโรงพยาบาล

3. ปัญหาด้านการดูแลถูกต้อง มีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องและส่งต่ออย่างเหมาะสม (Effective continue of care) พบว่าการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงโดยใช้แบบประเมิน SOS, MEWS ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ การขาดการนิเทศกำกับการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่เพียงพอ

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เมื่อทำการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์และสภาพปัญหาต่อสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (Patients care team, PCT) ได้ทำการจัดหาเครื่องตรวจ Lactate clearance การเพิ่มจำนวนในการ Stock น้ำเกลือ RLS การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการอบรมและเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทำการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดใหม่ และชี้แจ้งสื่อสารต่อการนำไปใช้ โดยแนวทางที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย จุดด่านหน้า ได้แก่ จุดคัดกรอง และห้องฉุกเฉินจะทำการค้นหาผู้ป่วยให้เร็วขึ้นด้วยการใช้ Trigger 2 ประเด็น คือ 1) ผู้ป่วยสูงอายุ 2) ผู้ป่วยกลุ่มโรคหรืออาการโรค 12 กลุ่มโรค ได้แก่ DM, Fever, Pneumonia, COPD, Diarrhea, UTI, Post-traumatic wound infection, Acute bronchitis, Intracranial wound infection, Cellulitis,Bacterial infection, TB โดยจะใช้การประเมิน SIRS ร่วมกับ qSOFA หรือ SOFA score ในการพิจารณาว่าผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือไม่ ร่วมกับทำการประเมิน Septic shock และทำการส่งตรวจห้องปฏิบัติการทางด่วน ซึ่งห้องปฏิบัติการจะต้องรายงานผล CBC, BUN, Cr, E'lyte, PT, INR, Blood Lactate ,blood sugar ,U/A ภายใน 30 นาที ส่วน LFT รายงานผลภายใน 45-60 นาที พร้อมกับเริ่มการรักษาตาม 6 Bundle of Care ณ ห้องฉุกเฉิน และทำการประเมินซ้ำ MAP และ SOS score ที่ห้องฉุกเฉินภายใน 1-2 ชั่วโมง โดยพิจารณาการ Admit หรือการส่งต่อ ณ ห้องฉุกเฉิน เพื่อเป็นการส่งต่อให้รวดเร็วขึ้น ถ้ากรณี MAP ≥ 65 และ SOS score < 4 ให้ทำการ Admit เข้ารักษาต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยใน กรณี MAP<65 mmHg หรือ SOS score ≥ 4 หรือเข้าเกณฑ์บ่งชี้การส่งต่อให้ทำการ Refer ไปยังโรงพยาบาลร้อยเอ็ดดังแสดงในตาราง 3 และสรุปการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังพัฒนา ตามกระบวนการรักษา วินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสเลือดได้โดยเร็ว (Early Detect) กระบวนการรักษาที่ถูกต้องครบถ้วนตามแนวปฏิบัติ (Early Resuscitation) และการดูแลถูกต้อง มีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องและส่งต่ออย่างเหมาะสม (Effective continue of care) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลศรีสมเด็จ

การค้นหาผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ Sepsis/Septic shock (จุดคัดกรอง OPD, ห้องฉุกเฉิน)

Trigger ผู้ป่วยสูงอายุ และ ผู้ป่วยกลุ่มโรค DM, Fever, Pneumonia, COPD, Diarrhea, UTI, Post-traumatic wound infection, Acute bronchitis, Intracranial wound infection, Cellulitis, Bacterial infection, TB

SIRS (≥ 2 ข้อขึ้นไป)	qSOFA (≥ 2 ข้อขึ้นไป)	SOFA score > 2	Septic shock (3`ข้อ)
1.BT`>`38 °c หรือ <36 °c 2.RR > 20/min 3.PR > 90/min 4.WBC > 12,000 หรือ < 4,000 หรือ band form >10%	1.SBP<100 mmHg 2.RR > 22/min 3.ความรู้สึกตัวลดลง สับสน หรือซึม	1.Respiration: PaO_2/FiO_2 2.Coagulation: Platelets 3.Liver: Billirubin 4.Cardiovascular: MAP 5.CNS: GCS 6.Renal: Creatinine/ urine output	1.SBP < 100 mmHg 2.Blood lactate >2 mmol/l 3.Urine output < 0.5 ml/kg/hr (in first hr) 4.PaO_2/FiO_2 <200 5.Cr >2 mg/dl 6.Billirubin >2 mg/dl 7.Platelet <10,000/mm^3

ทางด่วน lab sepsis

-CBC, BUN, Cr, E'lyte ,PT, INR, Blood Lactate ,blood sugar ,U/A (รายงานผลภายใน 30 นาที)

- LFT (รายงานผลภายใน 45-60 นาที)
- CXR รายงานผล 15 นาที

เริ่มการรักษาตาม 6 Bundle of Care ณ ห้องฉุกเฉิน

1. Hemoculture 2 specimens ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ
2. ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำภายใน 1 ชม.
3. เปิดเส้น IV 2 เส้นและให้ NSS (CKD/Cirrhosis) หรือ LRS ในคนทั่วไป 1,500 ml ภายใน 1 ชม.แรก (30 ml/kg/) กรณีไม่มีข้อห้าม
4. ใส่สายสวนปัสสาวะ วัดปริมาณปัสสาวะ > 0.5 ml/kg/hr
5. หลังได้สารน้ำ 1.5 ลิตร แล้ว MAP <65 mmHg ให้ Vasopressor (Levophed)
6. บันทึก SOS score และอื่น ๆ DTX keep 80-180 mg%, O_2 sat ≥ 95% ตามแบบฟอร์ม

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเมินซ้ำ MAP และ SOS score ที่ห้องฉุกเฉินภายใน 1-2 ชั่วโมง	
กรณี MAP ≥ 65 และ SOS score < 4 ทำการ Admit เข้ารักษาต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสมเด็จ **หอผู้ป่วยใน ติดตาม SOS Score** 1. ก่อน admit V/S ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง 2. Admit V/S ทุก 1 ชม.x 4 ครั้ง ทุก 2 ชม จนกว่า SOS Score 0-1 จากนั้นประเมินทุก 4 ชั่วโมง 3. I/O 4. ติดตาม Blood Lactate ชั่วโมงที่ 3 5. ติดตามผล H/C **จำหน่ายกลับบ้าน (D/C)** SOS Score 0-1 ได้ยาปฏิชีวนะครบ ผล H/C ไม่พบเชื้อและกรณีจำหน่ายก่อนผล H/C ยังไม่รายงานผล ติดตามผลถ้าผลพบเชื้อประสานแพทย์ผู้จำหน่ายเพื่อวางแผนการรักษาต่อไป	**กรณี MAP < 65 mmHg หรือ SOS score ≥ 4 ทำการ Refer หรือเข้าเกณฑ์บ่งชี้การส่งต่อ** ได้แก่ 1. ใส่ท่อช่วยหายใจ 2. มีภาวะแทรกซ้อน/โรคร่วม/อวัยวะล้มเหลว 2 ระบบขึ้นไป (> 120bpm, PR`>30 bpm) 3. ต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อกัดแหล่งติดเชื้อ 4. Plt <20,000, Hct < 25 ในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเลือดจาง, Hct < 20 ในผู้ป่วยที่มีโรคเลือดจาง +Resuscitate แล้ว MAP < 65, BP<90/60 mmHg
แนวทางเดิมก่อนการพัฒนา	แนวทางใหม่ที่พัฒนาขึ้น
1. การวินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสเลือดได้โดยเร็ว (Early Detect) 1.1 มีการคัดกรองทั่วไปโดยใช้ SIRs score และ qSOFa แต่ไม่มีตัวส่งสัญญาณในการช่วยในการคัดกรองในผู้ป่วย และมีการประเมินและเฝ้าระวังโดยการใช้ SOS score ไม่ควบคุม	1.การวินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสเลือดได้โดยเร็ว (Early Detect) 1.1 กำหนดให้ใช้ SIRs score ร่วมกับ qSOFA หรือ SOFA score ในการคัดกรองผู้ป่วย Sepsis และประเมินอาการ Septic shock ตามเกณฑ์ ประเมินและเฝ้าระวังด้วย SOS score และมีตัวส่งสัญญาณเตือนในการช่วยคัดกรอง ได้แก่ ผู้ป่วยที่สูงอายุ และผู้ป่วยกลุ่มอาการโรค 12 อาการ คือ DM, Fever, Pneumonia, COPD, Diarrhea, UTI, Post-traumatic wound infection, Acute bronchitis, Intracranial wound infection, Cellulitis, Bacterial infection, TB เพื่อให้

ตารางที่ 3 (ต่อ)

แนวทางเดิมก่อนการพัฒนา	แนวทางใหม่ที่พัฒนาขึ้น
1.2 มีแนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย แต่แนวปฏิบัติเป็นข้อความเชิงรายละเอียด ที่ยากต่อการที่จะนำลงสู่การปฏิบัติ 1.3 มีการพูดคุยแนวทางการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ผ่านการปฐมนิเทศให้กับบุคลากรใหม่ และผ่านการทำงานหน้างาน ไม่มีการประเมินด้านองค์ความรู้	เกิดการรักษาแบบ Fast track และครบถ้วนตาม Sepsis 6 Bundles 1.2 พัฒนาแนวทางปฏิบัติ โดยพัฒนาแบบฟอร์มแนวทางการดูและและรักษาผู้ป่วย Sepsis แบบ one page ที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ทันที 1.3 พัฒนาแนวทางพัฒนาสมรรถนะในด้านองค์ความรู้ โดยมีการอบรมเชิงปฏิบัติการปีละ 1 ครั้ง และแผนในการอบรมเพื่อสร้างองค์ความรู้ให้ทันสมัยเมื่อแนวทางเปลี่ยนแปลง และมีการประเมินด้านองค์ความรู้
2. กระบวนการรักษาที่ถูกต้องครบถ้วนตามแนวปฏิบัติ (Early Resuscitation) 2.1 ไม่มีเครื่องตรวจ Lactate clearance ขวด H/C ไม่เพียงพอ สารน้ำในกลุ่ม Crystalloid (RLS) ไม่เพียงพอต่อการใช้ การไม่มียา Levophed ในโรงพยาบาล มีเฉพาะยา Dopamine 2.2 ห้องปฏิบัติการสามารถตรวจ LAB ที่เกี่ยวข้องกับ Sepsis ได้ครบถ้วน แต่ผลการตรวจห้องปฏิบัติการช้า โดยเฉพาะในช่วงนอกเวลาราชการ และไม่มีการกำหนดเกณฑ์ในการรายงานผลร่วมกัน ยกเว้นการส่งเพาะเชื้อที่ต้องส่งเอกชน	2. กระบวนการรักษาที่ถูกต้องครบถ้วนตามแนวปฏิบัติ (Early Resuscitation) 2.1 การนำเสนอเข้าแผน เพื่อจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ ยา และเครื่องมือให้มีความเพียงพอและพร้อมใช้ ได้แก่ เครื่องตรวจ Lactate clearance, RLS , Levophed, Ultrasound, Central line, Infusion pump, Patient monitor 2.2 ทบทวนและกำหนดแนวทางในการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการร่วมกัน โดยกำหนดผล CBC, BUN, Cr, E'lyte ,PT, INR, Blood Lactate ,blood sugar ,U/A ภายใน 30 นาที ส่วน LFT รายงานผลภายใน 45-60 นาที โดยมีระบบทางด่วน 2.3 ได้กำหนดการให้สารน้ำด้วย LRS ในผู้ป่วยทั่วไปอย่างน้อย 30 mg/kg (1,500 ml ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัด) ภายใน 1 ชั่วโมงแรกของการวินิจฉัยและมีการประเมินการได้สารน้ำเพียงพอโดยการวัด IVC

ตารางที่ 3 (ต่อ)

แนวทางเดิมก่อนการพัฒนา	แนวทางใหม่ที่พัฒนาขึ้น
3. การดูแลถูกต้อง มีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องและส่งต่ออย่างเหมาะสม (Effective continue of care) 3.1 มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงโดยใช้แบบประเมิน SOS, MEWS แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ครอบคลุม 3.2 มีการกำกับ นิเทศ ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ แต่ไม่สม่ำเสมอ 3.3 มีอัตรากำลังในการให้บริการผู้ป่วย โดยมี Productivity ทางการพยาบาล เท่ากับร้อยละ 122	3. การดูแลถูกต้อง มีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และส่งต่ออย่างเหมาะสม (Effective continue of care) 3.1 การพัฒนาโดยการกำหนดเป็นการประเมินสมรรถนะพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแล Sepsis กำหนดเป็นตัวชี้วัดที่ชัดเจนในระดับโรงพยาบาล 3.2 พัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกตาม Sepsis 6 Bundles 3.3. พัฒนาระบบการบันทึก IPD Paper ในการคำนวณคะแนน SOS และการส่งสัญญาณแจ้งเตือน 3.4 พัฒนาวางแผนติดตามกำกับ ทุก 3 เดือนหรือมีการทบทวนเคสทันทีเมื่อพบการเสียชีวิต Unplanned refer การเปลี่ยนแปลงของอาการเป็น Septic shock ในหอผู้ป่วย 3.5 พัฒนาด้านอัตรากำลังคน โดยการประสานอัตรากำลังด้านการพยาบาลจากหน่วยงาน OPD, ER ร่วมกับการปรับเกณฑ์กำลังเสริมตามภาระงาน และเพิ่มอัตรากำลังผู้ช่วยเหลือคนไข้เวรเช้าจาก 1 คน เป็น 2 คน ทำให้ Productivity ทางการพยาบาล เท่ากับร้อยละ 98

ผลการวิจัยระยะที่ 3 ระยะประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังทำการพัฒนา โดยประเมินผลจากคุณภาพการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประเมินผลจากระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน Sepsis bundles และประเมินผลจากตัวชี้วัดที่สำคัญระดับโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งมีผลการวิจัยดังต่อไปนี้

1) ผลการประเมินคุณภาพการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่ากิจกรรมที่ทำได้ร้อยละ 100 ก่อนและหลังการพัฒนาที่ทำได้เท่ากัน คือ การประเมินอาการแสดงการติดเชื้อโดยใช้ qSOFA และ การประเมินความรุนแรงความผิดปกติของอวัยวะโดย SOFA score สำหรับกิจกรรมอื่น ๆ อีก 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการประเมินความรุนแรงแรกรับโดย SOS score, การเจาะเลือดตรวจ Serum lactate และติดตามต่อเนื่องตามแผนการรักษา, การให้สารน้ำ IVF 30 ซีซี/กก./3 ชม. ตามแผนการรักษา, การบันทึกคะแนน SOS score ในบันทึกทางการพยาบาล และการปฏิบัติกิจกรรมตามค่าคะแนน SOS score ภายหลังการพัฒนาทำได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละคุณภาพการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทาง ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (n=30)

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	ก่อนพัฒนา(n=30)	หลังพัฒนา(n=30)	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
1. การประเมินอาการแสดงการติดเชื้อ โดยใช้ qSOFA	30(100.00)	30(100.00)	1.00
2. การประเมินความรุนแรงความผิดปกติของอวัยวะโดย SOFA score	30 (100)	30(100)	1.00
3. การประเมินความรุนแรงแรกรับ โดย SOS score	17(56.67)	29(96.67)	<.001
4. การเจาะเลือดตรวจ Serum lactate และติดตามต่อเนื่องตามแผนการรักษา	0(0.00)	28(93.33)	<.001
5. การให้สารน้ำ IVF 30 ซีซี/กก./3 ชม. ตามแผนการรักษา	12(40.00)	26(86.67)	<.001
6. การบันทึกคะแนน SOS score ในบันทึกทางการพยาบาล	14(46.67)	28(93.33)	<.001
7. การปฏิบัติกิจกรรมตามค่าคะแนน SOS score	14(46.67)	26(86.67)	<.001

2) ผลการประเมินระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน Sepsis bundles โดย Sepsis bundles หมายถึง ชุดข้อปฏิบัติ 6 ข้อในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ประกอบด้วย 1) การทำ Hemoculture 2 specimens ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ 2) การให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดภายใน 1 ชั่วโมง 3) การเปิดเส้น IV 2 เส้น และให้ NSS หรือ LRS 1.5 ลิตรภายใน 1 ชั่วโมง 4) การใส่สายสวนปัสสาวะ 5) หลังให้สารน้ำ 1.5 ลิตรแล้ว หาก MAP < 65 ให้ยา Vasopressor 6) การบันทึก SOS score และติดตาม V/S โดยจากผลการศึกษา พบว่า เมื่อมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแลเลือด ส่งผลให้ระยะเวลาในการคัดกรองวินิจฉัยทำได้เร็วขึ้น และทำให้มีการทำ H/C ที่เร็วขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะเวลาเข้าถึงยาปฏิชีวนะตั้งแต่วินิจฉัย, ระยะเวลาวินิจฉัยถึงการตรวจ Serum lactate, ระยะเวลาวินิจฉัยจนถึงการให้ IVF และ ระยะเวลาวินิจฉัยจนถึงการให้ยา Vasopressor ใช้เวลาในการรักษาก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบตัวแปรระยะเวลาที่เกี่ยวข้องกับชุดข้อปฏิบัติ 6 ข้อในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis bundles) ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา (n=30)		หลังพัฒนา (n=30)		p
	Mean rank	Sum of ranks	Mean rank	Sum of ranks	
1. ระยะเวลาคัดกรองถึงวินิจฉัย	35.72	1,071.50	25.28	758.50	.02
2. ระยะเวลาวินิจฉัยจนถึง H/C	34.93	1,048.00	26.07	782.00	.04
3. ระยะเวลาเข้าถึงยาปฏิชีวนะตั้งแต่วินิจฉัย	32.32	969.50	28.68	860.50	.41
4. ระยะเวลาวินิจฉัยถึงการตรวจ Serum lactate	31.12	933.50	29.88	896.50	.78
5. ระยะเวลาวินิจฉัยจนถึงการให้ IVF	31.07	932.00	29.93	898.00	.79
6. ระยะเวลาวินิจฉัยจนถึงการให้ยา Vasopressor	30.52	915.50	30.48	914.50	.99

*สถิติ Mann-Whitney test

3) ผลลัพธ์การติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญระดับโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าการติดตามตัวชี้วัด 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราการส่งต่อผู้ป่วย Sepsis โดยไม่คาดคิด (Unplanned Refer) มีผลลัพธ์การพัฒนาที่ลดลง จากร้อยละ 26.67 เป็นร้อยละ 6.67 อัตราการใช้เครื่องมือในการคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis Screening Tools) ได้แก่ qSOFA, SOS, SIRS) มีผลลัพธ์หลังการพัฒนาที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.72 เป็น 93.81, อัตราการได้รับ Antibiotics ภายใน 1 ชม.หลังการวินิจฉัย มีผลลัพธ์หลังการพัฒนาที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 93.33 เป็นร้อยละ 100 , อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg (1.5 ลิตรสำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชม. แรก (กรณีไม่มีข้อห้าม) มีผลลัพธ์หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 86.67, อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ มีผลลัพธ์หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 73.33 เป็นร้อยละ 100 และอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired มีผลลัพธ์การพัฒนาก่อนและหลังพัฒนาเท่ากัน คือ ไม่พบ การเสียชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลลัพธ์การติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญระดับโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดก่อนและหลังการพัฒนา

ลำดับ	ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	ค่าเป้าหมาย	ผลลัพธ์ก่อนการพัฒนา	ผลลัพธ์หลังการพัฒนา
1	อัตราการส่งต่อผู้ป่วย Sepsis โดยไม่คาดคิด (Unplanned Refer)	< ร้อยละ 10	26.67	6.67

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	ค่าเป้าหมาย	ผลลัพธ์ก่อนการพัฒนา	ผลลัพธ์หลังการพัฒนา
2	อัตราการใช้เครื่องมือในการคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis Screening Tools) ได้แก่ qSOFA, SOS, SIRS)	≥ร้อยละ 90	55.72	93.81
3	อัตราการได้รับ Antibiotics ภายใน 1 ชม.หลังการวินิจฉัย	≥ร้อยละ 100	93.33	100.00
4	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg (1.5 ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชม.แรก (กรณีไม่มีข้อห้าม)	≥ร้อยละ 80	40.00	86.67
5	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ	≥ร้อยละ 80	73.33	100.00
6	อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired	≤ร้อยละ26	0.00	0.00

วิจารณ์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยผู้วิจัยได้แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ซึ่งผลวิจัยได้พบประเด็นที่น่าสนใจสำหรับการอภิปรายเชิงลึก เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต่อไป ดังนี้

1) สถานการณ์และปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ พบว่า กลุ่มอายุที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจริยา ผดุงพัฒโนดม[8] ที่ศึกษาอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบกลุ่มอายุที่มีการติดเชื้อมากที่สุด คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 42.60 ในด้านสภาพปัญหา พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นปัญหา โดยปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุม ทำได้เพียงร้อยละ 40-50 คือ การประเมินความรุนแรงแรกรับ โดย SOS score, การบันทึกคะแนน SOS score ในบันทึกทางการพยาบาล, การปฏิบัติกิจกรรมตามค่าคะแนน SOS score เนื่องจากการขาดความรู้ และทักษะในการประเมินและจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมศรี ซื่อต่อวงษ์[9] ที่พบว่าปัจจัยด้านการอบรมความรู้ในการประเมินและทักษะในการจัดการผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการใช้ SOS score และสอดคล้องการศึกษาของภาพิมล โกมลและคณะ[10] ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีคุณภาพนั้น จะต้องมีการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการสร้างความตระหนักในการประเมินอาการ ทำให้พยาบาลเข้าใจถึงเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วย เพื่อการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลที่มีคุณภาพมากขึ้น ปัญหาในด้านกระบวนการให้บริการ คือ ความล่าช้าของการคัดกรอง และวินิจฉัย (Early Detect) จนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ Septic shock เกิดการส่งต่อที่ล่าช้า เนื่องจาก การขาดทักษะ และความรู้ในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ การหมุนเปลี่ยนของบุคลากรใหม่ แนวทางปฏิบัติยากต่อการใช้งาน ไม่มีการเพิ่มพูนความรู้ที่ทันสมัย ไม่มีการเผยแพร่ สื่อสารและกำกับติดตามการใช้แนวทางปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รอดจินดา และคณะ[11] พี่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ ระยะเวลาในการวินิจฉัยและรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การเผยแพร่แนวทางการดูแลแก่บุคลากรทุกระดับอย่างทั่วถึง

การสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพและการกำกับติดตามให้มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล การขาดทักษะ และความรู้ในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของบุคลากร ซึ่งการจัดการอบรมและการจัดทำแนวปฏิบัติที่ง่ายต่อการใช้จะส่งผลให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ครอบคลุมโดยรวมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณฐวรรณ เมธรุจภานน์ และคณะ[12] ปัญหาในด้านอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ภาระงานของพยาบาลหนักเกินไป ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานที่กำหนด จึงทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยไม่ดีพอ เนื่องจากอัตรากำลังพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนี ศุจิจันทรรัตน์ และคณะ[13] และปัญหาด้านความไม่พร้อมใช้/ไม่มียาและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาตามแนวทางมาตรฐาน ไม่มีเครื่องตรวจ Lactate clearance ทำให้ไม่สามารถประเมินความรุนแรงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและประเมินผลการรักษาสำหรับผู้ป่วย Septic shock ได้ การไม่มียา Levophed ในบัญชียาของโรงพยาบาลทำให้ขาดยาที่จะใช้เป็นทางเลือกในการเพิ่มความดันให้กับผู้ป่วย Septic shock เนื่องจาก Dopamine ที่มีใช้การออกฤทธิ์ของยาในการเพิ่มความดันมีน้อย ต้องใช้เวลานานขึ้นจนกว่าจะได้ระดับความดันที่ต้องการ ดังนั้นจากสถานการณ์และปัญหาข้างต้นในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด จึงจะต้องมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความเหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็ว ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

2. การพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยได้ทำการพัฒนาแนวทางด้วยกระบวนการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพงานของเดมมิ่ง (Demming cycle) ส่งผลให้เกิดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดที่ชัดเจนและเป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน โดยมีกิจกรรมในการดำเนินงานด้วยการวางแผน (Plan) ในการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา วางแผนเพื่อพัฒนางานโดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพเพื่อนำสู่ขั้นตอนของการปฏิบัติ (Do) ด้วยการกำหนดให้ใช้ SIRs score ร่วมกับ qSOFA หรือ SOFA score ในการคัดกรองผู้ป่วย Sepsis และประเมินอาการ Septic shock ตามเกณฑ์ ประเมินและเฝ้าระวังด้วย SOS score และมีตัวส่งสัญญาณเตือนในการช่วยคัดกรอง การออกแบบแบบฟอร์มในการปฏิบัติงาน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและทำการสื่อสารข้อมูลไปยังผู้ปฏิบัติ การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลด้วย Paperless และการติดตาม กำกับประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (Check and Act) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรนภา วงศ์ธรรมดีและคณะ[14] ที่ได้ทำการศึกษาความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระเชื้อเลือด ซึ่งส่วนมากพยาบาลมีความรู้ในระดับรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น การพัฒนาในด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและทันสมัย การมีเครื่องมือในการประเมินที่ชัดเจน แนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน จะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนั้นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดที่สำเร็จในระดับองค์กรและหน่วยงานย่อย ต้องมีนโยบายที่ชัดเจน มีตัวชี้วัดที่ชัดเจน เพื่อเป็นการกระตุ้นและทำให้พยาบาลสามารถดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี มากบุญส่ง[15] และสอดคล้องกับการศึกษาของศจีรัตน์ โกศลและคณะ[16] พบว่า การรูปแบบการจัดการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีความเหมาะสม จะต้องมีการวางแผนที่เป็นการดำเนินงานที่มีส่วนร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ การกระตุ้นให้เกิดการร่วมกันคิด ร่วมทำ การกำหนดขั้นตอนการดูแลที่ชัดเจน การกำกับ ควบคุม ติดตาม และการดูแลอย่างครอบคลุมตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่เข้าโรงพยาบาลจนถึงการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงเพยาบาลศรีสมเด็จในครั้งนี้ ส่งผลให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบท เกิดความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ มีกระบวนการตั้งแต่การคัดกรองและวินิจฉัยให้รวดเร็วขึ้น เพื่อทำให้การส่งต่อการรักษาและเฝ้าระวัง ให้มีกระบวนการที่รวดเร็วขึ้น

ส่งผลให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เป็นแนวทางสำหรับสหสาขาวิชาชีพและแนวปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อเป็นการลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

3. การประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า กิจกรรมการประเมินความรุนแรงแรกรับโดย SOS score, การเจาะเลือดตรวจ Serum lactate และติดตามต่อเนื่องตามแผนการรักษา, การให้สารน้ำ IVF 30 ซีซี/กก./3 ชม. ตามแผนการรักษา, การบันทึกคะแนน SOS score ในบันทึกทางการพยาบาล และการปฏิบัติกิจกรรมตามค่าคะแนน SOS score ภายหลังการพัฒนาทำได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อประเมินผลในด้านระยะเวลาในการคัดกรองวินิจฉัยทำได้เร็วขึ้น และทำให้มีการทำ H/C ที่เร็วขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รอดจินดาและคณะ[11] ที่พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้นทำให้คุณภาพการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลในการประเมิน เฝ้าระวังและการให้การรักษาตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนี รอดภัย[17] ที่พบว่า พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งต้องทำการประเมินภาวะช็อคจากการติดเชื้อและเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว ต้องมีการใช้เครื่องในการคัดกรองผู้ป่วย (SIRS) เมื่อประเมินเข้าเกณฑ์พิจารณาแล้วต้องรายงานแพทย์เพื่อประเมินซ้ำ หากเป็นโรคติดเชื้อในกระแสดเลือดต้องให้การช่วยเหลือภายใน 1 ชั่วโมง จะช่วยให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น และการประเมินและติดตามเฝ้าระวังโดยการใช้ SOS score จะทำให้การวินิจฉัย การวางแผนการดูแล การรายงานแพทย์เป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่ทดแทนอย่างเพียงพอ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด เพื่อเพิ่มความดันโลหิต การส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ การได้รับยาปฏิชีวนะที่รวดเร็ว เพื่อให้พ้นระยะช็อคอย่างรวดเร็ว และสอดคล้องกับการศึกษาของสุรีรัตน์ ศรีพิมพ์สอ[18] ที่พบว่า ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะ 6 ชั่วโมงแรกจะส่งผลให้คุณภาพตามมาตรฐการการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยสามารถลดระยะเวลาที่จุดบริการค่าสัดส่วนการพ้นภาวะช็อคภายใน 6 ชั่วโมงแรกเพิ่มขึ้น และผลลัพธ์การติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญระดับโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในภาพรวม พบว่าผลการดำเนินงานดีขึ้นทุกตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราการส่งต่อผู้ป่วย Sepsis โดยไม่คาดคิด (Unplanned Refer) มีผลลัพธ์การพัฒนาที่ลดลง อัตราการใช้เครื่องมือในการคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis Screening Tools) ได้แก่ qSOFA, SOS, SIRS) มีผลลัพธ์หลังการพัฒนาที่เพิ่มขึ้น อัตราการได้รับ Antibiotics ภายใน 1 ชม. หลังการวินิจฉัย มีผลลัพธ์หลังการพัฒนาที่เพิ่มขึ้น อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg (1.5 ลิตรสำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชม. แรก (กรณีไม่มีข้อห้าม) มีผลลัพธ์หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ มีผลลัพธ์หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น และไม่พบอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา เกรียรติมานะโรจน์[19] ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยการมีคณะกรรมการในการดำเนินงานที่ชัดเจน การมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย การมีระบบการคัดกรองในช่องทางด่วน การมีระบบแม่ขายในการให้คำปรึกษา การมีแผนการรักษา มีแนวทางการพยาบาลภาวะช็อค การมีการทบทวนเวชระเบียนโดยแพทย์ที่ชำนาญกว่า จะทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ อำพนธ์ และคณะ[20] ที่พบว่า การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระเลือดในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุป การพัฒนาแนวทางในการดูแลและรักษาโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบในการพัฒนาเพื่อให้เข้าถึงระบบการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลที่รวดเร็วขึ้น การพัฒนาแนวทางปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพและทันสมัย

โดยพัฒนาให้ครอบคลุมแนวทางปฏิบัติในแต่ละวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาล ที่ต้องทำการประเมิน เฝ้าระวัง และทำการประสานงานกับแพทย์หรือสหสาขาวิชาอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับกระบวนการการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เข้าถึง เข้ารักษาเข้ารับการพยาบาล ได้อย่างเหมาะสม เป็นไปตามบริบทของโรงพยาบาลและส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ด้วยความร่วมมือที่ดีของสหสาขาวิชาชีพและการทำงานที่มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนาในระบบการเข้าถึงบริการให้รวดเร็วขึ้น ผ่านกระบวนการส่งเสริมภาคประชาชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน ในพื้นที่ในการเฝ้าระวังสัญญาณอันตรายที่จะต้องมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด

2. ควรขยายการดำเนินงานในพื้นที่อื่นให้มีความครอบคลุม ได้แก่ ระดับ รพ.สต.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทีมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (Patients care team, PCT) ที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ ในการรวบรวมข้อมูล สะท้อนผลการดำเนินงาน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่ไม่เอ่ยนามทุกท่านที่ทำให้งานพัฒนางานสำเร็จและลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. วราภรณ์ ศิริราช. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://leadsin.go.th/ex/C8/C8_8.pdf
2. นัยนา ธนฐิติวงศ์. ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย sepsis ที่รับไว้ในโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2566;26(1):36-52.
3. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย Severe sepsis และ Septic shock [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/HA/miniconf/5.pdf
4. ทีม PCT อายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุทราชนครไทย. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis/Septic shock โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nktcph.go.th/cqi/cqi-2565/-sepsisseptic-shock-.html
5. มันทนา จิระกังวาน, ชลิดา จันเทพา, เพ็ญนภา บุบผา. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Severe sepsis) ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารกองการพยาบาล. 2558;42(3):9-33.
6. ธิราภรณ์ อุ่นแก้ว, อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์. การพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตของโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ. 2564;1(2):40-52.
7. William Edwards Deming. Quality Management Cycle (PDCA: Deming Cycle) [Internet]. 2017 [cited 2024 Jan 1]. Available from: https://www.ftpi.or.th/2015/2125
8. จริยา ผดุงพัฒโนดม. การติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วารสารเทคนิคการแพทย์. 2561;46(3):6764-78.
9. สมศรี ชื่อต่อวงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ SOS score เพื่อเป็นสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2560;42(3):257-64.
10. ภาพิมล โกมล, รัชนี นามจันทรา, วารินทร์ บินโฮเซ็น. คุณภาพการจัดการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิงห์บุรี. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2560;6(2):32-27.

11. สมพร รอดจินดา, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, วิมลทิพย์ พวงเข้ม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลน่าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560;30(1):120-34.
12. ณฐวรรณ เมธรุจภานนท์, เรมวล นันท์ศุภวัฒน์, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการถ่ายโอนการเรียนรู้ภายหลังการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพ. พยาบาลสาร. 2558;42(2):1-11.
13. รัชนี ศุจิจันทรรัตน์, อรุณรัตน์เทพนา, วราพร หาญคุณะเศรษฐ์ อัตรากำลังพยาบาลกับผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2561;19(37):6-21.
14. พรนภา วงศ์ธรรมดี, รัชนี นามจันทรา, วารินทร์ บินโฮเซ็น. คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอายุรกรรม. วารสารการพยาบาลแลสุขภาพ สสอท. 2562;1(1):33-49.
15. อัญชลี มากบุญส่ง. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการนำใช้ SOS Score ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานอายุกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://vachiraphuket.go.th/index.php?name=knowledge&file=readknowledge&id=630
16. ศจีรัตน์ โกศล, ประภาพร ชูกำเนิด, ปราโมทย์ ทองสุข. การพัฒนารูปแบบการจัดการการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ 2564.;14(1):97-102.
17. ทัศนี รอดภัย. กาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร. 2566;4(1):56-67.
18. สุรีรัตน์ ศรีพิมพ์สอ. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะ 6 ชั่วโมงแรก ต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลเพ็ญ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id==MTM4
19. อังคณา เกรียรติมานะโรจน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2566;4(9):27-43.
20. กรรณิการ์ อำพนธ์, ชัชญาภา บุญโยประการ, พัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ. ผลลัพธ์ของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2560;34(3):222-36.

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2567)
Journal of Research and Health Innovative Development Vol.5 No.1 (January - April 2024)

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม
Development of Caring for Alcohol dependent patients system at Na Chueak Distric, Mahasarakham Province

ธีรชาติ ศุภสระ*

Teerachart Supasara

Corresppondng author : E-mail: teera_boy@hotmail.com

(Received: January 4, 2024; Revised: January 11, 2024; Accepted: February 11, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยติดสุรา พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา และประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราในพื้นที่อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาลักษณะทางคลินิกและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยติดสุราในโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน ระยะที่ 3 การประเมินผล โดยผู้ที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) เวชระเบียนผู้ป่วยติดสุราที่มารับการรักษา และนอนในโรงพยาบาลนาเชือก ทั้งหมดจำนวน 45 คน และ 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดสุราซึ่งประกอบด้วยแพทย์ 5 คน เภสัชกร 5 คน พยาบาล จำนวน 15 คน รวมทั้งหมด 25 คน ระยะเวลาดำเนินการทำวิจัยระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566 เครื่องมือการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลในการดูแล ผู้ป่วยติดสุรา 2) ประเด็นคำถามเชิงลึกสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา และ 3) แบบประเมิน ASSIST-Thai และ CIWA-Ar score

ผลการวิจัย : การวิจัยนี้มี 3 ระยะ ดังนี้ 1. ระยะศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยติดสุรา โดยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังในผู้ป่วยติดสุราที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาเชือก พบปัญหา 1) การไม่ใช้แบบประเมิน CIWA-Ar score 2) ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล 2. ระยะพัฒนา ด้วยการใช้วงจร PAOR ของ Kimmis and MC Taggart โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยใช้คือ มีขั้นตอนการวางแผน (P=Plan) ประชุมหาสาเหตุเพื่อวางแผน Act ปฏิบัติตามแผน Observer สังเกต Reflect สะท้อนผล หลังจากปฏิบัติในวงรอบ มีกิจกรรมที่สำคัญได้แก่ การอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา 3. ระยะประเมินผล โดยการติดตามการดูแลผู้ป่วยที่ติดสุราตามแนวทางปฏิบัติที่ออกแบบและพัฒนาร่วมกันโดยสหวิชาชีพ ได้แก่ การใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai และ CIWA-Ar score ในผู้ป่วยติดสุราที่นอนในโรงพยาบาลนาเชือกเพิ่มขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ : การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา ส่งผลให้ผู้ป่วยติดสุราได้รับการดูแลรักษาที่ครอบคลุมมากขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการพัฒนางาน ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการรักษาที่ดีและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา; ผู้ป่วยติดสุรา; แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดสุรา

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลนาเชือก

ABSTRACT

Purposes : 1) To study the clinical characteristics of alcoholic patients in Na Chueak District. Maha Sarakham Province 2) to develop a care system for patients with alcohol addiction and 3) to evaluate the results of care for patients with alcohol addiction.

Study design : Action research

Materials and Methods : This research were 3 phases: Phase 1 was a study of clinical characteristics and care planning for alcoholic patients in Na Chueak Hospital. Maha Sarakham Province, Phase 2, Operation according to plan, Phase 3, Evaluation. Those who participated in providing information in the study were divided into 2 groups: 1) medical records of alcoholic patients who received treatment and admit in Na Chueak Hospital has a total of 45 people. 2) Medical personnel involved in caring for alcoholic patients. Which consists of 5 doctors, 5 pharmacists, 15 nurses, totaling 25 people. The research period is between 1 February 2023 and 31 December 2023. Data collection tools include 1) data recording forms for caring for alcoholic patients 2) in-depth questions for medical personnel. To develop a care model for patients with alcohol addiction and 3) the ASSIST-Thai and CIWA-Ar score assessments.

Main findings : 1) Study of the clinical characteristics of alcoholic patients. By retrospectively reviewing the medical records of alcoholic patients hospitalized at Na Chueak Hospital, problems were found: 1) not using the CIWA-Ar score assessment, 2) patients developing complications after being hospitalized, 2) development phase using the cycle. PAOR by Kimmis and MC Taggart. It consists of 4 steps using the planning process (P=Plan), meeting to find the cause to plan the Act, following the plan, Observer observing, Reflect, reflecting the results after performing in the cycle. There are important activities, including training to develop personnel's competency in caring for patients with alcohol addiction. Developing guidelines for caring for alcoholic patients 3) Evaluation phase by following up on the care of patients with alcohol addiction according to guidelines designed and developed jointly by multidisciplinary professionals, including the use of the ASSIST-Thai and CIWA-Ar score assessments in alcoholic patients hospitalized is increased.

Conclusion and recommendation : Development of a care system for patients with alcohol addiction As a result, patients with alcohol addiction receive more comprehensive care. Good results in work development Patients have access to a good and effective treatment system.

Keywords : System for caring for alcoholics; Alcoholics; Guidelines for caring for alcoholics

* Medical Doctor Professional Level, Na Cheak Hospital.

บทนำ

ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ถือเป็นปัญหาที่สำคัญต่อทางด้านสาธารณสุขและสังคมในประเทศไทย แอลกอฮอล์ จัดเป็นสารเสพติดที่มีทั้งคุณและโทษ เมื่อดื่มเข้าไปแล้วจะส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยโทษของสุรานั้นมีตั้งแต่ขั้นเบาไปจนถึงขั้นรุนแรง เช่น การเสียการทรงตัว พูดไม่ชัด และที่รุนแรง คือ หมดสติ ดังนั้นสุราจึงถูกควบคุมทั้งการจำหน่าย และการผลิตจากกฎหมายอย่างเคร่งครัด[1] จากการการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชนในปี พ.ศ.2564 มีนักดื่ม (ร้อยละ 28.00) ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งเมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2560 พบมีนักดื่มร้อยละ 28.41 ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกัน เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยนักดื่มหน้าใหม่เพศหญิงมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมากกว่านักดื่มเพศชาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มนิยมมากที่สุดสามอันดับแรก คือ เบียร์ (ร้อยละ 55.96) สุราประเภทต่าง ๆ ได้แก่ สุราขาว/สุรากลั่นชุมชน สุราสี/สุราแดง และยาดองเหล้า/สุราจีน/วอดก้า (ร้อยละ 40.98) และไวน์คูลเลอร์และสราผสมน้ำผลไม้ (ร้อยละ 1.83) ตามลำดับ และภาคเหนือมีอัตราการดื่มสูงสุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[2] ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลทางด้านสาธารณสุข และสังคม โดยผลกระทบทางด้านสาธารณสุข ส่งผลต่อกระทบต่อสุขภาพและร่างกายโดยตรง แอลกอฮอล์มีพิษโดยตรงต่อสมอง ทำให้เซลล์สมองเสื่อม ผิดปกติ ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ มีการรับรู้และความเข้าใจบกพร่อง ขาดสติ จิตหลอน ประสาทหลอน โรคซึมเศร้า โรคลมชัก โรคระแวง แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่ทำให้โรคหลักที่เป็นมีอาการกำเริบรุนแรง หรืออาการแย่ลง นอกจากนั้นในด้านผลกระทบต่อสังคม ส่งผลให้เกิดการทะเลาะวิวาท การเกิดอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับ การฆาตรกรรมและการฆ่าตัวตาย เนื่องจากการที่แอลกอฮอล์ทำให้เกิดการตัดสินใจที่แย่ลง กล้าทำในสิ่งที่คนอื่นไม่กล้าทำมากขึ้น นำมาซึ่งการที่ประเทศชาติจะต้องรับภาระในด้านการรักษาพยาบาลที่มากขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์

ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol use disorders) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 5 อันดับแรกในเพศชาย ซึ่งมากกว่าเพศหญิงถึงร้อยละ 50 และส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเป็น 725.12 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2548 เป็น 914.79 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2562[3] และจากงานวิจัยของกนกวรรณ จังอินทร์ และสมเดช พินิจสุนทร[4] พบว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากครอบครัวขาดคนทำงานช่วยครอบครัว ส่งผลต่อทางด้านเศรษฐกิจและด้านการเงินของครอบครัว เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดความเครียดและปัญหาสุขภาพจากการดูแลผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ กลายเป็นโรควิตกกังวลหรือโรคซึมเศร้าตามมาและจากการศึกษาของสุจิตตา ฤทธิ์มนตรีและคณะ[5] พบว่า ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การบาดเจ็ด เกิดบาดแผล การถูกทำร้าย ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยตามมา เช่น ความดันโลหิตสูง 2) ด้านจิตใจอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด ความกังวล ความรู้สึกท้อแท้ เซ็ง กลัว เบื่อหน่าย บีบคั้นทางจิตวิญญาณ เศร้า หวาดระแวง คิดทำร้านตนเอง และผู้อื่น 3) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การสูญเสียทรัพย์สินเงินทองสิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาล สูญเสียผลิตภาพ และสูญเสียค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุและความรุนแรง การฟ้องร้องคดีความ การเป็นหนี้ชุมชน และ 4) ด้านสังคม ทำให้ครอบครัวและชุมชนเกิดความกลัว ขาดความไว้ใจ เกิดการทะเลาะ เกิดความขัดเย้ง เกิดความรุนแรง เกิดการหย่าร้าง เกิดการเลียนแบบพฤติกรรม และการขาดความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต

โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรางสาธารณสุข ขนาด 30 เตียง ได้ให้บริการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยติดสุราจากฐานข้อมูล HDC ในช่วงปี พ.ศ.2563-2565 มีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น จำนวน 67 คน, 78 คน และ 99 คน ตามลำดับ ซึ่งพบปัญหาในด้านการให้ดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยติดสุรา คือ ขาดแนวทางที่ชัดเจนในการให้บริการที่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดความรู้และความเข้าใจในการประเมินผู้ป่วยติดสุรา การขาดการใช้การคัดกรองโดยเครื่องมือ ASSIST-Thai และขาดการใช้

เครื่องมือ CIWA-Ar score ขาดการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยตลอดจนการขาดการศึกษาเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดสุรา การขาดการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัยซึ่งของเดิมที่มีคือปี พ.ศ.2558 และปัจจุบันเป็นเพียงการตั้งรับในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มติดสุราเท่านั้น ซึ่งระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรายังไม่มีประสิทธิภาพที่เพียงพอ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดผลเสียหลายประการ เช่น ผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเองที่อาจจะได้รับการรักษาล่าช้า เสี่ยงต่อการเสียชีวิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุราแบบรุนแรงมักเกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายได้ง่าย โดยมีอาการกระสับกระส่ายและเหงื่อออกอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยขาดน้ำได้ง่ายและมี Electrolyte imbalance ส่งผลให้หัวใจมีการเต้นผิดปกติ และอาจเกิดภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะหรือปวดบวมได้ ดังนั้นจากเหตุผลข้างต้น เพื่อเป็นการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น และเป็นการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยติดสุราในพื้นที่ อ.นาเชือก จ.มหาสารคาม จึงได้จัดทำการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา เพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดสุราในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา และทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัญหาของการดูแลรักษา พัฒนาระบบ และประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราในพื้นที่อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการ PAOR ของ Kimmis and MC Taggart[6] ทำการศึกษาในพื้นที่ของโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม โดยมีผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ 1) เวชระเบียนผู้ป่วยติดสุราที่มารับการรักษาและนอนใน รพ.นาเชือกจำนวน 45 ราย 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ 5 คน เภสัชกร 5 คน พยาบาลกลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 5 คน พยาบาลผู้ป่วยนอก 5 คน และพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 5 คน จำนวนทั้งสิ้น 25 คน ระยะเวลาดำเนินการทำวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนธันวาคม 2566 โดยมีการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาของการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา โดยการทบทวนเวชระเบียนในผู้ป่วยติดสุราที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม และทำการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกของบุคลากรทางการแพทย์ โดยดำเนินการในระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ 2566 - 30 เมษายน 2566

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราด้วยการใช้วงจร PAOR ของ Kimmis and MC Taggart) ซึ่งดำเนินการในช่วง 1 พฤษภาคม 2566 ถึง 30 มิถุนายน 2566 โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (P=Plan) ประกอบด้วย การทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง เพื่อวิเคราะห์สภาพสาเหตุของผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาเชือก โดยการประชุมเพื่อนำสู่วางแผนในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน การจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วย ได้แก่ แบบคัดกรอง ASSIST-Thai การใช้ประเมิน CIWA-Ar (Clinical institute withdrawal assessment scale for alcohol revised) และแบบเก็บข้อมูล ทำการอบรมและพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ในการประเมินและดูแลผู้ป่วย การวางแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินงาน (A=Act) การปฏิบัติตามแผน โดยการสร้างแนวทางการดูแลรักษาในการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการนำแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนด คือ การใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยติดสุรา ASSIST-Thai การใช้แบบประเมินภาวะถอนฤทธิ์สุรา CIWA-Ar

ขั้นตอนที่ 3 ระยะตรวจสอบและสะท้อนผล (O=Observe และ R=Reflection) โดยการติดตามผลการดำเนินงาน การกำกับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา

ผู้ป่วยติดสุราที่พัฒนาขึ้นใหม่ และการนำเสนอความก้าวหน้าในที่ประชุม

ระยะที่ 3 การประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราในพื้นที่ โดยการประเมินจากการทบทวนเวชระเบียน จำนวน 45 ราย ในระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม 2566 หลังจากที่ได้มีการใช้แนวทางการรักษาที่พัฒนาขึ้นใหม่ไปแล้ว 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมให้ข้อมูล

แบ่งผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาของการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา ผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 คือ เวชระเบียนผู้ป่วยติดสุราที่มารับการรักษาและนอนใน รพ.นาเชือกทั้งหมดจำนวน 45 ราย ณ โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 เมษายน 2566 ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นเวชระเบียนที่มีข้อมูลสมบูรณ์ 3) เวชระเบียนให้รหัสโรค F10.0-F10.5 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ข้อมูลเวชระเบียนที่ไม่สมบูรณ์ และกลุ่มที่ 2 คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ 5 คน เภสัชกร 5 คน พยาบาลกลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 5 คน พยาบาลผู้ป่วยนอก 5 คน และพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 5 คน จำนวนทั้งสิ้น 25 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง 2) สมัครยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) การย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน 2) การลาศึกษาเรียนต่อ

2. ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา ผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา จากระยะที่ 1 จำนวน 25 คน

3. ระยะที่ 3 ระยะการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราในพื้นที่ ข้อมูลได้มาจากเวชระเบียนที่มีการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 45 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินการวิจัย คือ

1. ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาของการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยติดสุราที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้น โดยข้อมูลประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ, อายุ, สิทธิการรักษา, อาชีพ, รายได้, โรคร่วมทางจิต, การใช้สารเสพติดระหว่างดื่มสุรา, ชนิดของสารเสพติดที่ใช้, ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์, การวินิจฉัยโรค, ประเภทผู้ป่วย, การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล, ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิด, การได้รับการผูกยึด, การติดตามผลการรักษา, จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อรักษา, สาเหตุของการส่งต่อรักษา และ 2) ข้อมูลการประเมินผลลัพธ์ในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา ได้แก่ การคัดกรองผู้ที่ดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมินและผลการคัดกรอง ASSIST-Thai, การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา และผลการประเมิน โดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR, ผลการจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาล, ผลการที่ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุรา และผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในคลินิกเลิกสุรา ในระยะ 3 เดือน โดยแบบเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยติดสุราที่พัฒนาขึ้น ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยขอรับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน สาขาจิตเวชชุมชน 1 ท่าน พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล 1 ท่าน

2. ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่

- แบบคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา (The alcohol smoking and substance involvement screening testing test, ASSIST-Thai)[7] เป็นเครื่องมือที่ทำการพัฒนามาจากองค์การอนามัยโลก ที่ใช้ในการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา ได้ทำการแปลเป็นภาษาไทย โดย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้โดยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาหลัก จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำอีกครั้งสาวิตรี อัษณางค์กรชัย และคณะ

ในปี พ.ศ.2554 ซึ่งได้ทำการทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือนี้ในกลุ่มตัวอย่าง 1,047 คน อายุ 18-45 ปี ซึ่งได้ความตรงภายในในระดับดี มีค่า Cronbach alpha มากกว่า 0.80 มีความไว 0.93 และความจำเพาะ 0.718 เป็นเครื่องมือวัดมาตรฐาน ที่มีความตรงในการจำแนกรวมถึงมีจุดตัดบอกระดับความรุนแรงของความเสี่ยง ตั้งแต่เสี่ยงต่ำ (Low risk) เสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) และเสี่ยงสูง (High risk) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้โดยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาหลัก จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำอีกครั้ง

- แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา[8] (Clinical institute withdrawal assessment for alcohol-revised version, CIWA-AR) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดยซัลลิแวน และคณะ ใช้ในการประเมินอาการถอนฤทธิ์สุรา (Alcohol withdrawal) มีความน่าเชื่อถือสูง (r>0.8) ได้ทำการแปลเป็นภาษาไทยในปี พ.ศ.2547 ลักษณะของแบบประเมินเป็นข้อคำถาม 10 ข้อ รายละเอียดข้อคำถามประกอบด้วย อาการคลื่นไส้อาเจียน การรับรู้สัมผัสผิดปกติ อาการสั่น การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ อาการเหงื่อออกเป็นพัก ๆ การรับรู้ทางตาผิดปกติ อาการวิตกกังวล อาการปวดมัวมึนตื้อ อาการกระวนกระวายและการรับรู้เวลาสถานที่ โดยให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามเป็นคะแนนตั้งแต่ 0 – 7 คะแนน ยกเว้นในข้อคำถามเรื่องความผิดปกติด้านการรับรู้ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 4 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดอยู่ที่ 67 คะแนน และแปลผลคะแนนเป็นมีอาการถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อย มีอาการถอนพิษสุราในระดับปานกลาง มีอาการถอนพิษสุราในระดับรุนแรง และมีอาการถอนพิษสุราในระดับรุนแรงมาก

3. ระยะที่ 3 ระยะการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยติดสุราที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นเครื่องมือชนิดเดียวกันกับการศึกษาในระยะที่ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาของการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยติดสุราที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้น โดยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง และเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประชุมเพื่อพัฒนางาน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 3 การประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยติดสุราที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้นเช่นเดียวกับระยะที่ 1 โดยการทบทวนเวชระเบียนหลังจากที่ได้ทำการพัฒนาระบบและนำสู่การปฏิบัติไปแล้ว 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาในระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระยะที่ 2 ทำการเปรียบเทียบผลการพัฒนางานก่อนและหลังด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม และระยะที่ 3 ทำการประเมินผลการพัฒนางาน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนาเชือก เลขที่โครงการ EC 2566-009 ลงวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาของการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา ข้อมูลทั่วไปของเวชระเบียนที่ทำการศึกษาก่อนการพัฒนาระบบ จำนวน 45 ราย พบว่าส่วนมากเป็นเพศชาย (91.11%) หลังพัฒนาระบบส่วนมากเป็นเพศชาย (95.59%) ก่อนพัฒนาระบบ มีอายุเฉลี่ย 46.11±9. 90 ปี และหลังพัฒนาระบบ มีอายุเฉลี่ย 44.78±13.44 ปี สิทธิการรักษาก่อนพัฒนาระบบ เป็นบัตรทอง (86.67%) และหลังพัฒนาระบบ (91.11%) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรทั้งก่อนและหลังพัฒนาระบบ คือ (57.78%) และ (75.56%) ตามลำดับ ข้อมูลด้านรายได้ ก่อนพัฒนาระบบ ส่วนใหญ่มีรายได้ <5,000 บาท (37.78%) และหลังพัฒนาระบบ

ส่วนใหญ่มีรายได้ < 5,000 บาทเช่นเดียวกัน (28.89%) ในด้านโรคร่วมทางจิต ก่อนพัฒนาระบบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรค Psychotic disorder (31.11%) และหลังพัฒนาระบบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรค Aggressive ร้อยละ 40 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ไม่มีการใช้สารเสพติด (73.33%) และ(80.00%) ตามลำดับ โดยในกรณีที่มีการใช้สารเสพติด ส่วนใหญ่ชนิดสารเสพติดที่ใช้ก่อนพัฒนาระบบ เป็น บุหรี่ ร้อยละ 9 และหลังพัฒนาระบบเป็นบุหรี่และกัญชา (8.89%) ในด้านการวินิจฉัยโรค ก่อนพัฒนาระบบ ส่วนใหญ่วินิจฉัยเป็น F 10.3 ผู้ที่มีอาการถอนพิษสุรา (48.89%) และหลังพัฒนาระบบ ส่วนใหญ่วินิจฉัยเป็น F 10.2 ผู้ที่ติดสุรา (51.11%) และก่อนพัฒนาระบบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยใน (IPD) (55.56%) และหลังพัฒนาระบบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอก (OPD) (73.33%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละก่อนและหลังพัฒนาระบบ (N=45)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)	หลังพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	41(91.11)	43(95.56)
หญิง	4(8.89)	2(4.44)
อายุเฉลี่ย (ปี)	46.11±9.90	44.78±13.44
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	39(86.67)	41(91.11)
ประกันสังคม	2(4.44)	3(6.67)
เบิกได้/จ่ายตรง	4(8.89)	1(2.22)
อาชีพ		
เกษตรกร	26(57.78)	34(75.56)
รับจ้าง/ทำงานบริษัท	5(11.11)	4(8.89)
ข้าราชการ	2(4.44)	1(2.22)
ธุรกิจส่วนตัว	7(15.56)	3(6.67)
ว่างงาน	5(11.11)	3(6.67)
รายได้ (บาท/เดือน)		
ไม่มีรายได้	8(17.78)	5(11.11)
<5,000 บาท	17(37.78)	13(28.89)
5,000-10,000 บาท	11(24.44)	7(15.56)
10,001-20,000 บาท	3(6.67)	9(20.00)
>20,000 บาท	6(13.33)	11(24.44)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)	หลังพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)
โรคร่วมทางจิต		
F20 Psychotic disorder	14(31.11)	8(17.78)
F50 Behavioral disorder	3(6.67)	3(6.67)
Major depressive disorder	4(8.89)	10(22.22)
Aggressive	10(22.22)	18(40.00)
การใช้สารเสพติดในขณะดื่มสุรา		
ใช้	12(26.67)	9(20.00)
ไม่ใช้	33(73.33)	36(80.00)
ชนิดของสารเสพติดที่ใช้		
บุหรี่	9(20.00)	4(8.89)
กัญชา	2(4.44)	4(8.89)
กระท่อม	1(2.22)	1(2.22)
ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์		
1-10 ปี	13(28.89)	8(17.78)
11-20 ปี	27(60.00)	31(68.89)
21-30 ปี	5(11.11)	6(13.33)
การวินิจฉัยโรค		
F10.0 ผู้ที่ดื่มสุราแล้วเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมแบบเฉียบพลัน	13(28.89)	2(4.44)
F10.1 ผู้ที่ดื่มสุราแบบผิดแผน ทำให้เกิดอันตราย	3(6.67)	3(6.68)
F 10.2 ผู้ที่ติดสุรา	5(11.11)	23(51.11)
F 10.3 ผู้ที่มีอาการถอนพิษสุรา	22(48.89)	14(31.11)
F10.4 ผู้ที่มีภาวะสับสนจากการดื่มสุรา	1(2.22)	1(2.22)
F10.5 ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมแบบโรคจิตเนื่องมาจากการใช้สุรา	1(2.22)	2(4.44)
ประเภทผู้ป่วย		
ผู้ป่วยนอก (OPD)	20(44.44)	33(73.33)
ผู้ป่วยใน (IPD)	25(55.56)	12(26.67)

ผลการติดตามสภาพปัญหาของอาการของผู้ป่วยติดสุราที่ Admit ณ หอผู้ป่วยในก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล (56.00%) ส่วนหลังพัฒนาระบบ พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังนอนโรงพยาบาล (75.00%) โดยลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิด ก่อนพัฒนาระบบเป็น Alcohol withdrawal state with convulsion (20.00%) และหลังพัฒนาระบบ เป็น Alcohol withdrawal state, with delirium (41.67%) ในด้านการได้รับการผูกยึด ก่อนพัฒนาระบบผู้ป่วยไม่ได้รับการผูกยึด (68.00%) และหลังพัฒนาระบบผู้ป่วยได้รับการผูกยึด (83.33%) ในด้านการติดตามผลการรักษา พบว่า ก่อนพัฒนาระบบ ไม่พบผู้เสียชีวิต (96.00%) และหลังพัฒนาระบบไม่พบผู้เสียชีวิต (100.00%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการติดตามสภาพปัญหาของอาการของผู้ป่วยติดสุราที่ Admit ณ หอผู้ป่วยในก่อน และหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา

การติดตามอาการของผู้ป่วยติดสุราที่ Admit ณ หอผู้ป่วยใน	ก่อนพัฒนา จำนวน(ร้อยละ) (n=25)	หลังพัฒนา จำนวน(ร้อยละ) (n=12)
การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล		
เกิดภาวะแทรกซ้อน	11(44.00)	9(75.00)
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	14(56.00)	3(25.00)
ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิด		
Alcohol withdrawal state, with delirium	2(8.00)	5(41.67)
Alcohol withdrawal state, uncomplicate	1(4.00)	1(8.33)
Alcohol withdrawal state with convulsion	5(20.00)	2(16.67)
Acute respiratory failure	1(4.00)	0(0.00)
Aspiration pneumonia	2(8.00)	1(8.33)
การได้รับการผูกยึด		
ได้รับการผูกยึด	8(32.00)	10(83.33)
ไม่ได้รับการผูกยึด	17(68.00)	2(16.67)
การติดตามผลการรักษา		
ไม่เสียชีวิต	24(96.00)	12(100.00)
เสียชีวิต	1(4.00)	0(.000)

ผลการติดตามสาเหตุของการส่งต่อผู้ป่วยติดสุราในผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) พบว่า จำนวนของผู้ป่วยที่ส่งต่อรักษา ก่อนพัฒนาระบบ (46.67%) และหลังพัฒนาระบบ (33.33%) โดยสาเหตุของการส่งต่อรักษาก่อนพัฒนาระบบ ส่วนใหญ่มีอาการชัก (20.00%) และหลังพัฒนาระบบ ส่วนใหญ่มีอาการทางจิต (11.11%) โดยจำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการส่งต่อรักษา ก่อนพัฒนาระบบ คือ (22.22%) หลังพัฒนาระบบ (13.33%) และจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการส่งต่อรักษา ก่อนพัฒนาระบบ คือ (24.44%) และหลังพัฒนาระบบ คือ (20.00%) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการติดตามสาเหตุของการส่งต่อผู้ป่วยติดสุราในผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD)

สาเหตุของการส่งต่อรักษา	ก่อนพัฒนา จำนวน(ร้อยละ) (n=45)	หลังพัฒนา จำนวน(ร้อยละ) (n=45)
จำนวนของผู้ป่วยที่ส่งต่อรักษา	21(46.67)	15(33.33)
สาเหตุของการส่งต่อรักษา		
มีอาการทางจิต	6(13.33)	5(11.11)
มีอาการชัก	9(20.00)	2(4.44)
มีภาวะสับสน	2(4.44)	1(2.22)
ไม่บำบัดต่อเนื่องระยะยาว	3(6.67)	4(8.89)
ภาวะขาดสุราที่รุนแรง	1(2.22)	3(6.67)
จำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการส่งต่อรักษา	10(22.22)	6(13.33)
จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการส่งต่อรักษา	11(24.44)	9(20.00)

1. ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา ด้วยการใช้วงจร PAOR ของ Kemmis and McTaggart[7] ซึ่งมีลักษณะเป็นวงจรที่มีความสัมพันธ์กันแบบต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนกลับ มีวรจรการพัฒนา 1 วงจร ดังต่อไปนี้

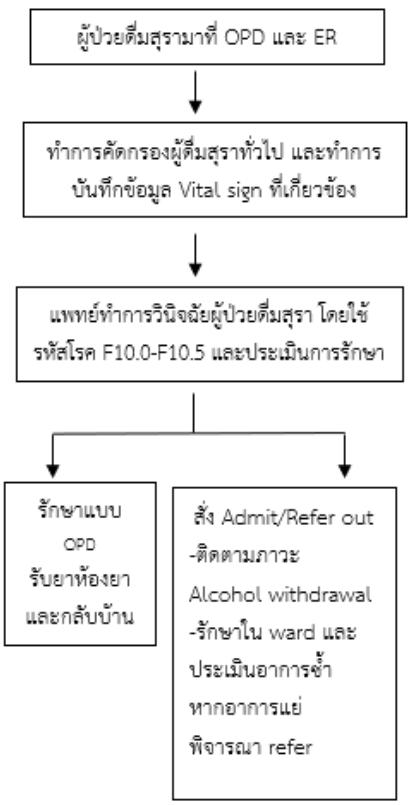
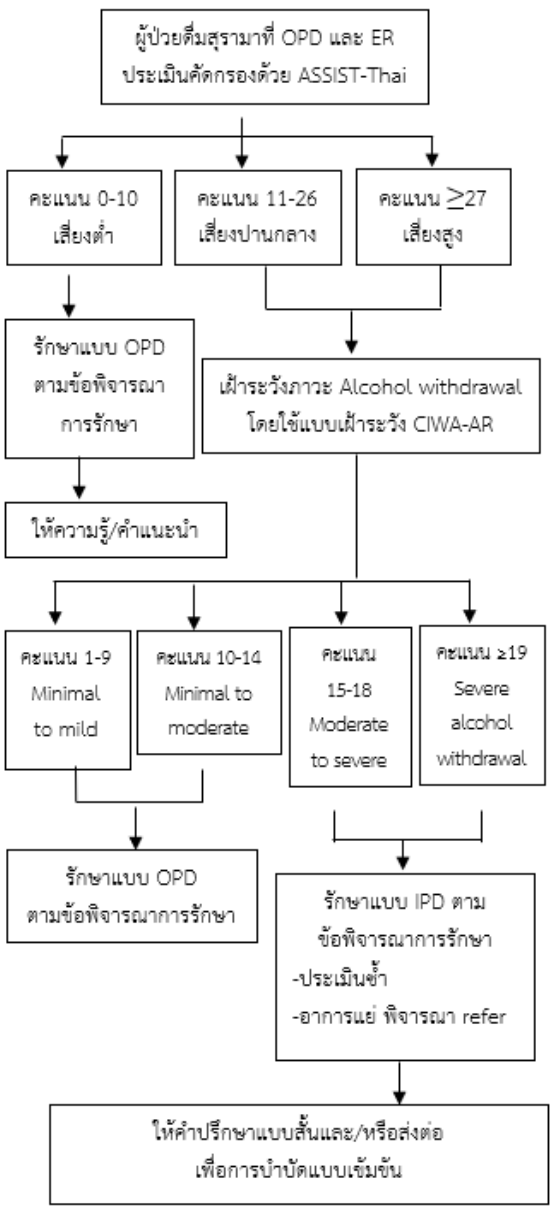
ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยการศึกษาสภาพปัญหาและประเด็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา เป็นการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุรา (Alcohol withdrawal) ศึกษาถึงรูปแบบ แนวทางปฏิบัติหรือการพัฒนางานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านแอลกอฮอล์ เมื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้ทำการวางแผนการดำเนินงาน โดยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาปัญหา ระยะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา และระยะประเมินผล จัดทำ Timeline ในการศึกษาวิจัย การคัดเลือกและการประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง การจัดประชุมในการสื่อสาร และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย และการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง เพื่อทำการค้นหาปัญหาเพื่อจะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุราต่อไป แล้วทำการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับทราบร่วมกัน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทบทวน วางแผนการพัฒนาอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (A=Act) เป็นการนำระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นใหม่ ลงสู่การปฏิบัติหน้างาน และการอบรมให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อสื่อสารแนวทางการดำเนินงานที่ได้

พัฒนาขึ้นใหม่ โดยแบ่งเป็นการดำเนินงานในส่วนงานของผู้ป่วยนอก (OPD) และการดำเนินงานในส่วนงานของผู้ป่วยใน (IPD) โดยในการดำเนินงานนั้นแรกรับผู้ป่วยที่จุดผู้ป่วยนอก (OPD) หรือห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการดื่มสุรา เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรคเรื้อรัง (NCD clinic) วัยรุ่นชาย หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร (ANC Clinic) ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคทางกายที่สัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุรา เช่น ตับแข็ง กระเพาะอักเสบ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยทำการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราด้วยแบบประเมิน ASSIST-Thai ซึ่งจะเป็นแนวคำถาม 7 ข้อ ในการสอบถามประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาและในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา, ความถี่ในการรู้สึกอยากดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา, ปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมาย การเงินที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา, กิจกรรมปกติในชีวิตที่ไม่สามารถทำได้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา, การตักเตือนจากเพื่อนฝูง ญาติหรือคนอื่นในการกล่าวตักเตือนเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ในตลอดชีวิต และการพยายามหยุดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในตลอดชีวิต โดยผลการคัดกรองด้วยแบบประเมิน ASSIST-Thai[9] แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) 0-10 คะแนน หมายถึง ระดับความเสี่ยงต่ำ (Lower risk) การดื่มในขณะนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา แต่ในอนาคตหากดื่มมากกว่านี้มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุราได้ 2) 11-26 คะแนน ความเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) หมายถึง การอาจเริ่มมีปัญหาบางอย่างเกิดขึ้นแล้วในการดื่มสุราต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ เพิ่มขึ้นได้ในอนาคต รวมถึงเสี่ยงต่อการติดสุรา โดยเฉพาะในคนที่เคยมีปัญหาจากการดื่มสุราหรือเคยติดสุรามาก่อน 3) ≥ 27 คะแนน เสี่ยงสูง (High risk) หมายถึง ความเสี่ยงสูงต่อการติดสุราแล้ว หรือกำลังประสบปัญหาด้านสุขภาพ สังคม การเงิน กฎหมายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา สำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนน ASSIST ≥ 27 คะแนน ให้ทำการเฝ้าระวังความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) ด้วยแบบประเมิน CIWA-AR[10] (Clinical institute withdrawal assessment for alcohol-revised version) ซึ่งมีระดับ 4 ระดับ ได้แก่ 1) 1-7 คะแนน คืออาการถอนพิษสุราระดับเล็กน้อย 2) 8-14 คะแนน เป็นอาการถอนพิษสุราระดับปานกลาง 3) 15-19 คะแนน เป็นอาการถอนพิษสุราระดับรุนแรง และ 4) ≥ 20 คะแนน เป็นอาการถอนพิษสุราที่รุนแรงมาก โดยหากค่าคะแนน CIWA-AR ≤ 14 คะแนน ให้ทำการพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ภายใต้ข้อพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คือ สามารถรับประทานยาได้, มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดและติดตามอาการถอนพิษสุราได้ในช่วง 5-7 วัน, สามารถมาพบแพทย์ตามนัดได้, ไม่มีภาวะโรคจิตเวชและโรคทางกายที่ไม่คงที่, ไม่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจนอาจเกิดอาการถอนพิษจากสารเสพติดนั้น, ไม่มีประวัติอาการ DTs หรือชัก (rum fits) มาก่อน, อายุน้อยกว่า 60 ปี และไม่มีหลักฐานแสดงถึงอวัยวะภายในถูกทำลายจากพิษสุรา เช่น Elevated MCV, Renal insufficiency ascites, Cirrhosis เป็นต้น หากค่าคะแนน CIWA-AR ≥ 15 คะแนนขึ้นไป ให้ทำการ Admit ในหอผู้ป่วยใน ภายใต้ข้อพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยใน คือ มีโรคจิตเวชหรือโรคทางกายอื่น ๆ ซึ่งต้องการเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น การชัก มีประวัติการชัก การตั้งครรภ์และให้นมบุตร โรคหัวใจ โรคตับ สงสัยการบาดเจ็บที่ศีรษะ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้, มีการติดยาหรือสารเสพติดอื่น หรือมีอาการถอนพิษจากสารเสพติดหลายชนิด, มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือควบคุมไม่ได้, มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย, ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตนเองได้, เคยรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ได้ผล, ไม่มีญาติหรือสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยหรือเพียงพอสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยกรณีที่ไม่สามารถรักษาในผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในได้ให้ทำการส่งต่อรักษา (Refer) ภายใต้ข้อพิจารณาการส่งต่อ คือ 1) มีอาการทางจิต 2) มีอาการชักที่ไม่สามารถควบคุมได้ 3) มีภาวะสับสนรุนแรง 4) การไม่บำบัดต่อเนื่องระยะยาว และ 5) เกิดภาวะขาดสุราที่รุนแรงจนไม่สามารถรักษาได้ และสำหรับแนวทางการรักษาของโรงพยาบาลนาเชือก คือ การให้ความรู้และคำแนะนำ (Brief advice) ในผู้ป่วยนอกสำหรับการประเมิน ASSIST-Thai แล้วมีระดับความเสี่ยงต่ำ

และการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counselling) ในคลินิกเลิกสุราของโรงพยาบาลนาเชือก หรือทำการส่งต่อเพื่อรับการประเมินและบำบัดแบบเข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญเลิกสุรา สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับการประเมิน ASSIST-Thai ที่มีความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูง โดยรูปแบบที่ได้ทำการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุราเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุราเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา

ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตและการสะท้อนกลับ (Observe and Reflection) เป็นขั้นตอนของการติดตามประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา โดยในขั้นตอนนี้ทำการกำกับ ติดตาม และประเมินการดำเนินงานโดยหัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยใน หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และหัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และทำการทบทวนเวชระเบียนหลังจากที่ได้ทำการพัฒนาระบบไปแล้ว 1 เดือน ด้วยการคัดเลือกเวชระเบียนมาทำการศึกษาจำนวน 45 ราย เพื่อดูผลลัพธ์การปฏิบัติในการคัดกรองผู้ที่ดื่มสุราโดยใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai, ผลการคัดกรองผู้ที่ดื่มสุราโดยใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai, การปฏิบัติในการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุราโดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR, ผลการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุราโดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR, ผลการจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาล, ผลการที่ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุราตามนัด และผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในคลินิกเลิกสุราในระยะ 3 เดือน และในขั้นตอนนี้ได้ทำการทบทวนปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา พบว่า การใช้แบบฟอร์มประเมิน CIWA-AR ค่อนข้างยากและใช้เวลานาน ซึ่งจะต้องมีการกำกับการปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานมากขึ้น และการบำบัดผู้ป่วยติดสุรานั้นต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานถึงจะบรรลุผลสำเร็จ ต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ 1 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันในการกลับมาติดสุราใหม่ ผลการทบทวนปัจจัยสำเร็จในการดำเนินงาน คือ การที่บุคลากรทางการแพทย์มีความตั้งใจในการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม จึงทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการดำเนินงานต่อไป และแผนพัฒนาในวงจรการดำเนินงานต่อไป คือ การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดสุราให้ครอบคลุมถึงระดับชุมชน เพื่อสร้างระบบให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่องด้วยชุมชน และป้องกันการกลับมาติดสุราซ้ำ ผลการศึกษาระยะที่ 3 การประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราในด้านการปฏิบัติการคัดกรองผู้ที่ดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบ ไม่มีการใช้แบบประเมินนี้ร้อยละ 100 หลังพัฒนาระบบ มีการใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai เพิ่มขึ้นร้อยละ 91.11 ผลการคัดกรองผู้ที่ดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai พบว่า หลังพัฒนาระบบพบว่าค่าคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11-26 คะแนน ซึ่งถือว่าเป็นความเสี่ยงระดับปานกลาง (Moderate risk) ร้อยละ 48.89 ส่วนก่อนพัฒนาระบบ ไม่มีการใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai ผลการปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา CIWA-AR พบว่า ก่อนพัฒนาระบบไม่มีการใช้แบบปประเมิน CIWA-AR หลังพัฒนาระบบส่วนใหญ่มีการใช้แบบประเมิน CIWA-AR ร้อยละ 86.67 ดังนั้นผลการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา โดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR พบว่า หลังการพัฒนาระบบ มีค่าคะแนน ≥ 19 คะแนน ซึ่งเป็นติดสุรา Severe alcohol withdrawal ร้อยละ 60 ผลการจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาล พบว่า ก่อนพัฒนาระบบส่วนใหญ่เป็นให้ความรู้และแนะนำเกี่ยวกับการดื่มสุรา (Brief advice) ร้อยละ 93.33 และหลังพัฒนาระบบพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาแบบสั้นและส่งต่อเพื่อรับการประเมินและบำบัดแบบเข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญ ร้อยละ 42.22 ซึ่งข้อมูลดังกล่าวข้างต้นดังแสดงผลในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา

ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา	ก่อนพัฒนา จำนวน(ร้อยละ) (n=45)	หลังพัฒนา จำนวน(ร้อยละ) (n=45)
การคัดกรองผู้ที่ดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai		
ปฏิบัติ	0(0.00)	41(91.11)
ไม่ปฏิบัติ	45(100.00)	4(8.89)
ผลการคัดกรองผู้ที่ดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai		
0-10 คะแนน ระดับเสี่ยงต่ำ (Lower risk)	0(0.00)	14(31.11)
11-26 คะแนน เสี่ยงปานกลาง (Moderate risk)	0(0.00)	22(48.89)
≥ 27 คะแนน เสี่ยงสูง (High risk)	0(0.00)	5(11.11)
การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา โดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR		
ปฏิบัติ	0(0.00)	36(86.67)
ไม่ปฏิบัติ	45(100.00)	9(13.33)
ผลการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา โดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR		
1-9 คะแนน Minimal to mild	0(0.00)	5(11.11)
10-14 คะแนน Minimal to moderate	0(0.00)	1(2.22)
15-18 คะแนน อันตราย Moderate to severe	0(0.00)	3(6.67)
≥ 19 คะแนน ติดสุรา Severe alcohol withdrawal	0(0.00)	27(60.00)
ผลการจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาล		
ให้ความรู้และแนะนำเกี่ยวกับการดื่มสุรา (Brief advice)	42(93.33)	5(11.11)
ให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counselling)	2(4.44)	17(37.78)
ให้คำปรึกษาแบบสั้นและส่งต่อเพื่อรับการประเมินและบำบัดแบบเข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญ	1(2.22)	19(42.22)

ผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ป่วยติดสุราที่มาที่คลินิกเลิกสุรา พบว่า ก่อนพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุราส่วนใหญ่ (100.00%) และหลังการพัฒนาระบบผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดส่วนใหญ่ (70.59%) และผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในคลินิกเลิกสุราในระยะ 3 เดือน ก่อนพัฒนาระบบ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังกลับมาดื่มสุราในช่วงระยะ 3 เดือน (100.00%) และหลังพัฒนาระบบส่วนใหญ่ ผู้ป่วยยังกลับมาดื่มสุราในช่วงระยะ 3 เดือน (70.58%) ซึ่งแสดงข้อมูลดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ป่วยติดสุราที่มาที่คลินิกเลิกสุรา

ผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ป่วยติดสุราที่มาที่คลินิกเลิกสุรา	ก่อนพัฒนา จำนวน(ร้อยละ) (n=2)	หลังพัฒนา จำนวน(ร้อยละ) (n=17)
ผลการที่ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุรา		
มาตามนัด	2(100.00)	12(70.59)
ไม่มาตามนัด	0(0.00)	5(29.41)
ผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในคลินิกเลิกสุราในระยะ 3 เดือน		
เลิกดื่มสุราได้ใน 3 เดือนที่ได้การบำบัดฟื้นฟู	0(0.00)	5(29.42)
กลับมาดื่มสุราในช่วงระยะ 3 เดือนที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู	2(100.00)	12(70.58)

วิจารณ์

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีประเด็นที่สำคัญในการนำมาอภิปราย ดังต่อไปนี้ ในการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาของการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา ก่อนและหลังพัฒนาระบบ พบส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 91.11 และ ร้อยละ 95.59 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 46.11±9.90 ปี และ 44.78±13.44 ปี ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรืองและคณะ[10] ที่พบว่า ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มักเป็นเพศชาย และมีอายุระหว่าง 41-65 ปี โดยปัญหาของการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรานั้น ประกอบด้วย การที่ผู้ป่วยมีโรคร่วมทางจิต การใช้สารเสพติดขณะดื่มสุรา โดยเฉพาะบุหรี่และกัญชา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถวุฒิ ธรรมชาติ[11] ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มีโรคร่วม คือ โรค Aggressive นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของเปรมฤทัย ไชยฮะนิจ และคณะ[12] ที่พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมมีพฤติกรรมในการดื่มสุราโดยรวมอยู่ในระดับติดสุรา โดยการดื่มแอลกอฮอล์นั้นส่งผลต่อระบบประสาท ทำให้ร่างกายและจิตใจมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เกิดความกล้า ความคึกคะนองในการที่จะอยากรู้อยากลองในสารเสพติดมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และคณะ[13] ที่พบว่า การดื่มสุราของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการใช้สารเสพติด และเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้เกิดผลกระทบตามมามากมาย เช่น การบาดเจ็บและตายจากอุบัติเหตุการจราจร การทะเลาะวิวาท และทำร้ายร่างกายและการฆ่าตัวตาย นอกจากนั้นปัญหาในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนอาการถอนฤทธิ์สุราที่มากที่สุด คือ ก่อนการพัฒนาระบบ คือ ภาวะ Withdrawal state with convulsion ร้อยละ 20 และหลังพัฒนาระบบ คือ ภาวะ Alcohol withdrawal state, with delirium ร้อยละ 41.67 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิกา ศฤงคารชยธวัช[14] ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะถอนฤทธิ์สุราส่วนใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด คือ Alcohol withdrawal state, with delirium ร้อยละ 34 โดยหากเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยจะได้รับการผูกยึดและนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่พบการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทรงพล โลดทนงค์ และคณะ[15] ที่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 50 จะหายจากภาวการณ์ขาดสุราเมื่อเข้าสู่วันที่ 3 และทั้งหมดจะหายจากภาวะขาดสุราในวันที่ 5 โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และไม่มีการเสียชีวิตตลอดการรักษา แต่ผลการศึกษาก่อนพัฒนาระบบมีเสียชีวิต 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วยฆ่าตัวตาย และปัญหาในด้านการส่งต่อผู้ป่วยติดสุรา พบว่า สาเหตุของการส่งต่อก่อนและหลังพัฒนาระบบ คือ การมีอาการทางจิต

ร้อยละ 13.33 และร้อยละ 11.11 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ.2558[16] ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคติดสุรา ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ถึงร้อยละ 6.9 โดยจะมีอาการสำคัญ คือ อาการประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายตนเอง เอะอะโวยวาย ก้าวร้าว หวาดกลัว ทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่น ด้วยจากพยาธิสภาพของโรคทางจิต การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดร่วม จึงส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เกิดความเสี่ยงต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้ใกล้ชิด ดังนั้นจากปัญหาข้างต้น การพัฒนาระบบในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น มีการเฝ้าระวังและมีผลลัพธ์ในการรักษาทางคลินิกที่ดีขึ้น

ในการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา การวางแผนในการพัฒนางาน จนได้ระบบในการดูแลผู้ป่วยติดสุราร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ และประเมินผลในการดำเนินงาน โดยเน้นการพัฒนาระบบงานในระดับโรงพยาบาล โดยสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรา แก้วนุ้ย[17] ที่ให้ข้อเสนอว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราที่เหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แ 1) การคัดกรองและการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น 2) การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย 3) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ และ 4) การดูแลระยะยาวหลังการรักษา การพัฒนาในด้านการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราด้วย ASSIST-Thai และการเฝ้าระวังภาวะถอนฤทธิ์สุรา (Alcohol withdrawal) โดยใช้แบบเฝ้าระวัง CIWA-AR และทำการรักษาด้วยการให้ความรู้/คำแนะนำ การให้คำปรึกษาแบบสั้นหรือการส่งต่อเพื่อการบำบัดแบบเข้มข้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฏฐ์วรัตถ์ อเนกวิทย์[18] ที่พบว่า การนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในจังหวัดมหาสารคามด้วยแบบประเมิน ASSIST-Thai ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากขึ้น ทั้งการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในส่งผลให้มีการเข้าถึงบริการครอบคลุมและมากขึ้น และการใช้แบบเฝ้าระวังอาการถอนฤทธิ์สุราด้วย CIWA-AR ควรจะทำการประเมินตั้งแต่แรกรับและประเมินเป็นระยะตามความจำเป็น คะแนนจากการประเมินอาจผิดพลาดได้ กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น ควรจะมีการใช้คะแนนร่วมกับการตัดสินใจทางคลินิกและการสังเกตอื่นร่วมด้วย เนื่องจากบางอาการอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนอื่น[19]

การศึกษาระยะที่ 3 การประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราโดยการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นได้แก่ แบบประเมิน ASSIST-Thai และแบบเฝ้าระวัง CIWA-AR ติดตามผลการคัดกรองผู้ที่ดื่มสุรา ผลการประเมินความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา ผลการจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุรา การประเมินผลในคลินิกเลิกสุรา โดยการติดตามการมาตามนัด และการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในระยะ 3 เดือน โดยหลังการพัฒนาระบบมีการปฏิบัติตามแนวทางในการใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai และ CIWA-AR เพิ่มมากขึ้น เนื่องจาก ก่อนการพัฒนาระบบยังไม่มีการใช้แบบประเมินมาใช้ในการดำเนินงานที่ชัดเจน แต่เป็นเพียงการคัดกรองทั่วไปและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง โดยผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของชัชวาล ลีลาเจริญพร และคณะ[20] ที่พบว่า ผลการพัฒนา และดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราตามแนวทางของโรงพยาบาลพิมาย ทำให้เกิดการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้อย่างชัดเจน และครอบคลุมมากขึ้น เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และในการบำบัดผู้ป่วยสุรา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมาตามนัด และหลังพัฒนาระบบผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราได้ในช่วง 3 เดือนที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู ร้อยละ 29.42 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของชัชวาล ลีลาเจริญพร และคณะ[20] ที่พบว่า การติดตามการบำบัดการเลิกสุราในระยะ 3 เดือน จะมีผู้ที่สามารถเลิกดื่มสุราได้ร้อยละ 37.17 โดยการบำบัดการเลิกดื่มสุรานั้นจะต้องใช้ระยะเวลาที่เหมาะสม เนื่องจากถ้าระยะเวลาบำบัดสั้นไป ผู้ป่วยอาจจะยังไม่มีความพร้อมในด้านทางจิตใจที่จะเลิกดื่มสุราหรือผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเป็นโรคร่วม อาจต้องใช้ระยะเวลาที่เหมาะสมในการรักษาที่มากขึ้น หรือถ้าระยะเวลา

ที่นานเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจก่อนที่เลิกสุราได้ ดังการศึกษาของนิตยา เศรษฐจันทร์ และคณะ[21] ที่พบว่าการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราในระยะ 4 เดือน จะทำให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้สูงถึงร้อยละ 80 และการให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสุราที่ระยะเวลา 10 เดือน จะทำให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้เพียงร้อยละ 10 ดังการศึกษาของนิรุจน์ อุทธาและคณะ[22]

สรุป การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา จะทำให้เกิดแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติหรือบุคลากรทางการแพทย์เข้าใจและมีความรู้เพื่อนำสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้น ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยติดสุราเข้าสู่การบำบัดและฟื้นฟู เพื่อทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุรา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบการรักษาที่มีคุณภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการกล่าวถึงเฉพาะการพัฒนาในส่วนของระดับโรงพยาบาล ซึ่งในการพัฒนาระบบในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา จะต้องมีการพัฒนาให้ต่อเนื่องไปจนถึงระดับปฐมภูมิและระดับชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการดูแลระยะยาวหลังการรักษา โดยการพัฒนาให้มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้วยเครือข่ายและแกนนำในพื้นที่ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาติดสุราซ้ำในผู้ป่วยที่เคยบำบัดและฟื้นฟูในการเลิกดื่มสุรา และเป็นการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนางานเชิงระบบที่ครอบคลุมและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในประเด็นผลลัพธ์เพิ่มเติม ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดจากการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่วางไว้และโปรแกรมทางด้านสุขภาพที่ให้การบำบัดดูแลผู้ป่วยในคลินิกเลิกสุรา และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นความรู้ความพึงพอใจและการกำกับติดตามของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับสมอง ความจริงที่นักดื่มไม่รู้ [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https:www.thaihealth.or.th/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์/
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิตัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ.2564 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : https://www.trc.or.th/th/attactments/airticle/618/สถิติบุหรี่%202564.pdf
3. จิรลักษณ์ นนทารักษ์. แนวโน้มสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยปี 2558-2562 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://cas.or.th/wp-content/uploads/2022/06รายงานการศึกษาAAF-logo-2.pdf
4. กนกวรรณ จังอินทร์, สมเดช พินิจสุนทร. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนขอนแก่น. 2560;5(3):487-501.
5. สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี, โสภิดา ดาวสดใส, ขวัญสุดา บุญทศ, ศริญญา ชาญสุข. ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นตามการรับรู้ของเหยื่อ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2566;31(1):51-61.
6. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ef. Victoria : Deakin University press; 1988.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แผนการสอนที่ 3 การคัดกรองและประเมินพฤติกรรมการดื่ม [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : http://edoc.ptho.moph.go.th/upload/1603253132.pdf

8. พรทิพย์ ธรรมวงค์, อัญชลี ดำรงไชย. ความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : https://dmh-elibrary.org/items/show/1475
9. นิพนธ์ ชิวานนท์เวช, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, เทิดศักดิ์ เดชคง, หรรษา เศรษฐบุปผา, ปริทรรศ ศิลปะกิจ, อัครพล คุรุศาสตรา, และคนอื่นๆ. แนวปฏิบัติการคัดกรอง และบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. นนทบุรี: คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
10. กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, อัมพร สีลากุล, วิมาลา เจริญชัย. การพัฒนาแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2564;15(1):29-48.
11. อรรถวุฒิ ธรรมชาติ. ผลการดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567;18(1):61-70.
12. เปรมฤทัย ไชยฮะนิจ, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2557;28(1):105-20.
13. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, อโนชา หมีกทอง, ถนอมศรี อินทนนท์. รายงานผลการศึกษาเรื่อง การเฝ้าระวังพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขอภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาในประเทศไทย. สงขลา: พิมพ์ดีการพิมพ์; 2551.
14. ชนิกา ศฤงคารชยธวัช. ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar score ในโรงพยาบาลพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2562;33(2):281-92.
15. ทรงพล โลดทนงค์, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กูล, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, พงศธร พหลภาคย์, สงวน บุญพูน. อัตราการหายของภาวะขาดสุราหลังจากใช้แนวทางการรักษาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2558;60(2):139-48.
16. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: บางกอก-บล็อก; 2559.
17. สุวรา แก้วนุ้ย. การคัดกรอง บำบัด รักษาและฟื้นฟูผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา : ช่องว่างภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2554;5(4):439-51.
18. ณัฏฐวรัตน์ อเนกวิทย์. ผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้แนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(4):371-82.
19. ชวิศา ไชยมงคล. ผลของการป้องกันและรักษาภาวะเวอร์นิเกคอร์ซาคอฟด้วยวิตามินบี 1-6-12 ในผู้ป่วยติดสุรา [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sdtc.go.th/upload/forum/doc6215a3e5e608c6215.pdf
20. ชัชวาล ลีลาเจริญพร, ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์. ผลของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่โรงพยาบาลพิมาย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550;1(3-4):375-84.
21. นิตยา เศรษฐจันทร์, ปฏิญญา ทำสะดวก, นิวัต อุณฑพันธ์, กมลรัตน์ จิตติชัยโรจน์, คมสิน อุ่นจิตติกุล, ธีรนัย อิ่มพรมราช, และคนอื่นๆ. การศึกษาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
22. นิรุจน์ อุทธา, จันทร์โท ศรีนา, ธาดาวรรณ ภูมาตนา, สุจิตรา อุทธา, อนุชา สิงห์ยะบุศย์, อากร บุญเกิด, และคนอื่นๆ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ในสถานบริการสาธารณสุขและชุมชนจังหวัดขอนแก่น. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น/สถาบันธัญรักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2548.

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2567)
Journal of Research and Health Innovative Development Vol.5 No.1 (January - April 2024)

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะซับซ้อน กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care Patients of CA Brest with Complication 2 Cases Study

อุรารัตน์ จำลองเพ็ง*
Urarat Jumlongpeng
Corresponding author: Urarat2847@gmail.com
(Received: January 5, 2024; Revised: January 12, 2024; Accepted: February 14, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะซับซ้อน 2 รายและเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและการผ่าตัด

รูปแบบการวิจัย : การศึกษารายกรณี (Case Study Research Design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมที่มีภาวะซับซ้อนครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 2 ราย ดำเนินเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตั้งแต่เริ่มแรกรับถึงการจำหน่าย Cases จากตึกผู้ป่วยนอก และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญกรณีศึกษารายที่ 1) ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม จากการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 2) ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเนื่องจากพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 3) ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากการตัดเต้านมด้านขวา และ 4) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แต่กรณีศึกษารายที่ 2 พบว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนการให้ยาเคมีบำบัด 2) ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเนื่องจากพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการให้ยาเคมีบำบัด 3) ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากผมร่วงจากการให้ยาเคมีบำบัด 4) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องผลข้างเคียงการให้เคมีบำบัด และ 5) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีการทำลายกลไกการป้องกันเชื้อโรคจากการได้รับยาเคมีบำบัด

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาส่งผลให้ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะซับซ้อนขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม; ภาวะซับซ้อน; กรณีศึกษา

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : To compare two case studies of nursing care for breast cancer patients with complex conditions and to develop nursing guidelines for breast cancer patients receiving chemotherapy and surgery.

Study design: Case study research design.

Materials and Methods : This study of patients diagnosed with complicated breast cancer were conducted between September 2023 to January 2024. Two subjects were purposively selected and data were collected from medical records and interview patients and relatives contains general information Illness information Gordon's 11 health plans information laboratory results from initial receipt to cases discharge from outpatient building. We were conducted and analyzed qualitative data using content analysis.

Main findings: Summary of important nursing decisions. Case study 1) The patient and relatives are concerned about breast cancer. from the treatment and behavior before surgery, 2) the patient behaved incorrectly due to lack of knowledge on how to behave before and after surgery, 3) the patient lost her appearance due to right breast surgery and 4) the patient did not Comfortable due to complications after surgery**,** But the second case study found that important nursing diagnoses included: 1) The patient and relatives were concerned about breast cancer, treatment and behavior before giving chemotherapy. 2) The patient behaves incorrectly due to lack of knowledge on how to behave before and after giving chemotherapy. 3) The patient feels like he had lost his appearance, due to hair loss from chemotherapy 4) patients were at risk of malnutrition due to side effects of chemotherapy and 5) patients were at risk of infection because defense mechanism against pathogens had been destroyed, receive chemotherapy.

Conclusion and recommendations : The results of study resulted in nursing guidelines for breast cancer patients with more complex conditions**.**

Keywords : CA breast; Complication; Case study

*Registered Nurse, Professional Level, Roi Et Hospital.

บทนำ

มะเร็งเต้านม (Breast cancer) เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่อยู่ภายในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม เซลล์เหล่านี้มีการแบ่งตัวผิดปกติเพิ่มจำนวนขึ้นโดยไม่สามารถควบคุมได้และเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งในที่สุด อาการผิดปกติ ได้แก่ มีก้อนในเต้านม มีการเปลี่ยนแปลงรูปทรงเต้านม หัวนมบุ๋ม มีสารน้ำหรือเลือดไหลจากหัวนม หรือมีแผลที่ผิวเต้านม ในผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรคอาจมีอาการปวดกระดูก หายใจลำบากต่อมน้ำเหลืองโต โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมที่สำคัญได้แก่ ผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไปโดยพบบ่อยในหญิงที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป หญิงที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม หญิงที่ไม่เคยมีบุตร การกลายพันธุ์ของจีน เช่น การเกิดการกลายพันธุ์ของจีน BRAC1 หรือ BRAC2 สามารถทำให้เกิดมะเร็งเต้านม ผู้หญิงที่มีเต้านมแต่งตึงกว่าอายุ ผู้หญิงที่มีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี หรือประจำเดือนหมดช้าหลังอายุ 55 ปี ผู้ที่รับประทานฮอร์โมนเพศหญิง ผู้ที่ได้รับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน และการสูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมมากขึ้น[1]

กล่าวได้ว่ามะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยสำคัญทั้งในประชากรไทยและทั่วโลก ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบอุบัติการณ์มากอันดับแรกในหญิงไทย และหญิงทั่วโลก สามารถพบโรคนี้ได้ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย จากการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram) ทำให้ในปัจจุบันแพทย์สามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะแรกนอกจากนี้พบว่าจากความก้าวหน้าในการรักษาทั้งวิธีการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และยาต้านฮอร์โมน การให้ยารักษาแบบมุ่งเป้า และการฉายรังสีรักษา จึงทำให้อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมลดลงอย่างมาก ดังนั้น ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ในระยะแรกของโรค และได้รับการรักษามาตรฐาน เมื่อติดตามอาการต่อเนื่องจะพบว่ามีโอกาสหายขาดจากโรคมะเร็งเต้านมนี้โดยการดูแลรักษาสุขภาพกลุ่มนี้ก็มีบทบาทที่สำคัญในการลดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามถึงแม้ว่าการรักษาให้หายขาดเป็นไปได้ยาก แต่ด้วยความรู้และวิทยาการทางการแพทย์ในปัจจุบันก็สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้ยาวนานมากขึ้นกว่าในอดีต[2]

ระบาดวิทยาของมะเร็งเต้านมในประเทศไทยจากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2564 และพ.ศ. 2565 พบว่ามะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์มากที่สุดรองลงมา คือ มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนมากมักพบโรคในช่วงอายุ 50 - 60 ปี โดยแตกต่างกันตามเชื้อชาติสำหรับข้อมูลในประเทศไทยพบมากในช่วงอายุ 45 - 50 ปี เมื่อเริ่มวินิจฉัยพบว่าร้อยละ 80 เป็นมะเร็งในระยะแรก (ระยะที่ 1 - 3) ร้อยละ 10 เป็นมะเร็งในระยะกระจาย (ระยะที่ 4) และจากการตรวจคัดกรองที่มากขึ้นในปัจจุบัน ในประเทศไทยทำให้พบมะเร็งเต้านมระยะแรกมากขึ้น เช่นเดียวกับรายงานของศูนย์ถันยรักษ์ และศูนย์ตรวจรังสีเต้านมโรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561 พบว่า จำนวนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่เพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจากทั้งศูนย์ถันยรักษ์ และศูนย์ตรวจรังสีเต้านมโรงพยาบาลศิริราชซึ่งทั้ง 2 ศูนย์ให้บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในผู้หญิงที่ไม่มีอาการได้มากกว่า 40,000 รายต่อปี โดยรวมแล้วมะเร็งเต้านมพบประมาณ 14-16% ของมะเร็งทุกชนิดในโรงพยาบาลศิริราช โดยรวมระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 มีผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่โรงพยาบาลศิริราชทั้งสิ้น 5,572 ราย ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของอายุตอนที่ได้รับการวินิจฉัย เท่ากับ 54-56 ปี และร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุน้อยกว่า 40 ปี เท่ากับ 9.7-11.8 เมื่อเทียบกับมะเร็งเต้านมทั้งหมด อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้หญิงอายุมากกว่า 40 ปี และอุบัติการณ์จะลดลง ถ้าผู้หญิงอายุ 70-80 ปี แต่นั่นไม่ได้หมายความว่าเมื่อผู้หญิงมีอายุเกิน 80 ปี ไปแล้วจะไม่มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม โดยรวมแล้ว ตลอดช่วง 5 ปี ร้อยละของมะเร็งเต้านมเมื่อมาครั้งแรกในระยะที่ 0, 1, 2. 3, 4 เท่ากับ 13, 26, 33, 16 และ 8 ตามลำดับ และตำแหน่งของมะเร็งเต้านมร้อยละ 34.2 ของมะเร็งเต้านมตรวจพบที่ด้านบนนอก

ของเต้านมตามด้วยข้อมูลที่ไม่ได้ระบุตำแหน่งชัดเจน ตำแหน่งที่ทับซ้อนกัน และตำแหน่งด้านบนในของเต้านม[3] ในทำนองเดียวกันรายงานสถานการณ์มะเร็งเต้านมในจังหวัดร้อยเอ็ดตั้งแต่ พ.ศ.2561-2565 พบผู้ป่วยมะเร็งจากปี พ.ศ. 2561– 2565 จำนวน 217, 247, 279, 278 และ 297 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[4]

จากข้อมูลต่าง ๆ พบว่าอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมพบมากในประเทศที่พัฒนาแล้วทั้งในทวีปอเมริกายุโรป และออสเตรเลีย โดยพบมากกว่าประเทศที่พัฒนาน้อยกว่า และญี่ปุ่นถึง 5 เท่า แต่ปัจจุบันแนวโน้มอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างมาก ส่วนหนึ่งจะมาจากสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการรับประทานอาหาร การดำเนินชีวิตประจำวัน และสภาพแวดล้อมที่เป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม นอกจากนี้การพัฒนาในเรื่องของทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งและความก้าวหน้าเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม ทำให้อุบัติการณ์มะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย ดังนั้น การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพในประชากรทั่วไปเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมที่ครอบคลุมทั้งเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ จึงมีบทบาทที่สำคัญที่ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมได้ในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องข้างต้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะซับซ้อน ซึ่งเป็นกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นระบบของการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันหาแนวทางช่วยเหลือที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาล และช่วยเหลือที่ครอบกลุ่มอย่างมีคุณภาพยิ่งขึ้น โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งพยาบาลผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการจะต้องมีคุณสมบัติที่สำคัญ คือต้องเป็นผู้มีทักษะทางคลินิกและการจัดการมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารและทำงานร่วมกับผู้อื่น[5] บทบาทของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม และต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างกรอบคลุม และมีคุณภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะซับซ้อน 2 รายและเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และการผ่าตัด

วิธีการศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมที่มีภาวะซับซ้อนครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 2 ราย ดำเนินเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตั้งแต่เริ่มแรกรับถึงการจำหน่าย Cases จากตึกผู้ป่วยนอกผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาตามขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับโรคแรกของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกศึกษามะเร็งเต้านมที่มีภาวะซับซ้อนตามเกณฑ์คัดเข้า เนื่องจากเป็นการพยาบาลที่มีความซับซ้อน และสำคัญกับผู้ป่วยในการพยาบาลและการดูแล

3. จัดทำบันทึกเพื่อขออนุมัติหัวหน้าพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

4. ประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรคมะเร็งเต้านม กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้อง สาเหตุของโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรคการวินิจฉัยโรค และการรักษา

5. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษากรณีศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 017/2567

ผลการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะซับซ้อน 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 65 ปี สถานภาพสมรส มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลคลำพบก้อนที่เต้านมข้างขวา บริเวณหัวนม ลักษณะแข็ง ไม่เคลื่อนที่ ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน หัวนมไม่บุ๋มไม่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งออกมาจากหัวนม แต่มีอาการเจ็บบริเวณเต้านม ในระยะ 2 เดือน น้ำหนักลดประมาณ 8-10 กิโลกรัม ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสมเด็จ แพทย์ตรวจดูอาการส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยส่งตรวจ Mammograms and Ultrasound Breast Rt. และ Excision Biopsy ผลชิ้นเนื้อพบเป็นมะเร็งเต้านมข้างขวาชนิด Mucinous carcinoma แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด Modified Radical Mastectomy (MRM) แรกรับหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้ สัญญาณชีพเมื่อแรกรับ (4 กันยายน 2566) เวลา 14.30 น. อุณหภูมิกาย (T) 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร (P) จำนวน 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ จำนวน 20 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 132/56 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CA Right Breast ได้รับการเจาะเลือด CBC, BUN, Cr, E'lyte Anti HIV ผลปกติ EKG12 lead Normal Film chest no Infiltration Set OR for Modified Radical Mastectomy under GA มีประวัติโรคความดับโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ได้รับยา Amlodepine 5 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง หลังอาหาร และ Simvastatin 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนนอน และได้รับยา lorazepam 0.5 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน เพื่อคลายความกังวล มีอาการปวดเจ็บบริเวณเต้านมขวาเล็กน้อย ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ Ringer lactate solution 1,000 มิลลิลิตร หยดในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์ผ่าตัด วันที่ 5 กันยายน 2566 ผู้ป่วยหลังผ่าตัด MRM มีแผลผ่าตัดที่เต้านมข้างขวา ปิดก๊อสไว้ ไม่มีสารคัดหลั่งซึม On Radivac drain 2 ขวด ที่ Breast และ Axillary เพื่อระบายน้ำเอาเลือด หนองหรือสารคัดหลั่ง ออกจากบริเวณแผลผ่าตัด มีปริมาณเลือดขวดที่ 1 ออก 30 ซีซี ขวดที่ 2 ออก 10 ซีซี สัญญาณชีพ เวลา 18.00 น. อุณหภูมิกาย (T) 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร (P) จำนวน 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ จำนวน 22 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 135/72 มิลลิเมตรปรอท บ่นปวดแผล Pain Score 7 แนะนำวิธีการบรรเทาปวดด้วยเทคนิคการหายใจ และการใช้มือประคองแผลขณะผู้ป่วยขยับตัว ถ้าปวดมากขึ้นให้แจ้งพยาบาลเพื่อให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ วันที่ 6 กันยายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย (T) 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร (P) จำนวน 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ จำนวน 20 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 122/78 มิลลิเมตรปรอท บ่นปวดแผล แผลผ่าตัดที่เต้านมข้างขวา ปิดก๊อสไว้ ไม่มีสารคัดหลั่งซึม On Radivac drain มีปริมาณเลือดขวดที่ 1 ออก จำนวน 150 ซีซี ขวดที่ 2 ออก จำนวน 80 ซีซี บ่นปวดแผล Pain score 7 ได้รับยา Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับยาอาการปวดลดลง Pain score 4 คะแนน รับประทานอาหารได้ นอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น ต่อมาวันที่ 7-9 กันยายน 2566 ช่วยเหลือตัวเองได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้ ปริมาณเลือดใน Radivac drain ไม่ปวดแผล แผลผ่าตัดที่เต้านมข้างขวา ปิดก๊อสไว้ ไม่มีสารคัดหลั่งซึม สามารถฝึกบริหารข้อไหล่และข้อแขนได้ถูกต้อง ท่าละ 6-8 ครั้ง pain score 1 คะแนน แพทย์ OFF สายระบายขวดที่ 2 เนื่องจากไม่มี Discharge ออกในวันที่ 10 กันยายน 2566 และอนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 11 กันยายน 2566 นัดครั้งต่อไป 5 พฤศจิกายน 2566

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจากการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 2) ผู้ป่วยปฏิบัติ

ตัวไม่ถูกต้องเนื่องจากพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 3) ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากการตัดเต้านมด้านขวา และ 4) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

กรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 45 ปี ไม่มีโรคประจำตัว มาด้วยการคลำพบก้อนที่เต้านมซ้าย มาได้ 1 ปี ก่อนมาสังเกตเห็นมีก้อนเล็ก ๆ บริเวณเต้านมซ้ายขนาดประมาณ 1 X 1 เซ็นติเมตร มีเจ็บแปล๊บ ๆ เป็นบางครั้ง ต่อมาสังเกตเห็นก้อนโตขึ้นเรื่อย ๆ จึงไปตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใกล้บ้าน เจ้าหน้าที่จึงแนะนำให้มาตรวจที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด แพทย์จึงนัดทำ Mammogram และ Ultrasound และส่งห้องผ่าตัดเล็ก เพื่อทำ Excision Bx พบเป็นมะเร็งเต้านมด้านซ้ายกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง จากผลชิ้นเนื้อพบ 1) เต้านมซ้าย lt invasive carcinoma of no special type (ductal) 2) Left Axillar พบ metastatic LN แพทย์จึงได้ส่งตรวจย้อมเพิ่มพิเศษ IHC และส่งปรึกษา อายุรกรรมมะเร็ง เพื่อให้เคมีบำบัด ผลตรวจเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2566 Immunohistochemical results พบ ER ผล Positive (Intensity 2 – 3 , tumor staining 80 % PGR ผล - Positive (Intensity 2–3, Tumor staining 40 % HER 2 ผล Equivocal (score 2+, weak to moderate complete membrane staining in มากกว่า 10 % of tumor cell KI 67 ผล 50 % (Average) ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัด 4 Cycle ทุก 21 วัน ดังนี้

ยาเคมีที่ได้รับ Doxorubicin 96 mg+Nss 100 cc.iv drip in 10 นาที, Cyclophosphamide 960 mg + Nss 100 cc iv drip 30 นาที ผู้ป่วยได้รับยารับประทานกลับบ้าน ดังนี้ Metoclopramide 10 mg 1 x 3 pc Ondansetron 4 mg 2 x 1 pc Senokot 2 tab ก่อนนอน หรือ เวลาท้องผูก Mtv 1 x 2 pc ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด ครั้งที่ 1 วันที่ 1 กันยายน 2566 ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 2 วันที่ 28 กันยายน 2566 ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 3 วันที่ 19 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 4 วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 หลังให้ยาเคมีบำบัดครบ 4 รอบ ก้อนมีขนาดเล็กลง จากเส้นผ่าศูนย์กลาง 5 ซม. เหลือ 4 ซม. จึงให้ Admit วันที่ 29 พฤศจิกายน เซ็ตผ่าตัดวันที่ -30 พฤศจิกายน 2566

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนการให้ยาเคมีบำบัด 2) ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเนื่องจากพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการให้ยาเคมีบำบัด 3) ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากผมร่วงจากการให้ยาเคมีบำบัด 4) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องผลข้างเคียงการให้เคมีบำบัด และ 5) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีการทำลายกลไกการป้องกันเชื้อโรคจากการได้รับยาเคมีบำบัด

เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามแนวทางศึกษา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์นำไปสู่การพยาบาล
เพศ	เพศหญิง	เพศหญิง	จะเห็นได้ว่าพบในเพศหญิงที่ช่วงวัย
อายุ	อายุ 65 ปี	อายุ 45 ปี	เป็นช่วงเสี่ยงคืออายุ 40 ปีขึ้นไป หรือเมื่อเข้าสู่วัยทองซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย
อาการสำคัญ	คลำพบก้อนเต้านมขวามาได้ 5 วัน	คลำพบก้อนเต้านมข้างซ้ายมาได้ 1 ปี	อาการคลำพบก้อน เป็นอาการอันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนมากที่มาพบแพทย์

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์นำไปสู่การพยาบาล
โรคร่วม	HT, DLP		ผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูงจะมี โอกาสเป็นมะเร็ง เต้านมได้มากขึ้นเนื่องจากร่างกายดึงไขมันไปสร้างฮอร์โมน เอสโตรเจน และโรคความดันโลหิตสูง หากมีการกินยาควบคุมความดัน ซึ่ง ยาบางตัวอาจทำให้มีการสร้าง ฮอร์โมนเพศหญิง เช่น Spironolactone เป็นยาขับปัสสาวะสามารถลดความดันได้ มีผลต่อ การสร้างฮอร์โมน ซึ่งเป็นปัจจัยเสริม ในการเป็นมะเร็งเต้านม แต่ผู้ป่วยรายนี้ได้ยา Amlodipine ซึ่งไม่มีผล ต่อการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน
การวินิจฉัยโรค	CA Rt Breast ชนิด Mucinous carcinoma	CA Lt Breast Lt axillar LN Invasive carcinoma (ductal)	กรณีรายที่ 1 เป็นมะเร็งเต้านมที่ยังไม่มีการลุกลาม ส่วนกรณีรายที่ 2 มีการลุกลามไปต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ด้านซ้าย
การรักษา	โดยการผ่าตัดทำ Rt Modified Radical mastectomy	Neoadjuvant ก่อนผ่าตัด	การรักษามะเร็งเต้านมหากเป็นมะเร็งในระยะที่ไม่มีการลุกลามจะผ่าตัด ก่อนที่จะให้เคมีบำบัดกรณีที่มีการ ลุกลามหรือมีการกระจายเฉพาะที่ของ มะเร็งเต้านมการรักษาจะให้เคมีก่อน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์การพยาบาล
1. ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม จากการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 2. ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	1. ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษา และการปฏิบัติตัว ก่อนให้ยาเคมีบำบัด 2. ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเนื่องจากพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อน และหลังให้เคมีบำบัด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่คล้ายคลึงกันเกี่ยวกับการมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องก่อนและหลังการให้การรักษาและสูญเสียภาพลักษณ์จากการให้การรักษาโดยการตัดเต้านมและมีผมร่วงจากการให้ยาเคมีบำบัด

ตารางที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์การพยาบาล
3. ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากการตัดเต้านม ด้านขวา	3. ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากผมร่วง จากการให้ยาเคมีบำบัด	กิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นไปที่การทำ ความเข้าใจและให้ความรู้กับผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับการดูแลความปลอดภัย ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยการป้องกันอาการแทรกซ้อน
4. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	4. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนา การเนื่อง ผลข้างเคียงการบำบัด ให้เคมี	ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 มีการรักษาโดยการผ่าตัดก่อนให้เคมีบำบัด ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดบาดแผล อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ไหล่ติด พยาบาลมุ่งเน้นการให้การดูแลแผลผ่าตัดเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนโดยการให้คำแนะนำ รวมถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะดังกล่าว กรณีศึกษารายที่ 2 มีการให้เคมีบำบัด ก่อนที่จะมีการผ่าตัดเนื่องจากมี การลุกลามของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง ทำให้มีภาวะซึ่งอาจมีภาวะทุพโภชนาการ ระหว่างการให้เคมีบำบัด ต้องแนะนำ การปฏิบัติตัวการรับประทานอาหารเพื่อเสริมสร้างเม็ดเลือดและอวัยวะอื่น ให้ ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดตามเกณฑ์
	5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจาก มีการทำลายกลไกการป้องกันเชื้อโรคจาก การได้รับยาเคมีบำบัด	จากผลการตรวจเลือดของผู้ป่วย รายที่ 2 พบ WBC/ HB/ HCT ลดลง ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อได้ง่าย

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและการผ่าตัด การเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและการผ่าตัด จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามารถนำมาพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและให้เคมีบำบัด โดยแบ่งแนวทางการดูแลเป็น 3 ขั้นตอน และให้ครอบคลุมตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายคือ 1) การดูแลผู้ป่วยแรกรับ 2) การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าตรวจขณะตรวจและหลังตรวจ และ 3) การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเพื่อดำเนินชีวิตในสังคมให้ครอบคลุมด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

วิจารณ์

มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและการผ่าตัดมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการให้เคมีบำบัด หรือหลังการผ่าตัดได้ บางรายจะให้การรักษาโดยการผ่าตัดก่อนให้เคมีบำบัด ซึ่งหากผู้ป่วยมีโรคร่วมเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงจะส่งผลต่อการให้การผ่าตัดต้องยุ่งยากเพิ่มขึ้น จะต้องมีการควบคุม และให้การรักษาโรคร่วมไปด้วย ซึ่งเป็นความยุ่งยากซับซ้อน ส่วนการรักษาบางรายที่มีการตรวจพบมะเร็งในระยะลุกลาม จะต้องให้เคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับทุพโภชนาการ การรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนหากมีการลุกลามของมะเร็งไปที่อวัยวะสำคัญ ซึ่งการรักษามะเร็งเต้านม ทั้ง 2 วิธี ต่างมีความยุ่งยากซับซ้อน ที่พยาบาลจะต้องมีการพัฒนาระบบการให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการให้เคมีบำบัด และการผ่าตัดเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่หากผู้ป่วยได้รับการการประเมินการเกิดปัญหาได้อย่างรวดเร็วและให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดระดับความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตได้ ดังนั้น พยาบาลต้องมีประสบการณ์ในการดูแล มีความชำนาญเป็นพิเศษ และต้องมีแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจน ผู้ป่วยจึงจะปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาล การดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพจนปลอดภัยต่างกันตรงที่กรณีที่ 1 มีการตรวจพบก้อนมะเร็งในระยะเริ่มแรกแต่มีภาวะโรคร่วมซึ่งมีความซับซ้อนมากขึ้นส่งผลกระทบตามมาเกี่ยวกับการให้การดูแลโรคร่วมให้อยู่ในภาวะปกติซึ่งหากไม่สามารถควบคุมได้จะส่งผลต่อการผ่าตัดรักษา ทำให้เกิดความล่าช้าต่อการรักษาเกิดผลกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและเศรษฐกิจครอบครัว การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด การผ่าตัดจึงควรมีการพัฒนาการพยาบาลให้ครอบคลุม ชัดเจน เพื่อประโยชน์อันสูงสุดของผู้ป่วยต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 2 มะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามไปต่อมน้ำเหลืองจึงได้รับการให้เคมีบำบัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการให้เคมีบำบัด จึงเป็นการพยาบาลที่ยุ่งยากซับซ้อนที่ต้องดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะลุกลามของมะเร็งที่ได้รับการให้เคมีบำบัด ดังนั้น จึงต้องมีการจัดระบบบริการที่ดี มีมาตรฐานสำหรับใช้เป็นแนวทางในการจัดการเพื่อเป็นหลักประกันแก่ผู้ป่วยและครอบครัวว่าจะได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง พยาบาลจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญช่วยเลือกกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาวะปัญหาของผู้ป่วย ร่วมกับการนำความรู้มาใช้วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อเลือกแนวทางที่เหมะสมและดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย รวมถึงภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องใช้ความระมัดระวังและเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยสามารถประเมินอาการ ตลอดจนวางแผนการพยาบาลของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาซึ่งจะส่งผลกระทบให้เกิดความล่าช้าในการรักษาและให้สามารถดูแลตนเองตลอดระยะเวลาในการรักษา และปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้องเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำอีกครั้ง

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้ได้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด การผ่าตัดเต้านม โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนมาใช้เป็นแบบแผนในการประเมินผู้ป่วย และใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (Orem)[6] มาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาล (Gordon Marjory)[7] ซึ่งเมื่อมีการเจ็บป่วยทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จึงมีความต้องการในการดูแลตนเองมากกว่าภาวะปกติ และต้องการความช่วยเหลือจากระบบพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อคงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ ความผาสุก และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Education supportive) เป็นระบบการพยาบาลที่เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยนอกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีคู่มือและแนวทางในการให้การพยาบาลที่ชัดเจนเป็นมาตรฐานเดียวกัน และยังสามารถนำมาประเมินสมรรถนะพยาบาลได้ด้วย[8-9]

และพบผลเช่นเดียวกับอัญชลี สงวนรักษ์[10] ได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยทำงานที่มีภาวะเครียดฉับพลันกับการจัดการรายกรณีเพื่อการกลับเข้างานโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลโอเร็มพยาบาลทุกคนตระหนักถึงการรวบรวมวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมกับปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นสำคัญการดำรงชีวิตของผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านพยาบาลต้องมีการวางแผนการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพในแต่ละปัญหา ควรมีการนำเอาทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้การพยาบาลการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมและเป็นไปแนวทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มประเมินความสามารถของผู้ป่วยตามคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการใช้พลังงานส่วนบุคคลเพื่อดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเครียดฉับพลันจากการประเมินความเครียด พบว่า คะแนนความเครียดอยู่ในระดับน้อยแต่มีข้อคำถามที่ 9 คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดีแสดงถึงผู้ป่วยมี Suicidal Idea จากการทราบข่าวร้ายเป็นมะเร็งระยะแพร่กระจายระยะ 3 แพทย์เจ้าของให้การรักษาด้วย Ativan 1 mg. รับประทานก่อนนอนและการติดตามต่อเนื่องและฝ้าระวังโดยการทำ Psychotherapy และการให้กำลังใจติดตามผลการนอนหลับก่อนผ่าตัดและวางแผนการประเมินซ้ำหลังผ่าตัดประเมินปัญหาด้านสังคมจิตใจให้คำปรึกษาผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาที่ทุกข์ใจ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายจึงมีความจำเป็นต้องให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด

นอกจากนั้นการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการให้เคมีบำบัดการผ่าตัดเต้านม โดยผู้ศึกษาได้ทบทวนเนื้อหาไว้อย่างครบถ้วน เรียบเรียงเนื้อหาตามลำดับก่อนหลัง เพื่อให้เข้าใจง่ายและเป็นการพยาบาลที่ต่อเนื่องสามารถนำไปใช้ได้จริง ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และในด้านการบริหารการพยาบาล ใช้เป็นแนวทางการนิเทศการจัดบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล การดูแลความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการให้การดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนการดูแลตนเองให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยระหว่างการเข้ารับการรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย สอดคล้องกับผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง ไม่พบแผลผ่าตัดมีเลือดซึม ไม่พบแผลผ่าตัดติดเชื้อ ไม่มีน้ำเหลืองสะสมเป็นก้อนใต้ผิวหนัง ไม่มีแขนบวมและไม่มีข้อไหล่ติด ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากและ ผลลัพธ์ด้านผู้ปฏิบัติ มีความง่ายในการนำไปปฏิบัติ ไม่ยุ่งยาก สามารถนำไปปฏิบัติได้กับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลงได้ทันที แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลงได้[11]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1) จากการศึกษาครั้งชี้ให้เห็นว่าวิชาชีพการพยาบาลเป็นงานที่ต้องพัฒนาองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎีใหม่ ๆ เพื่อพัฒนายกระดับบริการพยาบาลให้ได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ดังนั้น ผู้ศึกษาต้องมีสมรรถนะการพยาบาลในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้เรื่องโรค พยาธิสภาพของโรค วิธีการรักษาพยาบาล ต้องใช้กระบวนการคิด วิธีปฏิบัติ และเทคนิคในการดูแลที่มาจากการสืบค้นข้อมูล เอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่มีคุณภาพอย่างรอบด้าน เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ หาแนวทางวิธีใหม่ ๆ มาทดลองใช้ในการดูแลเพื่อความปลอดภัยผู้รับบริการ บริหารจัดการประสานความเชื่อมโยงกับทีมสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้รับบริการร่วมกัน ซึ่งในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาได้มีการสอบถามข้อมูลและแนวทางการรักษา ปัญหาที่เกิดขึ้นกับ

กรณีศึกษากับแพทย์ที่ดูแลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และความเข้าใจที่ตรงกันในการดูแลผู้รับบริการ คำนึงถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ในขณะทำการศึกษาภายใต้การพิทักษ์สิทธิ์จริยธรรมวิจัยในมนุษย์

2) เป็นการศึกษาในกรณีศึกษาที่มีความซับซ้อน การจะทำให้มีประสิทธิภาพ นอกจากบทบาทของพยาบาลแล้ว ทีมสหวิชาชีพควรเป็นส่วนที่สำคัญในการที่จะช่วยเหลือดูแลให้ความรู้และประสาน ทำงานเป็นทีม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และมีคุณภาพ

3) การศึกษาครั้งนี้เป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อกำหนดหลักการเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้แนวทางปฏิบัติใหม่ๆ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้รับบริการ

4) ควรสร้างความเข้าใจและความร่วมมือกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ เนื่องจากพยาบาลที่ให้การพยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงาน และสมรรถนะที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการให้เคมีบำบัดและการผ่าตัดเต้านมและควรมีการศึกษาวิจัยต่อยอดผลของการใช้แนวปฏิบัติ รวมทั้งศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลครอบคลุมทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ด้านองค์กรต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Zhang L, Huang Y, Feng Z, Wang X, Li H, Song F, et al. Comparison of breast cancer risk factors among molecular subtypes: A case only study. Cancer Med. 2019;8(4):1882-92.
2. ภรณี เหล่าอิทธิ, นภา ปริญญานิติกูล. มะเร็งเต้านม: ระบาดวิทยา การป้องกัน และแนวทางการตรวจคัดกรอง. Chula Med J. 2559;60(5):489-507.
3. สถานวิทยามะเร็งศิริราชและสาขาศัลยศาสตร์ ศีรษะคอ และเต้านม.ข้อมูลมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561. ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล; 2563.
4. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์. ร้อยเอ็ด: งานพัฒนายุทธศาตร์สาธารณสุข; 2565.
5. จินตนา ลี้ละไกรวรรณ. Case Management: เอกสารประกอบการสอนวิชา 251751และวิชา 251886. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
6. Orem D E. Nursing: Concepts of practices (6th ed.). St. Louis: Mosby Year Book; 2001.
7. Gordon Marjory. Manual of Nursing Diagnosis. Health Nursing: A Clinical Approach. (6thed). Elsevier; 2007.
8. Fuller J M, Schaller A J. Health assessment: A nursing approach (3rd ed.). Philadelphia: J.B Lippincott; 2000.
9. Potter P A, Perry A G. Basic nursing: A critical thinking approach (4”ed.). St.Louis: Mosby; 1999.
10. อัญชลี สงวนรักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยทำงานที่มีภาวะเครียดฉับพลันกับการจัดการรายกรณีเพื่อการกลับเข้างานโดยใช้ทฤษฎีโอเร็ม. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์; 2565.
11. ณัฏชากรณ์ เทหปการ, ธิดาจิต มณีวัต, จารุวรรณ สุวรรณบูรณ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565;5(1):99-109.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
Roi-Et Provincial Public Health Office